

# POBLACIÓN, SOCIEDAD Y SALUD EN LA FRONTERA ARGENTINO - PARAGUAYA

María Alejandra Fantín



La presente publicación recoge los resultados de la tesis de doctorado en demografía de la Dra. Maria Alejandra Fantin, que se publica como parte de la Serie Investigaciones de la **Asociación Paraguaya de Estudios de Población (ADEPO)**, con el apoyo del **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)**.

Se ha contado, además, con el respaldo del **Instituto de Investigaciones Geohistóricas (IIGHI)** del **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)** de la Argentina.



Las opiniones contenidas en este documento son responsabilidad de su autora y no reflejan necesariamente la posición oficial ni las opiniones de las instituciones arriba nombradas. Este material no tiene fines de lucro y por tanto no puede ser comercializado en el país ni en el extranjero.

Están autorizadas la reproducción y divulgación de sus contenidos por cualquier medio siempre que se cite la fuente.

Derechos reservados

© ADEPO

© UNFPA

© Alejandra Fantin

Edición: Adriana Alicia Zurlo

Diseño de tapa e interior: Karina Palleros

Impresión: AGR

Primera edición- Noviembre 2008 - 1000 ejemplares

ISBN: 978-99953-51

---

**A mis padres  
y a mis hijos Nicolás y Damián  
con todo mi amor**

---



# Presentación

La Asociación Paraguaya de Estudios de Población (ADEPO), se complace en presentar esta publicación que recoge los resultados de la tesis doctoral de la colega María Alejandra Fantín, destacada profesional, investigadora del CONICET y docente de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina.

El estudio que Fantín aborda es el de las condiciones de la salud en las zonas fronterizas que comparten el Paraguay y la Argentina. Como ella sostiene, el intenso tráfico de personas y mercancías entre uno y otro país, a través de sus dilatadas líneas de demarcación, tienen evidentes repercusiones cargadas de potencialidades negativas, como la transmisión de enfermedades contagiosas, pero también positivas, como el uso común de servicios y prestaciones que benefician a los habitantes de ambas zonas de frontera. Un intercambio en el cual, posiblemente, la población paraguaya resulte más beneficiada por los mejores equipamientos sanitarios y la mayor dotación de recursos humanos existentes en la frontera Argentina.

Sin embargo, el estudio de la salud permite a la autora del libro situar el tema en un amplio contexto histórico-territorial no exento de novedosas aportaciones conceptuales y metodológicas. Alejandra Fantín, formada inicialmente en el campo de la geografía y doctorada luego en demografía, dedica detallados análisis al proceso de configuración de los territorios fronterizos paraguayo-argentinos y a la precisión del concepto de frontera, entendida como una realidad compleja en la cual se crea un espacio de actuación compartida, “como si fuera el escenario de una densa trama de distintas relaciones tanto económicas, como sociales y culturales”.

En este territorio, Fantín encontrará que sus habitantes tienen entre sí más caracteres comunes que con los demás miembros de sus respectivas comunidades nacionales. En otras palabras, argentinos y paraguayos tienen más rasgos peculiares como habitantes de la frontera que como miembros de población de sus respectivos países. El dato no es poco significativo, ya que se trata de cinco millones de personas que viven a lo largo de 1.700 kilómetros de zona de frontera (y no de bordes fronterizos, como bien aclara y explica la autora) entre estos países vecinos.

La vecindad afecta o, mejor aún beneficia, a cuatro provincias argentinas y siete departamentos paraguayos, e incluye a la capital de nuestro país. Los ríos que delimitan a estas unidades político administrativas, el Pilcomayo, el Paraguay y el Paraná, más que barreras que separan se constituyen en lazos que vinculan. El intenso tráfico se verifica por vía terrestre, a través de pocos puentes

internacionales y pasarelas, o por medio de la navegación en embarcaciones de diferente porte. Todos los medios valen cuando la población busca integrarse y cuando la integración promueve solidaridad.

El trabajo de tesis de Alejandra Fantín, aprobado en la Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, viene a representar un destacado aporte al estudio de la realidad sociodemográfica de nuestros países y, sobre todo, agrega un capítulo más, y de gran valor, a las consideraciones sobre los aspectos territoriales de la dinámica poblacional, una línea de investigación que la ADEPO viene apoyando desde hace un par de años con particular interés. Nada de esto sería posible sin la decidida cooperación que nos brinda el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que agradecemos una vez más.

Estamos seguros que el presente material será de suma utilidad para los estudios de la población y de los procesos de integración de nuestros países.

**Asociación Paraguaya de Estudios de Población**

## Prólogo

Si el apotegma de Augusto Roa Bastos, de que el Paraguay es una isla rodeada de tierra, ha servido para resaltar su secular aislamiento, una visión más realista debería rescatar el hecho de que nuestro país forma parte de un continuo territorial, una vasta extensión de vecindades poblacionales en la plataforma continental sudamericana, que lo relaciona físicamente, y de manera directa, con una multitud de pueblos. No somos la ínsula distante y separada de otras naciones por una masa oceánica infinita, sino conglomerado poblacional cuyo entorno es un extendido paisaje humano.

Más que país insular somos país-frontera, pues nuestros extendidos “bordes” o límites internacionales no hacen sino crear espacios colindantes, aptos para intensas relaciones sociales y económicas que nos vinculan con las sociedades vecinas en ciertos ámbitos que, alguna vez, los antropólogos llamaron “áreas de cultura”.

No me extenderé en consideraciones respecto a lo mucho que se integran, aun en medio de comprensibles y esporádicos conflictos y sin el respaldo de políticas orgánicas ni leyes, paraguayos y argentinos, argentinas y paraguayas, en esos 1.700 kilómetros de territorio que comparten más allá de las demarcaciones fronterizas, naturales o convencionales. Esta tarea la aborda Alejandra Fantín, en este libro, con detalle e idoneidad.

Quisiera decir, sin embargo, que esas casi cinco millones de personas que, de un lado y otro de la frontera, la recorren con pacífica naturalidad, con necesidad acuciante de resolver sus problemas cotidianos, de cuidar su salud, que es como decir su propia vida, representan cada día, con testimonio y fuerza vivencial, la contra cara de otro escenario, dramático y hostil, que Jorge Luis Borges describe al referirse a una “época extraña” en la que: *“El planeta había sido parcelado en distintos países, cada uno provisto de lealtades, de queridas memorias, de un pasado sin duda heroico, de derechos, de agravios, de una mitología peculiar, de próceres de bronce, de aniversarios, de demagogos y símbolos. Esa división, cara a los cartógrafos, auspiciaba las guerras”*.

En un apartado lugar de ese planeta, fragmentado y bélico, se enfrentarán Juan López y John Ward en una isla demasiado lejana para todos, ella sí rodeada de un mar extenso que pone excesiva distancia a los orígenes de cada uno de esos protagonistas, acrecentando y agudizando sus respectivas extranjerías hasta terminar, cada uno de ellos, siendo para el otro un Caín y un Abel. Y, pudiendo haber sido amigos, dice Borges, apenas compartirán un destino luctuoso y el frío lecho de sus tumbas, en un territorio al que solo la muerte lo vuelve común.

No es este el caso de la frontera que Fantín recorre con asiduidad investigadora, descubriendo que en ella se trata de no promover ni favorecer la confrontación y la hostilidad, sino la comprensión recíproca y la construcción de un espacio que sea de tolerancia y, en lo posible, de armonía. Más allá de los próceres de bronce que nos diferencian, están los héroes cotidianos que nos igualan y nos equiparan en esta lucha por dotar de dignidad a la existencia.

Asunción, Pilcomayo y Clorinda, Alberdi, Formosa, Resistencia, Corrientes y Pilar, Ayolas, Ituzaingó, Posadas, Encarnación, Ciudad del Este, Presidente Franco, Iguazú, no son escenarios ambiguos donde el Juan argentino y el Juan paraguayo se vieron fugazmente cara a cara, para terminar enfrentados y enterrados después de una despiadada contienda.

Por el contrario, esos puntos nominales son partes de una geografía vívida donde las millares de personas que, sin prestar atención a los ríos, límites, aduanas y oficinas que las separan, participan del convite de la vida, cruzándose, saludándose en un mismo lenguaje litoraleño, sintiéndose integrantes de una comunidad territorial que rebasa las conceptualizaciones políticas y jurídicas y construyen una cotidianeidad que parlamentarios, cancilleres, leguleyos o caudillos políticos logran apenas imaginar, con énfasis declamatorio, en conferencias internacionales sobre la integración regional.

No es tampoco la utopía concebida por soñadores idealistas donde todos se aman y respetan todo el tiempo. También se sienten acometidos por diferencias, disparidades, confrontaciones y disputas, pero como episodios ocasionales y efímeros en un territorio que, como nos dice la autora, es de “convergencia, de hibridación, de yuxtaposición de sujetos, instituciones y prácticas pertenecientes a contextos diferentes... que pueden tener mucho o poco en común, pero que en la ‘frontera’ se unen, se combinan, creando una realidad única”.

Ratifica esta aseveración una cita de Fábregas Puig quien sostiene: “Estamos refiriéndonos a espacios plurinacionales cuyo contenido no está en la economía, sino en redes de relaciones sociales y afinidades culturales...”, frente a lo cual se precisa “comprender los mundos de la cultura y el establecimiento de las redes sociales que configuran a la frontera como territorio común”.

El estudio que lleva a cabo Alejandra Fantín permite, entonces, hablar de un “mestizaje territorial” pues, como los mestizos desarrollan caracteres propios mixturando rasgos de sus progenitores para semejarse y, al mismo tiempo, diferenciarse de ellos, los que viven en la frontera argentino-paraguaya se parecen más a sí mismos que a los pares de sus respectivos países.

Así nos lo muestra la autora de esta tesis a través de una construcción de escenarios que va levantando desde lo histórico a lo territorial, lo demográfico y lo socio-económico, hasta llegar a los más concretos de las demandas y ofertas de servicios de salud, los cuales permiten, no ya a argentinos y paraguayos, sino a habitantes indiferenciados del territorio fronterizo, mantener su esperanza de vida, su deseo de aquel “completo estado de bienestar físico, mental y social”

que les permita seguir erigiendo una vecindad internacional solidaria, más allá de los déficit, deficiencias, burocracias, nacionalismos y ceguera que puedan padecer los aparatos administrativos estatales de ambos países.

En momentos en que se viven ciertos conflictos regionales en las fronteras al Este del país, el ejemplar trabajo de Alejandra Fantín debería servir de estímulo a investigadores de las ciencias geográficas, sociales y demográfica, para replicar este tipo de estudios que pueden aportar evidencias y contraponer los aspectos positivos a los negativos en los procesos migratorios y de integración, en particular los fronterizos, a fin de hacer que los pueblos sean más fraternos.

Expandir esta curiosidad científica hacia nuestra ignota frontera con Bolivia sería quizás revelador de cuánto podríamos, también, construir juntos paraguayos y bolivianos, sin diferencias de edad, género u origen étnico, en un territorio extremadamente extenso y caro a la historia de ambas naciones.

Parafraseando a Martin Luther King, a quien la autora cita en el capítulo final de su tesis, si los seres humanos ya hemos aprendido a volar como los pájaros y a nadar como los peces, deberíamos ahora aprender a vivir como hermanos. Alejandra Fantín aporta una base de sustentación para este tipo de proyecto histórico. Sea bienvenida.

**Hugo Oddone**  
**Asesor en Población y Desarrollo del UNFPA**

Asunción, 31 de octubre de 2008



## Prefacio de la autora

Es necesario destacar que frente al proceso de globalización que se ha instalado en el mundo y los consecuentes intentos de integración regional, que no siempre están alcanzando las metas esperadas, entre ellos el que caracteriza nuestro subcontinente, el Mercado Común del Sur, se debe concebir a las fronteras, hoy más que nunca, como áreas geográficas diferentes, caracterizadas por una dinámica particular. Como tal, el análisis de sus características y la interpretación de sus condiciones y acontecimientos, requieren una apreciación especial que las considere en su integridad. Esto significa que ya no estamos ante dos realidades nacionales extrañas entre sí, sino que enfrentamos a un territorio moldeado por la propia presencia y por la presencia del “otro”; de un territorio que alcanza su individualidad justamente en la existencia de un límite internacional que recrea la funcionalidad de las comarcas aledañas, no sólo, en relación con los respectivos contextos nacionales sino, por la misma existencia de una dinámica que los define esencialmente. El estudio de la frontera requiere, por lo tanto, un enfoque siempre comparativo para apreciar los modos particulares de la interacción en la vida fronteriza

A diferencia de etapas históricas anteriores en el devenir de los países, cuando se concebía a las fronteras como espacios de competencia, de desavenencia y de ejercicio de nacionalidades, necesariamente enfrentadas, en la actualidad los procesos de integración imperantes, han hecho necesario el reconocimiento de las fronteras como espacios singulares, como espacios de encuentro, de convergencia y de interacción de dos sociedades que pueden ser diferentes en mayor o menor medida, de dos realidades sociales, económicas, culturales, políticas que pueden tener mucho o poco en común, pero que en la “frontera” se unen y se combinan dando como resultado una realidad única, diferenciada y altamente particular.

Es en dicho territorio, signado por una identidad gestada fundamentalmente por los intercambios comerciales y de población, donde se centra el objeto geográfico de este estudio: la frontera entre Argentina y Paraguay. Pero a su vez, el objetivo central es contribuir al conocimiento de las condiciones de salud de la población fronteriza, particularmente en relación a sus condiciones demográficas y estudiar la disponibilidad y características del equipamiento sanitario y profesional existente a ambos lados del límite internacional, a inicios del siglo XXI.

La frontera argentino-paraguaya, a lo largo de los casi 1.700 Km de extensión del límite fluvial de los ríos alto Paraná, Paraguay y Pilcomayo, reúne, según los últimos censos, unos 5.000.000 habitantes, repartidos el 64% del lado paraguayo y un 36% en el sector argentino. Por otra parte, se refiere a 1.200.000 hogares apro-

ximadamente en ambos países, lo que representa, el 63% de la población de Paraguay, en tanto que para Argentina, significa el 5% de sus habitantes.

Como el trabajo se sustenta centralmente en la información censal de ambos países, correspondiente a los años 2001 en Argentina y 2002 en Paraguay, este intento de mantener el enfoque regional fronterizo y de brindar una visión integral del problema a estudiar, demandó un esfuerzo metodológico importante signado por la compatibilización y normalización, de importantes volúmenes de datos, provenientes de diferentes fuentes de las dos naciones, que son reseñadas a lo largo del trabajo.

Se desea señalar que el presente trabajo corresponde a la tesis para aspirar al título de Doctora en Demografía de la Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba, aprobada en junio de 2007.

No hubiera sido posible alcanzar este objetivo sin la oportuna e invaluable intervención de muchas personas.

Vaya por ello un agradecimiento especial a mi Directora de Tesis, Dra. Norma Meichtry por su guía científica, su acompañamiento espiritual y contención emocional, sin cuyo respaldo no hubiera sido posible llegar a este momento.

A la Dra. Dora Celton, Directora del Doctorado en Demografía, por el constante aliento y ferviente apoyo, quién con su dinamismo marcó las pautas necesarias para mi desarrollo profesional.

A mis profesores y compañeros del Doctorado, por el incentivo y cooperación académica que me brindaron.

Al Instituto de Investigaciones Geohistóricas del Conicet por brindarme el espacio necesario para mi labor profesional.

Asimismo, mi agradecimiento y reconocimiento a la Asociación Paraguaya de Estudios de Población (ADEPO) que se avino a publicar el presente trabajo en el marco del Proyecto de Cooperación para Incrementar la Capacidad Nacional en Población y Estrategia de Desarrollo, con la cooperación del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNPFA) y en especial al Dr. Hugo Oddone por su apoyo y comentarios oportunos.

Como así también agradezco a todas aquellas personas que, de una u otra forma, con su confianza y acompañamiento, me permitieron concretar la presente investigación.

**María Alejandra Fantín**

<b>Lineamientos teórico metodológicos</b>	<b>17</b>
El concepto salud-enfermedad a través de la historia	19
Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad	23
La salud como derecho humano	24
El concepto de frontera	26
Dimensión territorial de la frontera	28
Objetivos	31
Fuentes de información	32
Antecedentes	35
<b>Capítulo 1</b>	<b>39</b>
<b>Conformación histórica y características geográficas</b>	
La delimitación territorial entre Argentina y Paraguay	40
La situación en el Chaco y las Misiones	41
La frontera con Corrientes	43
La delimitación de la frontera en la época nacional	45
Características geográficas de las fronteras	46
Síntesis las relaciones fronterizas	48
<b>Capítulo 2</b>	<b>51</b>
<b>Distribución espacial y características demográficas</b>	
Distribución de la población	52
Características demográficas	57
Diferencias regionales en relación a la estructura por edad y sexo de la población	59
<b>Capítulo 3</b>	<b>71</b>
<b>Características socioeconómicas y condiciones de vida</b>	
Características habitacionales	75
Vivienda deficitaria. Capacidad de evaluación y comparación entre los censos de Argentina y Paraguay	76
Servicio Sanitario	80
Servicio sanitario deficitario. Equiparación de variables entre los censos de Argentina y Paraguay	81
Procedencia y suministro de agua	82
Disponibilidad de agua. Consideraciones metodológicas y análisis espacial	84
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	88
Operacionalización y análisis del NBI	93

<b>Capítulo 4</b>	<b>97</b>
<b>La mortalidad como indicador de calidad de vida y salud</b>	
Mortalidad infantil	99
Evolución de la mortalidad infantil	100
Distribución espacial de la mortalidad infantil	103
Divisiones de la mortalidad infantil: neonatal y postneonatal	105
Principales causas de la mortalidad infantil	108
Distribución espacial de las tasas de mortalidad infantil por causas	110
Mortalidad de niños de 1 a 4 años	116
Mortalidad materna	120
<b>Capítulo 5</b>	<b>124</b>
<b>Condiciones de salud</b>	
Incidencia de las enfermedades	128
Enfermedades diarreicas	128
Lepra	130
Tuberculosis	133
Enfermedad de Chagas	136
Brucelosis	138
<b>Capítulo 6</b>	<b>141</b>
<b>Equipamiento Sanitario y Profesional</b>	
Sistemas de salud	144
Sistema de salud en la República Argentina	145
El sistema de salud en Paraguay	149
Equipamiento sanitario	152
Disponibilidad de profesionales médicos	166
Composición demográfica de la población médica	168
Médicos según condición de especialidad	171
Distribución geográfica de los profesionales médicos	173
<b>Consideraciones finales</b>	<b>175</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>183</b>
<b>Anexo</b>	<b>197</b>
Anexo 1. Declaración de Alma-Ata	197
Anexo 2. Carta de Ottawa para la promoción de la salud	200
Anexo 3. Población total, por sexo y área urbana-rural.	
Paraguay 2002, Argentina 2001.	205
Anexo 4. Estructura de la población por sexo y edad	214

**Lista de mapas**

Mapa 1. División política	30
Mapa 2. Densidad de población	55
Mapa 3. Porcentaje de población urbana	56
Mapa 4. Porcentaje de población de menos de 15 años	61
Mapa 5. Porcentaje de población de más de 60 años	62
Mapa 6. Edad media	63
Mapa 7. Índice de masculinidad	64
Mapa 8. Porcentaje de viviendas deficitarias	79
Mapa 9. Porcentaje de viviendas con servicio sanitario deficitario	83
Mapa 10. Porcentaje de viviendas si agua de red	85
Mapa 11. Porcentaje de viviendas sin conexión de agua	87
Mapa 12. Porcentaje de población con necesidades básicas insatisfecha	94
Mapa 13. Tasa de mortalidad infantil. Año 2001	104
Mapa 14. Tasa de mortalidad neonatal. Año 2001	106
Mapa 15. Tasa de mortalidad postneonatal. Año 2001	107
Mapa 16. Tasa de mortalidad infantil por neumonía e influenza. Año 2001	112
Mapa 17. Tasa de mortalidad infantil por diarrea. Año 2001	114
Mapa 18. Tasa de mortalidad infantil por deficiencias nutricionales y anemias. Año 2001	116
Mapa 19. Tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años	119
Mapa 20. Tasa de mortalidad materna	122
Mapa 21. Incidencia de diarrea. Año 2000	130
Mapa 22. Incidencia de Lepra. Año 2000	132
Mapa 23. Incidencia de tuberculosis. Año 2000	135
Mapa 24. Incidencia de enfermedad de Chagas. Año 2000	137
Mapa 25. Incidencia de brucelosis. Año 2000	140
Mapa 26. Disponibilidad de camas del sector público. Año 2001	163
Mapa 27. Disponibilidad de camas del sector privado. Año 2001	164
Mapa 28. Disponibilidad de camas del sector público y privado. Año 2001	166
Mapa 29. Disponibilidad de médicos por diez mil habitantes. 2001	173

**Lista de Gráficos**

Gráfico 1. Estructura de la población. Paraguay 2002	58
Gráfico 2. Estructura de la población. Argentina 2001	58
Gráfico 3. Estructura de la población. Departamentos fronterizos. Argentina 2001, Paraguay 2002	65
Gráfico 4. Estructura de la población. Departamentos extrafronterizos. Argentina 2001, Paraguay 2002	65
Gráfico 5. Estructura de la población. Departamentos fronterizos sobre el río Pilcomayo. Argentina 2001, Paraguay 2002	66
Gráfico 6. Estructura de la población. Departamentos fronterizos sobre el río Paraguay. Argentina 2001, Paraguay 2002	67
Gráfico 7. Estructura de la población. Departamentos fronterizos sobre el río Paraná. Argentina 2001, Paraguay 2002	68
Gráfico 8. Evolución de la mortalidad infantil en Argentina y Paraguay. 1981-2002	101

Gráfico 9. Evolución de la mortalidad infantil. 1981-2002	102
Gráfico 10. Estructura de las causas de mortalidad infantil. 2001	109
Gráfico 11. Composición de la población médica por sexo y edad. Nordeste 2000	169

## **Lista de Cuadros**

Cuadro 1. Población de Paraguay y Argentina según estructura de edad	60
Cuadro 2. Indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas utilizados en Argentina y Paraguay	89
Cuadro 3. Tasas de mortalidad materna. Argentina y Paraguay	121
Cuadro 4. Tasas de mortalidad materna por provincias	121
Cuadro 5. Disponibilidad de infraestructura sanitaria por subsectores. Argentina 1998	148
Cuadro 6. Disponibilidad de servicios asistenciales por dependencia. Paraguay 2000	158
Cuadro 7. Establecimientos asistenciales del sector público por jurisdicción. 2001	160
Cuadro 8. Disponibilidad de camas por dependencia. Paraguay 1999, 2000 y 2001	161
Cuadro 9. Número camas disponibles en establecimientos asistenciales. Nordeste 2001	161
Cuadro 10. Disponibilidad de recursos humanos en salud. Paraguay 2000	167
Cuadro 11. Equipamiento profesional. Países seleccionados	168
Cuadro 12. Medidas de tendencia central de composición por edad de los profesionales médicos. Nordeste 2000	170
Cuadro 13. Distribución de médicos por nacionalidad. Nordeste 2000	171
Cuadro 14. Primeras cinco especialidades médicas. Nordeste 2000	172

# Lineamientos teóricos y metodológicos



## Lineamientos teóricos y metodológicos

En un mundo globalizado, en el que los intercambios internacionales son cada día más intensos, con procesos de integración crecientes, debemos considerar las fronteras, hoy más que nunca, como áreas geográficas diferentes, caracterizadas por una dinámica particular. Su estudio requiere, por lo tanto, un enfoque peculiar que permita apreciar los modos particulares en que se manifiesta la interacción en la vida fronteriza.

Es importante resaltar el destacado valor geoestratégico y económico de los espacios fronterizos, donde se conjugan no sólo los intereses políticos y de soberanía sino que además convergen intereses de desarrollo, medio ambiente, salud, calidad de vida, etc., comunes a ambas sociedades, las cuales, de alguna manera, se necesitan y complementan.

“Esto implica, en el caso de las fronteras políticas, dotarlas de un contenido opuesto a la habitual defensa territorial, para caracterizarlas como espacios de encuentros, solidaridad, convergencia de culturas y con potencialidades económicas... Por tanto, las fronteras vistas desde esta óptica, constituyen espacios de integración de una vasta utilidad que trascienden su marco local para formar parte, por ejemplo, del encadenamiento de otros procesos de integración a mayor escala como el bilateral y el multilateral, tal como viene ocurriendo en América Latina, y que se sirven mutuamente para su respectiva consolidación y desarrollo, convirtiéndose en espacios en los que se articulan a su vez elementos globales y locales de competencia” (Valero Martínez, 2000).

Ante esta realidad, la reestructuración de las regiones fronterizas debería constituir una prioridad nacional; es imperativo lograr la integración efectiva de estos territorios hacia el interior de su propia nación, a fin de lograr un efectivo desarrollo que contribuya a fortalecer los lazos bilaterales, la integración y cooperación fronteriza.

Indudablemente, el importante intercambio comercial y de personas que existe entre Argentina y Paraguay, provoca significativas repercusiones en diferentes ámbitos de la vida de los pobladores fronterizos, y el área de la salud no queda exenta de esta realidad.

Entre las consecuencias directas pueden distinguirse, fundamentalmente, el aumento del riesgo de transmisión transfronteriza de enfermedades contagiosas, incidencias en la salud ambiental, repercusiones en la regulación sanitaria de bienes y servicios, en los insumos para la atención de la salud, en la formación y utilización de los recursos humanos y en la regulación y financiamiento de la prestación de servicios de salud.

Para hacer frente a estas situaciones será necesario e indispensable el desarrollo de programas conjuntos, es decir, se requerirá de un manejo y abordaje binacional de la salud en la zona fronteriza (Villarreal Pérez, 2000).

Este trabajo en particular, tiene como objetivo general contribuir al conocimiento de las condiciones de salud de la población en la frontera, en relación con sus características demográficas, sociales y económicas, y analizar la oferta mé-

dica existente y la distribución y adecuación de los servicios sanitarios a ambos lados del límite político.

La consecución de los objetivos generales, planteados anteriormente, requiere, previamente, procesar conceptualmente dos vocablos que son fundamentales para el desarrollo de la presente investigación. Los términos “salud” y “frontera” presentan, en la numerosa bibliografía existente, diferentes acepciones según sea el marco o el sistema de ideas en que se sitúan.

### **El concepto salud-enfermedad a través de la historia**

Al definir el concepto salud es prácticamente imposible no hacer referencia a la noción de enfermedad. Tanto la salud como la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medioambientales y sociales.

Ambos términos poseen una relación muy compleja, que puede ser definida como un proceso con diferentes niveles de equilibrio. Generalmente se emplea el concepto salud-enfermedad como una noción binaria, surgida del orden médico, producto del complejo proceso de factores provenientes de la organización social, económica, cultural y jurídica de las comunidades humanas, que le ha conferido su estatuto de concepto y de formulación normativa con unidad de significación (Abed, 1993).

Desde tiempos remotos el proceso salud-enfermedad ha sufrido una serie de transformaciones; en cada época la concepción del cuerpo sano y enfermo se correspondió con el estado de desarrollo de la estructura social que posibilitó tal concepción. Asimismo, la función del brujo, chaman, sacerdote o médico fue y es reglada según las normas de cada tipo de cultura y organización socioeconómica.

“Consecuentemente con las distintas formas de organización social, los modos y estrategias de subsistencia y la maneras de concebir los males, se fueron diseñando formas eficaces para combatirlos, pasando, a lo largo de la historia, por concepciones mágicas, catastróficas, sobrenaturales, míticas religiosas, mecanistas, racionales y tecnologistas” (Fantin, 1998:28).

En los pueblos primitivos la enfermedad era vista como producto de lo sobrenatural, de lo desconocido. Por lo tanto se recurría a la magia, a la hechicería o brujería para librar al cuerpo de las inexplicables fuerzas malignas. De tal manera, el mago, hechicero o chamán constituyó el primer médico conocido. Esta interpretación se reconoce en casi todas las civilizaciones de la antigüedad con variantes propias de cada pueblo<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Para los asirios la enfermedad constituía el natural castigo por transgresiones a determinados códigos de conducta; incluso se llegaba a proponer que la culpabilidad se dedujese de la superación o no del estado mórbido. Para los hebreos, una vez consolidada la fe monoteísta, los males provenían de Dios, y sólo a Él le correspondía la función de curar, la enfermedad constituía una impureza que debía ser purificada. En la antigua India la aparición de la enfermedad podía originarse por dos causas: por un desequilibrio o por un castigo. Por su parte los Chinos, desde hace más de dos mil quinientos años registran la tradición de concebir la salud y la enfermedad bajo el dominio de la filosofía taoísta, que reconoce dos fuerzas, el Ying y el Yang; el equilibrio y armonía entre ambos elementos significa salud y el desequilibrio origina la enfermedad (Miroli, 1978; Abed, 1993; Fantin, 1998).

Posteriormente, en los albores de la ciencia, el hombre se fue desprendiendo de estos prejuicios y fue haciéndose de los instrumentos de un aparato empírico-racionalista; fue elaborando nociones que no se fundaban ya en una idea de hombre pasivo, objeto de avatares inmanejables, en los que sólo cabía la imploración resignada. El hombre era concebido interviniendo en los procesos con actitudes, acompañamiento y acción, y desarrollando para ello las técnicas y las herramientas adecuadas.

Los habitantes de la Grecia clásica fueron los primeros que buscaron una interpretación racional del mundo que los rodeaba; de esta manera marcaron el límite entre las creencias y lo puramente científico. Hipócrates (469-399 a.C.), llamado mercedamente “el padre de la medicina”, marcó un importante hito en dicho campo del conocimiento, siendo el primero que rechazó la creencia supersticiosa de que las enfermedades eran provocadas por los demonios que se apoderaban del cuerpo. Afirmaba que cada enfermedad tiene una causa natural y sostenía que la naturaleza era el mejor médico<sup>2</sup>.

La sociedad romana, heredera de la cultura helénica, y ya con profundas raíces cristianas, incorporó una representación de la enfermedad, o de la curación, homologada con la salvación. De esta manera fue dibujándose una nueva concepción de la enfermedad en la que el espíritu tiene un cuerpo que lo contiene, y ambos están sometidos a las fuerzas del bien y del mal. La curación y la redención dependen de las mismas acciones. El hombre enfermo o en falta con los códigos religiosos establecidos, puede expiar su culpa; para ello son suficientes el sacerdote y el creyente<sup>3</sup>.

Estas ideas continuaron acentuándose a lo largo de la Edad Media, cuando la fe cristiana tuvo una profunda influencia en la concepción de la enfermedad; el sufrimiento del cuerpo era interpretado como un camino hacia la salvación. Por ello, durante muchísimos siglos la atención de la enfermedad fue ejercida en los monasterios, no por médicos técnicos sino por sacerdotes (Abed, 1993).

A fines del siglo XI se comenzó tímidamente a cuestionar el concepto cristiano de la enfermedad, a medida que se incorporaba el saber greco-árabe<sup>4</sup> impartido por la escuela de Salerno<sup>5</sup>.

Posteriormente, a fines de la Edad Media, (siglo XIII a XV) se producen cambios sociales, políticos y económicos fundamentales que van a provocar trans-

---

2 Los helénicos entendían que el mundo era el resultado de la mezcla de cuatro elementos: aire, tierra, fuego y agua, y por consiguiente, el organismo estaba integrado por esos cuatro elementos, a los que le correspondían los cuatro humores cardinales, la desarmonía o desequilibrio entre ellos provocaba la enfermedad que comprometía en forma global todo el organismo y éste respondía íntegramente: con alma y cuerpo (Fantin, 1998).

3 Galeno (130-200), seguidor de Hipócrates y principal representante de la época, continuó con la idea del equilibrio de los cuatro humores, pero derribó el concepto totalizador del ser humano. Para él, el cuerpo es una entidad segmentable, donde cada órgano puede ser tratado o reparado como una pieza mecánica. Consideraría además al cuerpo como el vehículo del alma, secundario, despreciable y lábil para el pecado, sería sólo el envoltorio del alma, quedando después de la muerte como mero despojo.

4 Los árabes habían sido los depositarios de los conocimientos griegos durante la Alta Edad Media.

5 La escuela de Salerno, conservó las enseñanzas hipocráticas que florecieron en el siglo XII.

formaciones importantes en la sociedad europea de la época<sup>6</sup>. Junto a esos cambios se produjo asimismo, un esplendor artístico e intelectual favorecido por el surgimiento de las universidades que renovaron la educación y el pensamiento filosófico. Roger Bacon (1210-1292), profesor de la Universidad de Oxford, imprimió a la filosofía una tendencia experimental y científica que comenzaba a independizarla de la teología. Bacon admitía que la fe era el único y sólido fundamento del conocimiento de Dios pero que la realidad requiere un conocimiento directo basado en la observación y la experiencia. Se aproximaba así a una nueva visión del mundo y de las cosas.

Este movimiento se consolidó en el siglo XV con el advenimiento de la etapa conocida como Renacimiento<sup>7</sup>.

En esta época comienza a diferenciarse cuerpo y alma como entidades diferentes e interdependientes, toma fuerza el respeto por la naturaleza y se acepta la enfermedad con su diagnóstico y tratamiento.

Entre los grandes pensadores de la época se pueden distinguir Galileo Galilei (1564-1642), Francis Bacon (1561-1626) y René Descartes (1596-1650) quienes, desde distintos ángulos, aportaron elementos a la definición e interpretación de la enfermedad, en el contexto del nuevo orden social y el espíritu mecanicista de la época constituyeron modelos ejemplares de la concepción mecánica de la enfermedad. En forma coincidente, estos pensadores no sólo rechazaron explícitamente aquel silogismo sino que además juzgaron no válidos los conocimientos transmitidos hasta su época. Los tres entendieron el cuerpo humano como un mecanismo, defendieron la naturaleza sistemática del conocimiento, reconocieron el método como un instrumento indispensable para llegar a la verdad, distinguieron en el ser humano un cuerpo y un alma, defendieron la cuantificación como herramienta para detectar lo normal, abandonaron la concepción de lo ideal y perfecto por el respeto al principio de que era posible conocer la naturaleza, y los modos en que ella generaba los hechos. Los conocimientos médicos fueron reforzando esta concepción y a medida que se avanzaba en el terreno de la investigación del cuerpo humano y se acumulaban resultados útiles, se constituyó el paradigma de un estado de cosas: la enfermedad, su diagnóstico y su tratamiento. Sin embargo, instaurando el dualismo que las separaba, esta explicación para el cuerpo era rechazada para el alma, que era objeto de estudio de otra disciplina (Abed, 1993).

El siglo XVII es conocido en medicina como la era de las teorías y los sistemas, porque muchos filósofos trataron, desde distintos ángulos, de explicar el con-

6 Surge una nueva clase social, la burguesía, se revitaliza el poder monárquico y se produce una revolución económica producto del progreso agrícola, del desarrollo de las ciudades y del comercio a gran distancia.

7 El Renacimiento es uno de los grandes momentos de la historia universal que marcó el paso del mundo Medieval al mundo Moderno. Será a partir de este momento cuando cobrará fuerza el redescubrimiento del hombre como individuo, el redescubrimiento del mundo como armonía y realidad que rodea al hombre liberado de todas las preocupaciones religiosas.

cepto de enfermedad. Para los yatroquímicos<sup>8</sup> las enfermedades eran provocadas por desequilibrios químicos mientras que los yatrofísicos<sup>9</sup> consideraban el cuerpo como una máquina independiente de la mente; los fenómenos fisiológicos eran considerados como una consecuencia de las leyes de la mecánica. En oposición a estas escuelas surge la teoría flogista, que explicaba la vida y la muerte sobre la base de una sustancia denominada flogisto, la cual se consideraba que entraba en la composición de todos los cuerpos y que se desprendía de ellos por combustión (Rogers, 1965).

Para los higienistas de los siglos XVIII y XIX las enfermedades se producían principalmente por las condiciones sociales que afectaban a la población, en el inicio de la revolución industrial. Los estudios epidemiológicos del siglo XIX, desarrollados en el amplio marco de la medicina social de la época, trataron precisamente el problema de las relaciones entre las enfermedades y los factores sociales.

Hacia fines del siglo XIX, debido a los descubrimientos de Pasteur, Koch y otros, esta concepción sociológica que pretendía establecer las relaciones entre sociedad y enfermedad, fue relegada por un tiempo a segundo plano. Pasa así a predominar la idea biologista e individualista de las causas que provocan las enfermedades y en caso extremo la muerte; se habían consolidado los criterios que requerían una única causa como factor suficiente para provocar la enfermedad en el mundo: “la presencia de agentes causales microbianos” responsables de la enfermedad.

Poco tiempo después este pensamiento resultó marcadamente insuficiente para comprender y explicar la complejidad del problema. El individuo entendido únicamente como ser biológico no daba satisfacciones a las nuevas preguntas que se originaban; otro u otros factores necesariamente debían confluír para que se produjera la enfermedad, se hacía imprescindible la incorporación de las ciencias sociales al campo explicativo y discursivo de la interpretación de los morbos humanos (Abed, 1993).

Es así que se incorporó otro elemento, el medio ambiente que, sumado al agente y al huésped provocaban en algunas ocasiones la enfermedad y en otras no. De manera que ahora se trataba de una tríada (el agente agresor, el huésped colonizado y el medio ambiente que contendría a ambos) que, mientras mantuviera en estado de equilibrio a sus tres componentes garantizaría el estado natural de salud, en tanto que un desbalance daría origen a la enfermedad (Abed, 1993).

En el siglo XX, este paradigma comenzó a ser insuficiente para explicar las nuevas enfermedades que estaban apareciendo al superarse las infecciosas. Se necesitó un nuevo modelo de análisis, el de la multicausalidad y con ello un cambio de paradigma que consideraba a la salud desde un concepto holístico y positivo, convirtiéndola en algo más que el hecho de estar enfermo. La salud pasó a considerarse como estado de bienestar.

---

8 La yatroquímica o quimiatria es el sistema terapéutico que pretendía explicar las alteraciones de la economía animal, tanto en el estado de salud como en el de enfermedad, por principios propios de la química.

9 La yatrofísica es la doctrina médica que atribuye todos los fenómenos vitales y morbosos a las leyes físicas.

## Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad

A partir de estas reflexiones, se pueden distinguir diferentes modelos teóricos que permiten observar cómo el proceso de construcción del concepto salud-enfermedad ha estado determinado históricamente y se ha estructurado alrededor de las concepciones predominantes de ser humano, cuerpo y normalidad con relación a un orden social preestablecido.

Armando Arredondo (1992), distingue once modelos teóricos que abordan el proceso salud-enfermedad como objeto de estudio, pero desde diferentes disciplinas:

*Modelo Mágico-Religioso:* Para esta propuesta, la enfermedad resulta de la acción de fuerzas o espíritus; representa un castigo divino, un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad que prima en un individuo o en una sociedad.

*Modelo Sanitarista:* Para este modelo, la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones de insalubridad que rodean al hombre. En este sentido, las condiciones ambientales son consideradas los determinantes primarios.

*Modelo Social:* El elemento central de análisis que propone este modelo, es que el estado de salud-enfermedad es generado por las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Introduce como variables determinantes el estilo de vida, los factores del agente y condicionantes del ambiente.

*Modelo Unicausal:* La salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo. Interesa determinar el agente patógeno o el factor causal de cada enfermedad.

*Modelo Multicausal:* La influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente son, en primera instancia, los condicionantes del estado de salud que guarda un individuo o un conjunto poblacional.

*Modelo Epidemiológico:* Incorpora el modelo multicausal, para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, en la que el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, lo que constituye su mayor ventaja.

*Modelo Ecológico:* Para el modelo ecológico, la salud-enfermedad resulta de la interacción agente-huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto.

*Modelo Histórico-Social:* Desde la perspectiva de esta propuesta, existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Todos los factores causales son permeados por lo social-histórico. Introduce cinco variables funda-

mentales para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo.

*Modelo Geográfico:* La enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y componentes propios del ambiente geográfico (factores geógenos); privilegia a los del ambiente geográfico como determinantes del proceso salud-enfermedad. Aunque contempla los factores sociales como parte de los factores geógenos no les da suficiente importancia como determinantes del proceso salud-enfermedad.

*Modelo Económico:* Incorpora la teoría del capital humano en los determinantes del binomio salud-enfermedad y conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta ante la enfermedad. Para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales, son las variables que entran en juego en el análisis.

*Modelo Interdisciplinario:* El estado de salud-enfermedad, tanto a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Existen determinantes básicos a nivel sistémico (ambiente, genoma, etc.), determinantes estructurales a nivel socio-estructural (estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.), determinantes próximos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.) y, a nivel individual, el propio estado de salud.

A estos modelos teóricos definidos por Arredondo puede agregarse uno más el *Modelo Político-Legal*, cuya nota característica es la salud como derecho y obligación universal, teniendo reconocimiento legal y participación estatal. Se basa en los derechos del hombre, y transita desde las revoluciones políticas a los sistemas de seguros sociales y de seguridad social.

## **La salud como derecho humano**

En las últimas décadas del siglo XX, organismos internacionales –OMS, OPS, UNICEF, ONU, entre otros– han organizado importantes cumbres mundiales que permitieron poner en la agenda internacional cuestiones fundamentales referidas al proceso salud-enfermedad y a la atención primaria de la salud.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en 1978 en Alma Ata (Kazajstán), en la antigua URSS, con la participación de representantes de más de cien países, supuso un potencial avance mundial en los derechos sobre la salud.

En dicha conferencia se reafirmó la definición, dada por la OMS, de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Este concepto, que fuera adoptado por la Organización Mundial de la Salud al momento de su constitución en 1948, tiene la cualidad de poseer un carácter positivo y de ampliar la noción de salud más allá de una de-

finición de contenido puramente patológico del modelo biomédico. No obstante, se ha criticado por ser excesivamente amplio, idealista y no tener un criterio práctico (Rapaport, 2000 ).

Alma Ata<sup>10</sup> marcó también, un hito en la concepción de la salud al considerarla como “...un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”.

En 1986, en la Carta de Ottawa<sup>11</sup>, la OMS volvió a definir la salud “no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (Ottawa: Noviembre 1986<sup>12</sup>).

Ambas definiciones reconocen en la conceptualización de la salud, cuatro dimensiones o factores directamente relacionados:

- la biología humana: los factores biológicos son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores;
- el estilo de vida, que se refiere a las conductas del propio individuo y de la sociedad. La conducta personal y colectiva en determinados aspectos influye enormemente en el binomio salud-enfermedad. Esta conducta se forma por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social y puede modificarse con la adecuada educación;
- el medio ambiente, en sus dimensiones físicas (clima, disponibilidad de agua, elementos del suelo, etc.), sociales (contaminación, organización social, vivienda, riegos de trabajo, etc.) y psicológicas;
- el sistema de organización de la atención de la salud que son los recursos financieros, humanos y materiales disponibles para la atención de la salud. Comprende todos los servicios de salud públicos y privados.

Ante la presencia de estos cuatro determinantes, Pineault y Daveluy (1988:6-8) distinguen dos modelos diferentes de investigación para determinar el diagnóstico de la situación de salud poblacional.

El primero se fundamenta en la salud pública y la epidemiología e involucra a los factores biológicos y a los relacionados a los estilos de vida.

El segundo modelo –utilizado en esta investigación– basado en las ciencias sociales, permite determinar las posibles acciones a seguir para mejorar el estado

---

<sup>10</sup> Ver anexo 1.

<sup>11</sup> Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo

<sup>12</sup> Ver anexo 2.

de salud de la población. “Es un procedimiento que permite conocer y analizar la situación de salud de grupos, comunidad o población, con el fin de identificar o diagnosticar problemas y necesidades de salud, determinar sus factores causales, como parte de un proceso que no debe concluir hasta la solución o control de los problemas detectados”.

Este modelo se basa, fundamentalmente, en la descripción del hábitat humano y su entorno y en el análisis de las interrelaciones entre los elementos de ese entorno. La aplicación de este modelo se logra con la ayuda de diferentes variables que permitan definir los atributos sociodemográficos (edad, sexo, condiciones de vida), poblacionales (distribución, densidad, movilidad), la disponibilidad de servicios sanitarios y el análisis de indicadores de salud (mortalidad, esperanza de vida, etc.).

## El concepto de frontera

Definir la *frontera* es, de por sí, complejo y de difícil conceptualización. Las diferentes nociones que se pueden encontrar dependen, básicamente, de la formación disciplinaria, objetivos, vivencias o formación cultural de sus autores.

Es común que en la percepción del fenómeno fronterizo se entrecrucen dos nociones a ser tenidas en cuenta: la frontera-línea o *border* y la frontera-zona o *frontier* (López Trigal y Benito del Pozo, 1999; Renard, 1992).

La frontera como línea marca el confín de un estado, los límites precisos dentro de los cuales ejerce su jurisdicción, y tiene, por lo tanto, una connotación y orientación fundamentalmente jurídica; es perfectamente tangible e inviolable y su existencia está sujeta a tratados o acuerdos jurídicos o políticos.

La frontera como zona, concepto que nos interesa en este trabajo, es un término que posee una acepción más bien social y económica y se define, desde una perspectiva cultural y geográfica, como un espacio de convergencia, de hibridez, de yuxtaposición de sujetos, instituciones y prácticas pertenecientes a contextos diferentes. Su existencia es determinada fundamentalmente por la presencia de manifestaciones culturales, sociales, económicas, etc.

En este sentido, el concepto de frontera implica, en primer lugar, reconocer que sólo es posible percibir la frontera en la medida que los espacios situados a ambos lados del límite tengan una base demográfica y que exista además una real red de relaciones entre las poblaciones ubicadas a ambos lados del límite internacional<sup>13</sup>. De esta manera, ante la ausencia de población, el concepto de frontera queda sin efecto y los confines de un Estado, no ocupados e incluso muchas veces no transitados, se convierten en meros espacios vacíos no incorporados a

---

<sup>13</sup> “Una primera aproximación a la frontera debe hacerse, en consecuencia, procurando una descripción de las comunidades humanas en ella asentadas. Un segundo aspecto es el relativo a las relaciones entre la región de frontera con el resto del país...” “El tercer elemento a analizar se refiere a la dimensión de política exterior que adquiere la acción nacional sobre su frontera”. (Otálvora, 2003,89:90).

la economía ni a la sociedad. Ante esta situación adquiere plena vigencia la noción lineal de frontera<sup>14</sup>.

“Una frontera se crea a partir de la actividad humana, de los encuentros y desencuentros con la propia historia y la de los otros. Desde ese momento la frontera es modelada y transformada por la actividad y el crecimiento del grupo humano o por las consecuencias de su dominio sobre otro grupo” (Fábregas Puig, 1996:80).

Por lo tanto, la frontera surge de una relación, de un encuentro, de la convergencia y la interacción de dos sociedades más o menos diferentes, de dos realidades sociales, económicas, culturales, políticas que pueden tener mucho o poco en común, pero que en la “frontera” se unen, se combinan dando una realidad única.

Ante esta perspectiva Fábregas Puig (1996:13) señala “Estamos refiriéndonos a espacios plurinacionales cuyo contenido no está en la economía, sino en redes de relaciones sociales y afinidades culturales...” “Necesitamos comprender los mundos de la cultura y el establecimiento de las redes sociales que configuran la frontera como territorio común. El punto de partida es demostrar la heterogeneidad de la sociedad y la cultura en los múltiples lados de la frontera como territorio político y, a partir de aquí, descubrir los espacios de convergencia...”

La frontera contiene posibilidades de conflictos, pero también de cooperación y constituye un territorio donde muchas veces las necesidades locales están soslayadas por las necesidades nacionales. Cada frontera ofrece un escenario en el que se combinan desafíos y oportunidades y donde se genera un doble proceso cultural con la permanencia de determinados componentes tradicionales de la cultura de origen y la incorporación de elementos y modos de vida de “el otro”, en un proceso que es caracterizado, en la actualidad, como “transnacional” (Palau, 1995).

Para los pobladores de las ciudades fronterizas es indudable que la frontera no sólo constituye un lugar de encuentro entre dos naciones, entre dos culturas más o menos diferentes sino, y especialmente, ésta integración fronteriza configura una estrategia de desarrollo y crecimiento conjunto que, dentro de la compleja división internacional del trabajo, requieren del constante flujo de mercancías, mano de obra y capital en ambas direcciones.

“Las zonas fronterizas constituyen espacios donde se producen a la vez identidades transnacionales, así como conflictos y estigmatizaciones entre grupos nacionales... En diversas regiones se manifiestan dos procesos aparentemente contradictorios: la construcción de distinciones identitarias, y la construcción de elementos o rasgos compartidos por sus habitantes más allá del límite político existente. En estas zonas se desarrollan relaciones interculturales que no plantean necesariamente la “pérdida de identidad” nacional. En muchos casos, por el contrario, esas identificaciones se encuentran exacerbadas, atravesadas por el mandato nacionalista de “hacer patria”. Una in-

14 La frontera, por contraste con el concepto de “límite”, posee un componente definitorio esencial en su condición de medio geográfico y humano (Morales Paúl, 1989, 281).

cógnita pendiente se refiere a la persistencia de la noción de frontera como límite que establece roles sociales diferentes para los actores a uno y otro lado de la línea, en el marco de procesos como el Mercosur u otros que se anuncian para el futuro, y que supuestamente implicarían la desaparición de esos límites. En la actualidad, estos procesos tienden a resignificar y recrear las asociaciones de la noción de frontera no sólo con categorías de diferencia, sino con otras que se refieren a superior-inferior, pobres-ricos, orden-desorden” (Grimson, 2001:93).

Coincidiendo con lo expresado anteriormente en este trabajo se considera la frontera como un concepto y una realidad compleja, que constituye siempre *un espacio de actuación compartida*, como si fuera el escenario de una densa trama de distintas relaciones, tanto económicas y sociales como culturales. Se trata de un espacio cuya delimitación sólo puede ser establecida en forma aproximada y transitoria, constituyendo su esencia el carácter cotidiano de dicha relación, la heterogeneidad de situaciones que en ella se constatan, como así también su equilibrio momentáneo, y, consecuentemente, su permanente evolución en el espacio y en el tiempo.

### **Dimensión territorial de la frontera**

Al estudiar el fenómeno fronterizo surge generalmente un problema de definición espacial, que, es además, una necesidad operacional, la de delimitar hasta dónde se hace perceptible la frontera como *espacio de actuación compartida*, según lo señaláramos. Dicho en otros términos, a partir del límite político-administrativo, ¿hasta dónde se extiende la frontera?, ¿dónde termina?, ¿hasta dónde son evidentes los procesos que la definen como tal?, ¿permite la división administrativa (departamentos, estados, provincias, distritos, etc) de los países en cuestión fijar esos límites?.

La realidad nos muestra que la frontera difícilmente puede ser delimitada con precisión<sup>15</sup>. El ancho de la frontera a ambos lados del límite internacional va a estar dado, fundamentalmente, por la relación cotidiana que ejercen los actores sociales y económicos que actúan de uno u otro lado, como así también por las acciones de desarrollo regional, cooperación e integración bilateral existentes, lo que no necesariamente va a depender de la mayor o menor distancia geográfica que existe entre el límite administrativo, sino más bien de la intensidad con que se manifiesta o se vive la frontera.

“Resulta válido definir la región fronteriza en función del espacio territorial que comprenden las interacciones, contactos y relaciones que ocurren entre personas, familias, grupos e instituciones de ambos lados de la línea de demarcación internacional, ya sean de carácter social, económico, cultural, lingüístico o demográfico. Al respecto, Jorge Bustamante (1989) ha señalado que la frontera constituye una *región* que abarca el espacio geográficamente limitado por la extensión empírica de los procesos de interacción

---

15 “Nada parece provocar más controversia entre los científicos sociales, y particularmente entre los geógrafos, que la definición de la región fronteriza” (Tuirán 2002, 90).

entre personas que viven en ambos lados de la frontera. De acuerdo con dicho autor, la internacionalidad de las interacciones se puede medir tanto por su *intensidad*<sup>16</sup>, como por su *extensión*<sup>17</sup> en el espacio geográfico". (Tuirán 2002, 91).

Finalmente, las dificultades que implican los registros y las mediciones de los fenómenos "fronterizos" han propiciado que los trabajos de investigación recurran usualmente a la utilización de las unidades administrativas para la delimitación de las mismas. Sin embargo, como señala Bustamante (1989), esta opción ha sido aceptada más por su utilidad práctica que por su solidez teórica.

Para el presente trabajo, y por exigencias prácticas y estadísticas, se ha considerado operacionalmente como "región" fronteriza entre la Argentina y el Paraguay, las jurisdicciones político administrativas contiguas a los límites internacionales según como éstas son definidas en los respectivos países. En el caso del Paraguay se trata de los departamentos, como divisiones mayores que contienen a los distritos como divisiones menores. En el caso argentino las jurisdicciones que se corresponden con las del Paraguay son las provincias y los departamentos respectivamente.

De esta manera, la frontera queda conformada, del lado paraguayo, por los departamentos Asunción, Central, Ñeembucú, Misiones, Itapúa, Alto Paraná, Boquerón y Presidente Hayes y del lado Argentino por los departamentos Iguazú, El Dorado, Montecarlos, Libertador General San Martín, San Ignacio, Candelaria y Capital en la Provincia de Misiones; Ituzaingo, San Miguel, General Paz, Berón de Astrada, Itatí, San Luis del Palmar y Capital en Corrientes; Bermejo, 1 de mayo y San Fernando en el Chaco; Pilcomayo, Formosa, Laishí, Pilagás, Patiño, Bermejo y Ramón Lista en la provincia de Formosa. Cabe aclarar que si bien los departamentos que contienen a las capitales provinciales en Chaco y Corrientes no se encuentran en contacto con el límite internacional se incluyeron por la influencia que tienen las mismas en la región.

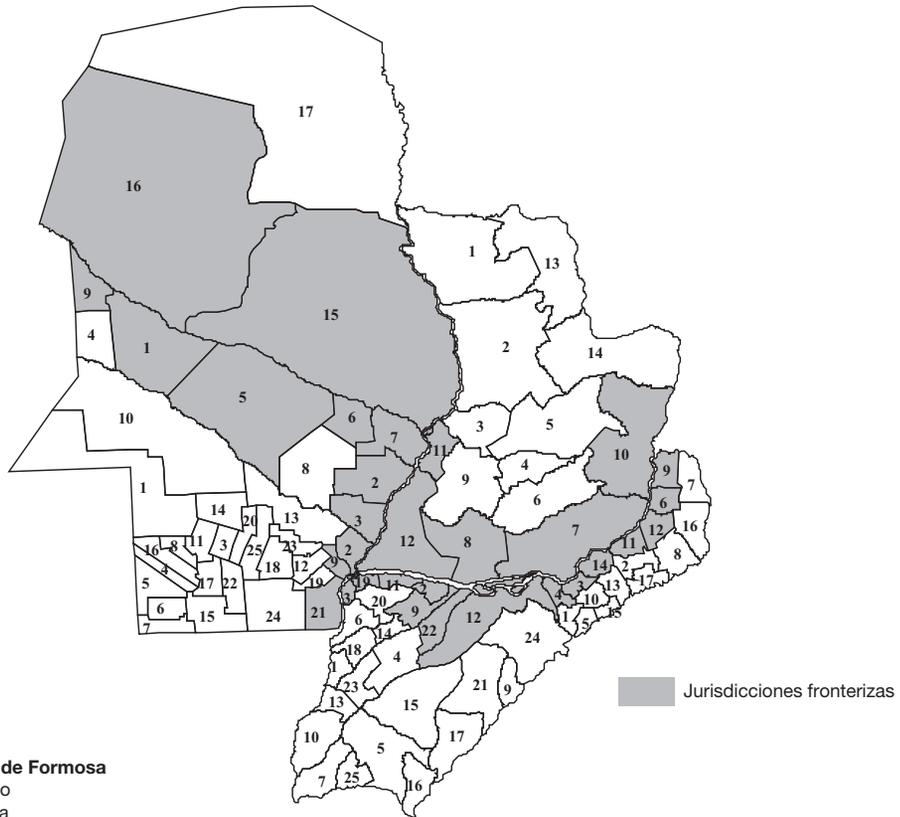
---

16 Se entiende por *intensidad* la frecuencia con la que ocurren los tipos de interacción mencionados.

17 La *extensión* es el espacio geográfico en el que ocurren esas interacciones internacionales.

**Mapa 1**

**División Política**



**Provincia de Formosa**

- 1.- Bermejo
- 2.-Formosa
- 3.-Laishi
- 4.-Matacos
- 5.- Patiño
- 6.- Pilagás
- 7.- Pilcomayo
- 8.- Pirané
- 9.- Ramón Lista

**Provincia de Misiones**

- 1.- Apóstoles
- 2.- Caingúas
- 3.- Candelaria
- 4.- Capital
- 5.- Concepción
- 6.- Eldorado
- 7.- Gral. Manuel Belgrano
- 8.- Guaraní
- 9.- Iguazú
- 10.- Leandro N. Alem
- 11.- Ldor. Gral. San Martín
- 12.- Montecarlo
- 13.- Oberá
- 14.- San Ignacio
- 15.- San Javier
- 16.- San Pedro
- 17.- 25 de mayo

**Provincia del Chaco**

- 1.- Almirante Brown
- 2.- Bermejo
- 3.- Comandante Fernandez
- 4.- Chacabuco
- 5.- 12 de Octubre
- 6.- 2 de Abril
- 7.- Fray J. Sta María de Oro
- 8.- General Belgrano
- 9.- General Donovan
- 10.- General Güemes
- 11.- Independencia
- 12.- Libertad
- 13.- Ldor Gral San Martín
- 14.- Maipú
- 15.- Mayor Luis J. Fontana
- 16.- 9 de Julio
- 17.- O'Higgins
- 18.- Presidente de la Plaza
- 19.-1 de Mayo
- 20.- Quitilipi
- 21.- San Fernando
- 22.- San Lorenzo
- 23.- Sargento Cabral
- 24.- Tapenagá
- 25.- 25 de mayo

**Provincia de Corrientes**

- 1.- Bella Vista
- 2.- Berón de Astrada
- 3.- Capital
- 4.- Concepción
- 5.- Curuzú Cuatía
- 6.- Empedrado
- 7.- Esquina
- 8.- General Alvear
- 9.- General Paz
- 10.- Goya
- 11.- Itatí
- 12.- Ituzaingó
- 13.- Lavalle
- 14.- Mburucuyá
- 15.- Mercedes
- 16.- Monte Caseros
- 17.- Paso de los Libres
- 18.- Saladas
- 19.- San Cosme
- 20.- San Luis del Palmar
- 21.- San Martín
- 22.- San Miguel
- 23.- San Roque
- 24.- Santo Tomé
- 25.- Sauce

**Paraguay**

- 1.- Concepción
- 2.- San Pedro
- 3.- Cordillera
- 4.- Guairá
- 5.- Caaguazú
- 6.- Caazapá
- 7.- Itapúa
- 8.- Misiones
- 9.- Paraguari
- 10.- Alto Paraná
- 11.- Central
- 12.- Ñeembucú
- 13.- Amambay
- 14.- Canindeyú
- 15.- Presidente Hayes
- 16.- Boquerón
- 17.- Alto Paraguay
- 18.- Asunción

## Objetivos

Como fue expresado anteriormente el objetivo general del presente trabajo es analizar las condiciones de salud de la población fronteriza en relación a sus rasgos demográficos, sociales y económicos y estudiar la disponibilidad de equipamiento sanitario y profesional a ambos lados del límite internacional.

Los principales aspectos a analizar incluyen las características sanitarias de la población estudiada, la incidencia de ciertas enfermedades –especialmente las de carácter social– los niveles y causas de mortalidad y el grado de organización y de complejidad de la oferta profesional y del equipamiento sanitario.

Interesa además captar el patrón espacial de las condiciones de salud y mortalidad y la distribución geográfica de los servicios de salud en relación con la accesibilidad de los mismos, como así también las diferencias y similitudes que se perciben en relación con las condiciones de vida en los territorios aledaños (extrafronterizos) en ambos países.

El supuesto inicial de este trabajo propone que las realidades de la población en la frontera difieren de las condiciones en el resto de las comarcas en ambos estados-nación.

Dichas diferencias devienen de su propia condición de frontera, pero juegan un papel de importancia no sólo las condiciones ambientales, como facilitadoras o inhibidoras de la instalación, sino, muy especialmente, los particulares procesos históricos de ocupación y desarrollo que convergieron con los factores antes mencionados, en la instalación y desarrollo de los centros urbanos principales –y a su vez cabeceras político-administrativas– de toda la región, a ambos lados del límite internacional.

Dentro de este marco, el presente trabajo tiene como objetivos específicos:

- Analizar las condiciones de salud de la población en la frontera argentino-paraguaya.
- Hacer un relevamiento de las instituciones e instrumentos de recolección de información sobre salud.
- Analizar la calidad y consistencia de la información y el grado de compatibilidad entre las fuentes de ambos países.
- Obtener una caracterización socio-económica de la población.
- Analizar la incidencia de enfermedades, principalmente las denominadas enfermedades sociales en la población estudiada.
- Examinar los niveles de mortalidad general, y especialmente infantil, como así también, las principales causas de defunción.
- Evaluar el nivel de equipamiento e infraestructura sanitaria y profesional existente.
- Derivar, a partir de lo anterior, sugerencias para mejorar el sistema de registro y proponer pautas para la elaboración de políticas sobre el tema.

## Fuentes de información

Para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación se recurrió a una variada gama de información bibliográfica y estadística.

En lo que respecta a la bibliografía, se ha examinado un importante número de textos, artículos, ensayos y escritos que permanentemente han guiado y orientado el desarrollo de este trabajo.

La información estadística utilizada proviene de diferentes fuentes y organismos de acuerdo a los requerimientos de los temas analizados.

Para el análisis demográfico y socioeconómico se utilizaron los datos correspondientes al Censo Nacional de Población Hogar y Vivienda del año 2002 del Paraguay y al Censo Nacional de Población y Vivienda del 2001 de Argentina.

La base de datos del censo de Paraguay fue proporcionada en soporte magnético, por la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de dicho país. La información censal se encuentra a nivel de distritos y está construida en dos archivos DBF, uno de ellos correspondiente a los datos de los habitantes y el otro a las viviendas.

Asimismo, para las provincias argentinas se obtuvo la base de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001. La misma se encuentra en formato Redatam SP+, programa que permite procesar en forma simplificada, grandes volúmenes de datos.

Una vez obtenida dicha información, se procedió a la normalización y representación cartográfica de las variables compatibles entre ambos censos a fin de determinar las características demográficas y el perfil socioeconómico de la población a nivel de distrito en Paraguay y departamentos en las provincias argentinas.

En Paraguay la información de mortalidad fue proporcionada por el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la Nación. La misma, si bien al momento de su obtención no estaba publicada, se encuentra elaborada en cuadros a nivel de departamento conforme a las normas de publicación de los "Indicadores de Mortalidad".

En Argentina los datos fueron brindados por la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, en un archivo que contiene la información de las defunciones discriminadas por departamento, edad y causa de muerte.

Para la determinación del perfil epidemiológico se analizó la incidencia de ciertas enfermedades asociadas a las condiciones sociales, económicas y educativas de la población y que forman parte de la lista de enfermedades de declaración obligatoria que figuran en la planilla C2.

Para obtener dicha información se debió recurrir a los respectivos organismos provinciales encargados de elaborarla: la Dirección de Estadística Sanitaria de la provincia del Chaco, el Departamento de Planificación y Estadística de Corrientes, y los Departamentos de Vigilancia Epidemiológica de Formosa y Misiones.

Los datos referentes a las condiciones de salud de la población del Paraguay fueron suministrados por el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Entre el conjunto de factores que determinan las condiciones de salud de una población, los componentes biológicos o genéticos y las condiciones materiales y sociales de la vida tienen indudablemente gran importancia, pero además, existen otros que dependen directamente de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, es decir, del sistema de organización sanitaria.

La información sobre los servicios de salud existentes en las provincias argentinas, fue obtenida, en primera instancia, de la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud y actualizada por las respectivas oficinas de estadística de las provincias.

Dicha publicación contiene información sobre localización (localidad, dirección, teléfono), dependencia (nacional, provincial, municipal, privada o mixta), tipo de atención (general básica, especializada), disponibilidad de camas, etc., de todos los establecimientos sanitarios registrados en las provincias.

La obtención de información sobre la infraestructura sanitaria del Paraguay no fue tan sencilla. Con respecto a los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud y Bienestar Social no hubo mayores inconvenientes, ya que se encuentran registrados y actualizados en la Dirección de Bioestadística. Los datos correspondientes a servicios sanitarios dependientes de otros organismos como ser Instituto de Previsión Social y de instituciones privadas fueron localizados únicamente a nivel nacional, motivo por el cual no se realiza el análisis de su distribución espacial.

Una correcta planificación del recurso humano médico requiere conocer la distribución de los profesionales en un determinado momento y su evolución en el tiempo, como así también la descripción y análisis de variables asociadas a tal distribución (Salinas y otros, 1989).

Para este segundo tipo de análisis se recabó información sobre la oferta de profesionales médicos. Este punto merece un comentario especial, por lo compleja que resultó la tarea, especialmente en el Chaco, Formosa y Corrientes.

Cabe señalar que en las tres provincias mencionadas existe la Dirección de Fiscalización Sanitaria, oficina en la cual se deben registrar todos los médicos que ejercen la profesión. El registro se realiza en un libro habilitado para tal fin y en el cual se consignan datos sobre número de matrícula, nombre y apellido, documento de identidad (tipo y número), nacionalidad, fecha de nacimiento, fecha de obtención del título, universidad de egreso y fecha de inscripción.

En el Chaco el número de matrículas existentes no corresponde en su totalidad a profesionales médicos, porque en los primeros años de habilitación, el registro otorgaba número consecutivo a todas las categorías de profesionales de la salud.

En realidad existían, a la fecha indicada, sólo 3.555 matrículas médicas otorgadas. Esto significó la revisión individual de todos los casos.

Otro de los inconvenientes serios, en las tres provincias, fue que no se encontraban consignadas las bajas producidas por fallecimiento, emigración, cambio de actividad, etc.; como así tampoco la localización de los profesionales. A esto hay que sumar que, en algunos casos, los datos consignados son ilegibles, erróneos o incompletos, lo cual dificultó aún más la tarea ya que se debió confrontar los datos con los expedientes archivados.

Debido al volumen y características de la información existente y ante la necesidad de realizar un análisis detallado de los datos consignados en los registros, se organizó, en cada una de estas provincias una base de datos, a la cual se incorporó la especialidad de los profesionales. Las mismas también deben ser registradas en la Dirección de Fiscalización Sanitaria, para lo cual existe un libro destinado a tal fin, donde se consigna número de matrícula, nombre y apellido, documento de identidad (tipo y número), fecha de registro y número de expediente.

La incorporación de la especialidad a la base de datos de los médicos matriculados se realizó mediante la identificación de la matrícula profesional, documento de identidad y nombre y apellido de los profesionales.

Una vez conformada la base de datos, nos encontramos con el inconveniente de no contar con la información sobre la localización real y actual de los profesionales, información imprescindible para poder cumplir con los objetivos de esta investigación.

Esta dificultad fue solucionada mediante la obtención de los listados de médicos vinculados al sector público (de planta, contratados, residentes, etc.) y al área de seguridad social a partir de los médicos agremiados en Federación Médica y Colegios Médicos del Chaco y en la Federación Médica y la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Formosa (ACLISA).

La realización de las bases de datos insumió un tiempo considerable, pero fue el primer aporte concreto de esta investigación, ya que las mismas fueron entregadas a las respectivas Direcciones de Fiscalización y están siendo consecuentemente utilizadas.

En la provincia de Misiones la base de datos de los profesionales médicos y los servicios asistenciales existentes, fue proporcionada por el Colegio Médico, que por decreto del Gobierno provincial tiene a su cargo, desde 1986, la responsabilidad de habilitar e inhabilitar clínicas y la matriculación de profesionales médicos y el registro de las especialidades.

En el Paraguay, si bien existe una oficina encargada del registro de profesionales, la Dirección de Control de Profesionales y Establecimientos de Salud, no fue posible acceder a la información detallada de profesionales.

Es importante resaltar que no fueron pocos los problemas derivados de las fuentes de información con los que nos hemos encontrado para encarar y llevar

a cabo esta investigación; algunos fueron expuestos anteriormente y otros se explicitan en el desarrollo de los diferentes capítulos pero en todos los casos se recurrió a las herramientas teórico-metodológicas disponibles para solucionarlos.

## Antecedentes

El principal obstáculo para encarar esta investigación fue la escasez de trabajos que analicen la frontera como tal, es decir, que investiguen qué sucede desde el punto de vista político, económico y social a ambos lados del límite administrativo que divide a las dos entidades nacionales.

En éste aspecto hay que destacar los aportes brindados por Tomás Palau Viladesau a través de sus investigaciones “Una contribución preliminar para el estudio de la frontera en el Paraguay y su impacto socio-económico” (Palau, Verón, 1998) y “Residencia y migración en la frontera paraguayo-argentina. El caso de Formosa-Alberdi” (Palau Viladesau, 1995).

En el primero, como lo expresan sus autores “se ha intentado una aproximación al estudio de la frontera en Paraguay”. Mediante el análisis de fuentes históricas y periodísticas se analizan, en primer lugar, los hechos históricos que han determinado el establecimiento de las actuales fronteras políticas del país; posteriormente se describe la importancia que la actividad de frontera ha tenido y sigue teniendo en la economía nacional y, por último, se analizan algunas variables demográficas y socioculturales que describen peculiaridades de las áreas fronterizas.

El segundo trabajo describe, mediante el análisis de una muestra de 155 personas residentes en las ciudades fronterizas de Formosa (Argentina) y Alberdi (Paraguay), las características socioeconómicas, las condiciones de residencia, los motivos y la frecuencia de los desplazamientos transfronterizos, así como la vinculación existente entre el perfil ocupacional y los ingresos devenidos según el tipo de actividad económica del poblador de frontera. Se consideran también los problemas y percepciones del habitante fronterizo con respecto a procesos propios de áreas de frontera<sup>18</sup>.

---

18 Entre las principales conclusiones de éste trabajo merecen citarse:

Se encontró una mayor proporción de mujeres de nacionalidad argentina que varones, hecho que puede explicarse porque la frontera ofrece oportunidades laborales para actividades de bajos ingresos que son aprovechadas principalmente por las “paseras”.

Del total de la muestra, 55% está constituida por migrantes, la mayoría de los cuales proviene de localidades paraguayas relativamente cercanas a Alberdi. A su vez, existe una importante concentración de los sujetos encuestados en el tramo de edad económicamente más activo (25 a 39 años).

Se encontró tamaños familiares más pequeños que para el total del país, hecho sin duda relacionado al promedio de edad de los sujetos (30,9 años para mujeres y 32,2 para varones), así como un número significativamente más alto de uniones consensuales que en el resto del país.

Por otra parte, los niveles de escolaridad en la frontera son a su vez notoriamente más altos que para el total del país e incluso que para el total urbano.

En cuanto a la situación ocupacional de los integrantes de la muestra, se encontró una nítida predominancia de actividades vinculadas al comercio fronterizo.

Desde la propia trayectoria personal, se ha trabajado anteriormente analizando diferentes aspectos de la población fronteriza, como es el caso de “Frontera y territorios aledaños. Condiciones socioeconómicas en Paraguay y el Nordeste”, y “La mortalidad infantil en relación con las condiciones socioeconómicas en la frontera Argentino-paraguaya” (Fantin, 2004).

El primer trabajo examina, mediante el método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), las condiciones de vida de la población en las cuatro provincias del Nordeste argentino y Paraguay con el objetivo de determinar si existen diferencias o similitudes entre las características socioeconómicas de la población fronteriza y la que habita los territorios aledaños. El segundo estudio mencionado analiza particularmente los niveles de la mortalidad infantil según las características socioeconómicas de la población a ambos lados de la frontera.

Para el análisis de las condiciones socioeconómicas, en ambos trabajos, se utilizaron para las cuatro provincias argentinas, los datos correspondientes al Censo Nacional de Población y Vivienda del año 1991. En el Paraguay, ante la imposibilidad de contar con la base de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 1992, se utilizó la información publicada por la Dirección General de Estadística Encuestas y Censos y se normalizaron los datos de las cuatro provincias argentinas en concordancia con las características de los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) utilizados por Paraguay<sup>19</sup>.

Las unidades de análisis utilizadas en estos estudios corresponden a las divisiones sanitarias<sup>20</sup>, por lo que se considera frontera a las jurisdicciones sanitarias contiguas al límite internacional.

Ambos trabajos permiten destacar, en líneas generales, que Paraguay muestra una situación de mayor desventaja; la mayor parte de su territorio presenta niveles de criticidad superiores a los registrados en las provincias argentinas. A su

---

La mayoría de los sujetos no nacidos en Alberdi o Formosa han migrado a la zona hace más de 15 años, sólo un 20% son migrantes de 9 años o menos, la gran mayoría de los cuales son jóvenes de menos de 24 años.

En cuanto a la fecha en que empezaron a cruzar regularmente la frontera lo encontrado es que un porcentaje relativamente alto (37%) lo hizo recién después de los 15 años (de los que nacieron en la zona), entre quienes también un igual porcentaje los hizo de niños, antes de los 9 años. Los que no son de la zona empezaron a cruzar la frontera a edades más tardías.

Los problemas percibidos como más importantes son los laborales y económicos. La mitad de la muestra consultada tiene doble documentación y se conoce muy poco sobre el proceso de integración del MERCOSUR y sus impactos en las actividades de frontera.

**19** Si bien la Argentina también utiliza esta metodología, existen diferencias en la definición de las variables utilizadas entre ambos países, especialmente en lo referido a calidad de la vivienda, a la disponibilidad de infraestructura sanitaria y en acceso a la educación, por lo tanto y a fin de establecer comparaciones en la frontera, se aplicaron a estos tres rubros las definiciones de necesidades básicas insatisfechas de Paraguay, a la población de las provincias argentinas. Los indicadores de capacidad de subsistencia, presentan tan sólo ligeras diferencias en sus técnicas de medición entre ambos países. Se decidió no modificarlos por considerar que son mayoritariamente comparables.

**20** Las divisiones sanitarias en las provincias de Corrientes y Misiones coinciden con la división departamental, no así en las otras provincias. Al momento de éste estudio, la provincia del Chaco se encontraba dividido en seis zonas y Formosa en diez distritos; pero a su vez estas divisiones mayores se encontraban subdivididas en “áreas programáticas”, sesenta y siete en el Chaco y cincuenta y ocho en Formosa. En Paraguay por su parte, existen dieciocho “regiones sanitarias”, cuyas áreas geográficas se asientan en los límites departamentales, las cuales a su vez se subdividen en “distritos” que corresponden a los doscientos diecisiete distritos del país.

vez, los territorios fronterizos presentan condiciones más favorables que las zonas aledañas, situación que obedece fundamentalmente a la presencia de centros urbanos importantes que confieren mayor desarrollo y niveles de vida que a la condición de frontera.

Es importante destacar que estos trabajos contribuyeron considerablemente a la realización de la presente investigación, ya que permitieron una primera aproximación al tema, a las fuentes y básicamente al tratamiento y manejo de los datos censales.

En lo referido al estudio específico de salud en áreas de frontera, es importante mencionar el trabajo "Frontera, Migración y Muerte: El Sida y La Operación Guardián" (Avilés y Jiménez Cruz) donde se analizan, en la frontera México-Estados Unidos, cómo los procesos sociales asociados a la existencia de una frontera influyen tanto en las tendencias de la incidencia de la morbilidad y mortalidad, como en la respuesta de la sociedad ante estas tendencias. Los autores afirman que "en las regiones fronterizas se hace indispensable que todo análisis de la situación de salud considere el posible rol que la frontera desempeña en la producción de la salud, la enfermedad y muerte, tanto en su escala local, como regional y global".

Es importante señalar, por otra parte, la extensa bibliografía existente en relación a la migración entre Paraguay y Argentina. Algunos trabajos analizan específicamente los movimientos migratorios entre ambos países como es el caso de "Migración laboral de trabajadores paraguayos a la Argentina: entrada a los mercados trabajo y trayectorias ocupacionales"<sup>21</sup> (Cerrutti y Parrado, 2001); "Paraguayos en el Nordeste Argentino en la primera mitad del siglo XX. Demografía e integración" (Meichtry y Beck, 1999); "Migraciones limítrofes entre Paraguay y la Argentina: el caso de la provincia de Formosa" (Palau, 1998), entre otros.

Asimismo, existen innumerables trabajos que analizan las características y volúmenes de la población limítrofe en Argentina el tema (Marshall y Orlansky, 1983; INDEC, 1997; OIM, 1992; Marmora, 1996; Marmora y Cassarino, 1998; Santillo, 1998; Meichtry y Beck, 2002; Novick et al, 2005).

---

21 Este estudio se basa en la encuesta aleatoria realizada en dos distritos paraguayos y en entrevistas a inmigrantes paraguayos en el Gran Buenos Aires, para comprender el proceso de inserción en el mercado laboral argentino y su movilidad ocupacional, estrategias migratorias, etcétera.



## Capítulo 1

# Conformación histórica y características geográficas

*La América ha de promover todo lo que acerque a los pueblos, y ha de abominar todo lo que los aparte. En esto, como en todos los problemas humanos, el prevenir es de la paz.*

*José Martí*

## La delimitación territorial entre Argentina y Paraguay

El problema de la demarcación territorial entre Argentina y Paraguay se planteó históricamente como un conflicto jurisdiccional, ya desde la época de la colonia, entre provincias hispánicas que integraban el virreinato del Perú. La necesidad de establecer límites surgió por diversas razones, pero fundamentalmente se tuvo en cuenta la extensión del virreinato y los problemas administrativos y de gobierno que esta situación acarrea.

El sistema original de los adelantazgos de la corona española fue transformándose paulatinamente en el Virreinato del Perú, a partir de su creación en 1542. Las extensas comarcas del Río de la Plata fueron formalmente incorporadas con la creación de la gobernación del mismo nombre en 1594 y aún cuando sus ciudades principales eran Asunción y Buenos Aires, dependían políticamente y judicialmente de Lima, capital del virreinato, y de la Audiencia de Charcas.

La misma extensión del territorio condujo a su división en dos Gobernaciones por Real Cédula de Felipe II del 16 de diciembre de 1617, creándose la *Gobernación del Paraguay* o *del Guayrá*, con capital en Asunción y la *Gobernación del Río de la Plata* o *de Buenos Aires*, con cabecera en esta última ciudad<sup>22</sup>.

“Don Felipe por la gracia de Dios, Rey de Castilla, de León, de Aragón... etc. Por cuanto, habiendo entendido que algunas de las ciudades de las Provincias del Rio de la Plata, se hallaban en gran peligro de ser destruidas por los Indios Guaycurús, Payagüaes, naciones que están rebeldes y aunadas y que hacen grandes daños, y que para remedio y reparo de esto convenia se dividiera aquel Gobierno que tiene mas de quinientas leguas de distrito y en él ocho ciudades muy distantes, sin poderse socorrer las unas á las otras, particularmente las tres de ellas que son de la Provincia de Guayrá, las cuales jamás han podido ser visitadas de Gobernador ni Obispo, ni administrádose en ellas el sacramento de la Confirmación, consultándose mi parecer, he tenido por bien que el dicho Gobierno se divida en dos, que el uno sea del Río de la Plata, agregándole las ciudades de la Trinidad puerto de Santa María de Buenos Aires, la Ciudad de Santa Fe, la de Corrientes y la Ciudad de la Concepción del Río Bermejo; y el otro Gobierno se intitule de Guayrá, agregándole por cabeza de su Gobierno, la Ciudad de la Asunción del Paraguay y la de Villa Real, Villa Rica del Espíritu Santo y la Ciudad de Santiago de Jerez<sup>23</sup> ... (Audibert, 1892:134).

En 1621 se produjo también, la división eclesiástica. La jurisdicción del Obispado de Buenos Aires abarcaba toda la extensión del Gobierno del Río de la Plata y la del Paraguay, todo el distrito de la Gobernación del Guairá.

La Cédula Real de 1617 no establecía la línea de separación entre ambos gobiernos pero “la historia atestigua que la línea divisoria entre ambas jurisdiccio-

---

<sup>22</sup> Los Gobernadores de estas provincias independientes entre sí, fueron nombrados al año siguiente de 1618. Manuel Frias en el Guairá y Diego Góngora en el Río de la Plata. Pero la división administrativa, recién se operó en 1620, razón por la cual los historiadores generalmente aseguran que la división del Gobierno fue en dicho año (Audibert, 1892).

<sup>23</sup> “La división gubernativa establecida por la Cédula Real del 16 de Diciembre de 1617, era pues equitativa por el número de las ciudades atribuidas a cada gobernación, como por la extensión del territorio que cada una abarcaba” (Audibert, 1892:135).

nes fue el Río Bermejo y el Río Paraná, hasta las Misiones, donde seguía la divisoria de las aguas a este río y al Uruguay, para luego continuar las vertientes a este río y al Iguazú, de cuyo estremo tirando un poco más al sur de la actual frontera de Santa Catalina con la Provincia del Paraná del Brasil se tenía los antiguos límites del Guairá con el Río de la Plata” (Audibert, 1892:135).

Maeder y Gutiérrez (1995) señalan que se tomó en consideración un auto de Hernandarias de 1598 que colocaba la divisoria entre el curso del Pilcomayo y del Bermejo.

### La situación en el Chaco y las Misiones

En la región chaqueña o Gran Chaco, ubicado al oeste de los ríos Paraná y Paraguay<sup>24</sup>, no hubo durante la etapa colonial alteración en las divisiones de ambas provincias, ni cuestión o litigio en lo político o en lo eclesiástico. El río Bermejo constituía el límite entre las gobernaciones del Río de la Plata y del Guairá desde la Real Cédula de 1617 o la línea intermedia entre este río y el Pilcomayo (Audibert, 1892; Gutiérrez y Maeder, 1995).

Los límites entre ambas gobernaciones y jurisdicciones eclesiásticas se mantuvieron estables por más de un siglo. A los territorios de ambas jurisdicciones se superponía el sistema de las misiones de guaraníes organizadas desde la provincia jesuítica del Paraguay a partir de 1610. Sus reducciones sufrieron traslados y transmigraciones en diferentes oportunidades, entre otras causas, debido a las invasiones de los “bandeirantes” portugueses a partir de 1611, que provocaron el éxodo de los pueblos y su concentración entre 1641 y 1685 en la comarca del sureste de Paraguay hasta el río Uruguay (Gutierrez y Maeder, 1995).

Esta concentración de los treinta pueblos de las misiones y su posterior expansión hasta 1718 sobre la margen izquierda del río Uruguay hacia las tierras de Río Grande, suscitó algunas dificultades en el ámbito eclesiástico, porque no estaba claramente establecida a cuál jurisdicción correspondían ciertos pueblos.

La cuestión fue resuelta de acuerdo con la Cédula Real del 11 de Febrero de 1724, por la cual se ordenó que los Obispos arreglasen los límites jurisdiccionales conforme *á las erecciones de las iglesias y a la posesión y costumbre en que estuviesen* (Audibert, 1892).

De esta manera, los obispos de Paraguay y Buenos Aires establecieron, en 1726, que la cuestión se someta al laudo arbitral de los sacerdotes José Insaurralde, Superior de Misiones y Anselmo de la Mata, cura del San Ignacio Guazú, quienes en Candelaria, el 8 de Junio de 1727, pronunciaron su laudo:

“Habiendo admitido ambos la Comisión, usando de ella, y recorriendo con todo acuerdo y cuidado los instrumentos, que paran en el archivo de estas Misiones, las erec-

24 Esta región constituyó básicamente el habitat de naciones indígenas antes y después de la conquista española y la formación de las nacionalidades.

ciones de los pueblos y territorios de ambas provincias del Paraná, y Uruguay, hallamos que los términos del Obispado del Paraguay son e incluyen las vertientes todas del Río Paraná; y los del Obispado de Buenos Aires las del Río Uruguay que son las divisiones de ambos Obispos, y que los pueblos de Candelaria, San Cosme, y Santa Ana, sobre que es litigio, se hallan en el territorio del Paraguay, aunque se hallan sobre esta otra banda del Paraná, como los pueblos de Nuestra Señora de Loreto, San Ignacio Miri y Corpus y que en la división de ambos Obispos, se han tenido y juzgado dichos pueblos por pertenecientes a dicho Obispado del Paraguay” (Audibert, 1892:139).

Es importante destacar que en esta oportunidad no se tomó como límite el río, sino el área bañada por las respectivas vertientes que desaguan en él.

Pero, mientras así se definían las jurisdicciones en el ámbito eclesiástico; en el aspecto político y como consecuencia del conflicto comunero originado en Paraguay<sup>25</sup> el rey por real cédula del 6 de Noviembre de 1726, dispuso que los trece pueblos de las Misiones del río Paraná, fuesen agregados al gobierno de Buenos Aires<sup>26</sup>.

Este puede ser considerado como el primer límite demarcado entre los actuales territorios de Paraguay y Argentina, que otorgaba a Buenos Aires todo el territorio de Misiones estableciendo el límite en el río Tebicuary.<sup>27</sup>

Entre 1768 y 1810 la delimitación entre ambas jurisdicciones sufrió algunos cambios. La expulsión de los jesuitas en 1767 y la secularización de esos territorios al año siguiente significó, desde el ámbito político, la creación de un nuevo distrito, que incluía los treinta pueblos de las misiones así como las estancias que ocupaban en ambas márgenes de los ríos Paraná y Uruguay, con autoridades propias subordinadas al gobernador de Buenos Aires<sup>28</sup> (Maeder, inédito).

Con la creación del virreinato del Río de la Plata en 1776 se produjeron nuevas modificaciones en la organización política y territorial de estos territorios. En 1783 el virreinato quedó dividido en ocho Intendencias: Buenos Aires, Paraguay, Córdoba, Salta, Potosí, La Plata, Cochabamba y La Paz a las cuales les correspondían, de acuerdo a las normas establecidas por real cédula, los territorios de sus correspondientes obispos.

Por esta razón, el Gobernador intendente del Paraguay, Pedro de Melo, reclamó los trece pueblos de las misiones del Paraná como de su jurisdicción, y el Virrey Marqués de Loreto resolvió favorablemente en 1784, quedando la gober-

---

25 La “Revolución Comunera” se inicia en Paraguay en 1717 y finaliza con la derrota de los comuneros en 1735. Durante este período, se suscitaron constantes batallas en las calles y en los campos, entre Comuneros y Virreinalistas (Díaz Pérez, 1973).

26 “Sin perjuicio de ello, el gobernador Bruno Mauricio de Zabala, admitió que los *cuatro pueblos mas cercanos al Paraguay queden en dependencia política de aquel gobierno, hasta que Su majestad resolviese*; en 1930 el Consejo de Indias aconsejaba al rey se mantuviese la propuesta de Zabala” (Maeder, inédito).

27 El cambio de jurisdicción sobre el territorio de Misiones fue en el orden político y militar pero en el ámbito eclesiástico se mantenía la división establecida en el laudo de 1727.

28 “Para su mejor administración, la provincia de Misiones fue fraccionada en cinco departamentos desde 1773; dos de ellos con un total de trece pueblos se localizaban en ambas márgenes del río Paraná y los otros tres con un total de diecisiete pueblos en ambas vertientes del río Uruguay (Maeder, inédito).

nación de Misiones políticamente en dependencia de dos gobiernos y dos obispos dado que el límite entre las intendencias de Buenos Aires y Paraguay quedó establecido de acuerdo al laudo de 1726.

Esta situación que fue modificada nuevamente en 1803 cuando “el Rey de España desmembró de la jurisdicción del Paraguay esos trece pueblos del Paraná y de la de Buenos Aires los diez y siete del Uruguay, para constituir con los treinta pueblos de indios Guaraníes y Tapes la “Provincia de Misiones”, *gobernada con total independencia de los Gobiernos de Buenos Aires y del Paraguay*” (Audibert, 1892:323,324).

Nuevamente cambió la situación cuando, por Real orden del 12 de septiembre de 1805, se otorgó al coronel Velazco, gobernador de Misiones, la intendencia del Paraguay<sup>29</sup>, haciéndose cargo de ambas gobernaciones en Asunción el 5 de mayo de 1806.

En 1808, el virrey Santiago de Liniers nombró, en Misiones, a De la Rosa como Comandante General de Armas en ausencia de Velazco<sup>30</sup>, quien a su regreso reclamó dicha medida. El Comandante De la Rosa renunció a su cargo y el nuevo virrey, Baltasar Hidalgo de Cisneros, aconsejó a Velazco crear una jefatura que actuara en Misiones subordinada a su gobierno; de esta manera se le otorgó el cargo de Comandante General de Armas de Misiones a Tomás de Rocamora, quien se hizo cargo en 1810 (Maeder, inédito).

Misiones nuevamente tuvo una relativa autonomía, pero dependiendo de las autoridades de Asunción; esta situación se mantendrá hasta la Revolución de Mayo y la expedición de Belgrano al Paraguay.

### La frontera con Corrientes

Otro sector conflictivos fue el de las tierras localizadas al norte del río Paraná, entre Itatí y Paso del Rey<sup>31</sup> (hoy Paso de la Patria, provincia de Corrientes). Estas tierras, prácticamente despobladas, representaban una amenaza para las estancias de los pueblos guaraníes, dado que “...constituía una fácil entrada para las correrías y pillajes de los indios del Chaco, que se deslizaban hasta las estancias de los pueblos guaraníes ubicados al sur del Tebicuarí y al este del Yabebirí” (Maeder, 1981:80).

Ante esta situación, tanto el gobierno de Corrientes como el de Paraguay consideraron la necesidad de poblar esta región. Por ello, cuando Pedro de Melo asume como gobernador del Paraguay solicita al virrey “...se digne declarar por

29 De esta manera “se reunieron por Orden Real ambos gobiernos en uno y se nombró al Coronel Don Bernardo de Velazco para Gobernador Intendente y político militar del Paraguay y Misiones” (Audibert, 1892:325).

30 Velazco había sido llamado a Buenos Aires, con motivo de la defensa que se preparaba en esta ciudad en previsión de un segundo ataque de los ingleses.

31 Corresponde a la región denominada Ñeembucú, limitada por los ríos Paraguay al oeste, Paraná al sur, Tebicuary al norte y Yabebirí al este.

término de este gobierno y el de Buenos Aires y sus tenencias el mencionado río Paraná, límite que siempre a sido de esta provincia”<sup>32</sup>.

Paraguay alegaba que el límite con el Río de la Plata era el río Paraná, tanto en lo político como en lo eclesiástico, para lo cual invocaba el fallo arbitral de los Padres Jesuitas José de Insaurralde y Anselmo de la Mata en 1727 y las visitas y empadronamientos que posteriormente realizaron otros gobernadores a los pueblos de Misiones<sup>33</sup> (Audibert, 1892).

Por su parte Corrientes fundamentaba que correspondían a esta Ciudad las tierras de Curupayty o las Lomas de Pedro González, porque por la Real Cédula de división de 1620 (1617) se asignaba por límites de las provincias del Paraguay y Río de la Plata, al río Tebicuary, razón por la cual lo había poblado y lo ocupaba con sus milicias. (Audibert, 1892).

Al no tener respuesta el Gobernador de Paraguay, convocó por bando del 16 de febrero de 1779, al poblamiento del paso Curupaití y el 3 de marzo exhortó al Cabildo de Corrientes que retirara su expedición hasta que el virrey resolviera, pero cuando los paraguayos llegaron a Curupaití los correntinos ya habían construido su fuerte. Ante la presencia de los correntinos, Melo decidió reforzar la presencia paraguaya en la región y funda, el 5 de octubre en la desembocadura del río Tebicuary, el pueblo de Nuestra Señora del Pilar de Ñeembucú (Maeder, 1981).

A fin de terminar con la disputa por estas tierras y que se concrete el poblamiento la región, el Virrey ordenó, por providencia del 9 de noviembre de 1779, que se divida administrativamente el terreno en dos partes iguales, siendo el arroyo Hondo el límite entre Corrientes y Paraguay.

Pero esta solución duró poco, pues la cuestión volvió a suscitarse con motivo de la Real Ordenanza de Intendentes de 1782 que otorgaba a Buenos Aires y al Paraguay *todo el territorio del Obispado correspondiente* a cada una de estas Intendencias. En consecuencia, el Gobernador Intendente del Paraguay Pedro de Melo, en 1784, exhortó al Gobernador de Corrientes Alonso Quesada a desalojar el fuerte de Curupaití por estar ubicado en territorios de su intendencia.

Quesada se opuso a esta petición, en vista de lo cual se produjeron incidentes entre ambos ocupantes. Por otra parte, la fundación de Laureles en 1790, la elevación de Ñeembucú a la categoría de Villa del Pilar y los constantes reclamos paraguayos, reducían cada vez más las posibilidades correntinas de asiento en el lugar.

Finalmente, el conflicto se resolvió el 27 de septiembre de 1810 cuando las tropas de Paraguay, ocuparon en forma definitiva Curupaití<sup>34</sup>, como resultado de la expedición de Belgrano al vecino país.

---

<sup>32</sup> Informe de Melo citado por Maeder (1981:84).

<sup>33</sup> Felipe Rege Corbalan, en los años de 1672 y 1673, Juan Diez Andino en el de 1687, Sebastián Félix de Mondeola en el de 1693, Juan Gregorio Basan y Pedrosa en el de 1714 y José de Antequera y Castro en el de 1722 (Audibert, 1892).

<sup>34</sup> “De esta manera la posesión correntina en aquella fracción de Paraguay quedó definitivamente extinguida” (Maeder, inédito).

## La delimitación de la frontera en la época nacional

Posteriormente a la Revolución de Mayo y sobre todo desde la independencia de hecho del Paraguay en 1811, la demarcación del límite pasó de ser un litigio entre dos provincias del reino de España a convertirse en un litigio entre dos estados autónomos.

En el año 1852, el director provisorio de la Confederación Argentina, general Justo José de Urquiza despachó al Dr. Santiago Derqui ante el Gobierno Paraguayo con suficientes poderes para la resolución de todas las cuestiones pendientes entre ambos Estados. Así el 15 de julio de 1852 se firmó un tratado de límites, que dejaba resuelta las tres cuestiones más importantes en litigio entre los dos países.

Por ese Tratado se reconocía que el Paraguay era una nación soberana e independiente y se establecía la libre navegación de los ríos Paraná y Paraguay así como de sus afluentes para buques de bandera paraguaya y argentina. Por ese mismo Tratado, el gobierno del Paraguay cedía al gobierno de la Confederación Argentina el territorio que tenía sobre la margen izquierda del río Paraná, en las actuales provincias de Corrientes y Misiones. Dicha cesión fue compensada con el reconocimiento de que el río Paraguay, hasta la confluencia con el río Paraná, pertenecía íntegramente a la nación paraguaya.

Pero, antes de concluirse la retirada de las tropas paraguayas de aquellos territorios cedidos estalló un movimiento revolucionario en la ciudad de Buenos Aires contra el director provisorio y, en precaución de los resultados que pudieran tener aquellos sucesos, se resolvió mantener la ocupación militar de dichos puntos.

El 8 de agosto de 1853, el director provisorio de la Confederación Argentina envió al gobierno del Paraguay una nota en la que reclamaba la entrega de las Misiones, consideradas argentinas, desentendiéndose del precitado Tratado de 1852, así como de su correspondiente aprobación por el Congreso. El 18 de octubre de ese año, Carlos Antonio López contestó la nota, manifestando la pronta entrega de los territorios reclamados, en respuesta a la aprobación del Tratado del 15 de julio por los Congresos paraguayo y argentino. Así se mantuvieron los arreglos de límites entre la República del Paraguay y Argentina.

Luego de la guerra de la Triple Alianza (1865-1870) con el Paraguay<sup>36</sup>, en medio de profundas tensiones, comenzaron las negociaciones para la delimitación definitiva de los límites entre ambos países.

Con la firma del tratado Machain-Irigoyen del 3 de febrero de 1876, se establecía al río Paraná como línea divisoria entre ambos países por el este, y también la jurisdicción en las islas Apipé y Cerrito para la Argentina y Yaciretá para el Pa-

<sup>36</sup> Entre 1864 y 1870 el Paraguay y los tres países signatarios de la Triple Alianza –Argentina, Brasil y Uruguay– protagonizaron un conflicto que sigue siendo único en el escenario latinoamericano por su duración, el número de víctimas y sus consecuencias (Brezzo, 2004).

raguay. En el oeste se acordó al río Pilcomayo<sup>36</sup> como límite internacional, además, Argentina reconocía la soberanía de Paraguay sobre los territorios del Chaco Boreal, desde Bahía Negra al río Verde y dejaba a la decisión de un arbitraje internacional la soberanía en los territorios ubicados entre el río Verde y el Pilcomayo.

Finalmente, en 1878, el arbitraje internacional a cargo del presidente de los Estados Unidos, Rutherford Hayes, determinó que los territorios en litigio correspondían a Paraguay, en consecuencia Argentina desocupó Villa Occidental y replegó la sede de la gobernación del Chaco a la localidad de Formosa. A partir de este momento, esos fueron los límites definitivos entre ambos estados.

### **Características geográficas de las fronteras**

El área geográfica de este trabajo comprende la franja de contacto entre Argentina y Paraguay, extendida a lo largo de los casi 1700 Km de extensión de la frontera fluvial Paraná, Paraguay, Pilcomayo, caracterizada por cuatro tramos de interacción, diferentes entre sí, tanto en su devenir histórico como en su dinámica presente.

La frontera sobre el río Pilcomayo se extiende desde la intersección del mencionado río y el paralelo 22° sur por el occidente hasta su confluencia con el río Paraguay, por el oriente<sup>37</sup>. Es una región de gran horizontalidad, pues la paulatina elevación desde la ribera fluvial hacia el oeste es escasa, manteniendo el terreno una leve orientación de NO a SE, perceptible por la dirección de los cursos de agua.

El río Pilcomayo, límite natural entre ambos países, constituye asimismo el límite geográfico que separa el Chaco Boreal y el Chaco Central, ambas subregiones presentan similitudes fisiográficas que demuestran la continuidad del paisaje.

Por otra parte las condiciones, climáticas y fitogeográficas de esta región permiten diferenciar, dos subregiones: el Chaco Subhúmedo oriental, con un clima subtropical sin estación seca, caracterizado por precipitaciones regulares y cons-

---

36 "El tratado de límites del año 1876 y los tratados complementarios de límites de 1939 y 1945 establecieron que el límite entre la Argentina y el Paraguay quede determinado por el río Pilcomayo, entre Esmeralda y su desembocadura en el río Paraguay. La demarcación está totalmente terminada. Se erigieron 280 hitos en los 980 kilómetros de extensión de la frontera. El recorrido del límite demarcado y aprobado por ambos países es independiente de las variaciones del Pilcomayo o de su desaparición en algunos sectores. A fines del siglo XIX y comienzos del XX, las aguas de este río llegaban hasta el estero Patiño, a 24° de latitud sur. Hasta 1943 ese estero era un área de inundación pero hoy se ha transformado en una frontera seca. Entre 1940 y 1975 el cauce del río se rellenó a razón de 5 km por año aproximadamente. En 1967 fue levantada la estación de aforo Fortín Nuevo Pilcomayo, dado que el río había pasado allí a ser un estero. Desde 1943 en adelante, la tasa media de retroceso del Pilcomayo fue de 10km por año. En el proceso histórico de definición de los límites entre ambos países, las partes actuaron sobre la base de que el Pilcomayo no podía utilizarse como límite internacional". (Sanz de Urquiza, 2003:10)

37 Este sector pertenece al Gran Chaco, una unidad fisiográfica que comprende territorios de Paraguay, Bolivia, y Argentina; extendiéndose aproximadamente hasta los ríos Otuquis y Parapiti en el norte, el río Salado al Sur, el eje Paraguay - Paraná al este y los faldeos cordilleranos al oeste. Se trata de una gran cuenca sedimentaria asentada entre el bloque levantado del Macizo de Brasilia al este y la zona cordillerana al oeste.

tantes de hasta 1200 mm, anuales y temperaturas elevadas en verano y suaves en invierno. Presenta excesos hídricos, con presencia de una red fluvial autóctona y un predominio de suelos arenosos y arcillosos, en donde los albardones y terrazas altas bien drenadas constituyen zonas fértiles; mientras que las zonas anegadas de esteros y lagunas sólo son aptas para ganadería.

El Chaco semiárido occidental con precipitaciones escasas y predominantemente estivales que no superan los 600 mm anuales, corresponde a un clima subtropical con estación seca, con un marcado déficit hídrico, arreico o con cursos alóctonos.

Esta región presenta un potencial productivo muy alto pero se encuentra sometida a un proceso de degradación de los recursos naturales y de la biodiversidad, la desertificación en la porción occidental y las inundaciones recurrentes en su parte oriental, acentúan la pobreza y marginación de las comunidades que la habitan, dando lugar a migraciones hacia los cinturones urbanos de pobreza.

Si bien en este tramo de la frontera, se pueden distinguir un sector oriental en el que se concentra la mayor cantidad de población y con mejores perspectivas de desarrollo por la constante ampliación de su frente agropecuario, y un sector occidental con una marcada ausencia poblacional, escasa movilización de los recursos naturales y evidente marginación, en general, se puede decir que la frontera sobre el río Pilcomayo se caracteriza por un acusado vacío poblacional, sin mayores nexos de intercambio y sin el dinamismo propio de otros sectores fronterizos.

En la frontera a lo largo del río Paraguay, desde la confluencia con el Pilcomayo hasta la intersección con el Paraná, el río presenta un curso sinuoso, navegable por embarcaciones de calado mediano y con riberas aptas para el asentamiento humano, “en este tramo el río más que separar una promoviendo una activa vida de relaciones a través de él” (Rey Balmaceda, 1979:318).

Presenta diversidad de condiciones: por un lado posee una alta movilidad de tipo rural y sectores de notorios vacíos demográficos. Por otra parte, incluye una clara dinámica de intercambio entre ciudades como Formosa-Alberdi, y la particular situación, dentro de la frontera argentino-paraguaya, de poseer Asunción –capital del país, aglomerado de un millón de habitantes– limitando con Clorinda en la provincia de Formosa. Esta situación es especial no sólo por las diferencias en tamaño, sino por la disparidad de funciones desempeñadas y servicios prestados.

En la frontera a lo largo del río Paraná, desde la confluencia con el río Iguazú hasta la unión con el Paraguay, podemos distinguir dos paisajes diferentes. Por un lado, el tramo correspondiente a la provincia de Misiones, en el que el relieve se presenta como una plataforma sobreelevada, con leve inclinación hacia el río Paraná, donde los excedentes hídricos, resultado de un clima húmedo y la alteración de las areniscas y de las rocas basálticas, originaron una cubierta de suelos rojizos lateríticos sobre los que se desarrolla la selva subtropical (Bruniard, 1993).

Hacia el oeste, el paisaje se torna diferente, los suelos ya no tienen ese tono rojizo, la meseta se transforma en una planicie baja y la selva desaparece dando lugar a formaciones de gramíneas con arbustos y árboles aislados y selvas en galería, cuyo conjunto conforma un paisaje de sabana arbolada ideal para la ganadería (Bruniard, 1993).

La frontera misionera se define por una variada dinámica, donde se registra un alto grado de movilidad de tipo rural-rural, intercambio entre ciudades pequeñas, y los casos particulares de Posadas-Encarnación y de la frontera tripartita entre Ciudad del Este, Puerto Iguazú y Foz de Iguazú. El tramo correspondiente a la provincia de Corrientes, en Argentina, presenta una escasa movilidad con algunas excepciones como las localidades de Ayolas-Ituzaingó, relación dinamizada en los últimos años por el emprendimiento hidroeléctrico binacional de Yacyretá.

### **Síntesis de las relaciones fronterizas**

La relación fronteriza entre Argentina y Paraguay se remonta a la época colonial cuando no existía una delimitación establecida entre las jurisdicciones de las ciudades de Asunción y de Buenos Aires.

Desde siempre, la navegación fluvial comunicó ambas poblaciones y vinculó a Corrientes y Paraguay en lo económico, mientras que las Misiones de guaraníes integraron un espacio geográfico común desde inicios del siglo XVII. Otras áreas, como el Pilcomayo, carecieron de vinculación hasta fines del siglo XIX y fueron el habitat de naciones indígenas antes y después de la conquista española y la formación de las nacionalidades. En lo particular y en los últimos tiempos, los distintos tramos de la frontera han vivido también historias diferentes.

El Chaco, se mantuvo durante toda la etapa colonial bajo el dominio de los pueblos indígenas que la habitaban; no parece que haya habido un planteamiento formal durante la etapa colonial entre las provincias de Buenos Aires y Paraguay para delimitar dicho territorio.

La frontera del Pilcomayo, definida internacionalmente en 1878, es un área de escaso poblamiento y desarrollo, con ganadería extensiva y, hasta hoy, con importantes asentamientos aborígenes en ambas márgenes del río. La zona también se vio afectada en su margen izquierda por las consecuencias de la guerra del Chaco (1933-1935). A su vez, el límite fluvial requirió acuerdos binacionales posteriores que definieran su curso hasta el tratado complementario de 1945, que estableció el régimen de administración de las aguas. El paulatino retroceso del río por acumulación de sedimentos en los tramos Esmeralda (62°30'W) y Horqueta (61°W) han provocado problemas locales, requerido nuevos contactos diplomáticos y técnicos y la definición de obras que permitan el equitativo aprovechamiento de las aguas en ambas márgenes.

El tramo a lo largo del río Paraguay tuvo una historia más intensa. La margen

paraguaya experimentó una ocupación muy anterior al lado argentino, con centros urbanos que sirvieron de escala a la navegación fluvial. En la ribera occidental, el poblamiento fue posterior a la creación del Territorio Nacional del Chaco en 1872 y sus núcleos más importantes fueron la colonia Formosa (1879), el complejo agroindustrial Las Palmas (1882) y Clorinda como centro de intercambio fronterizo. Desde esos núcleos se fue proyectando la paulatina ocupación del espacio y la diversificación de actividades forestales y agrícolas que atrajeron mano de obra vecina. La traza de caminos modernos y la habilitación de puentes sobre el Pilcomayo y el Paraguay aceleraron dichos intercambios, que se tornaron mucho más fluidos en las últimas décadas.

En cambio, la frontera fluvial del Paraná, entre Corrientes y Posadas, no dio lugar a una relación tan importante. Los vados del río en Paso Patria e Itatí sirvieron desde antiguo para el cruce de arreos de ganado, al tiempo que el límite internacional entre Ituzaingó y Posadas se mantuvo impreciso en la margen argentina, sobre la cual el Paraguay sostuvo guarniciones y tranqueras fronterizas hasta 1865. Las obras hidroeléctricas de la presa de Yacyretá han modificado la anterior situación de aislamiento que vivía dicha área.

A su vez el tramo del Alto Paraná, desde Posadas hasta Puerto Iguazú, si bien estuvo parcialmente integrado en la época de las misiones jesuíticas, vivió luego un prolongado aislamiento que concluyó recién a fines del siglo XIX con la creación del Territorio Nacional de Misiones en 1881. La producción de yerba mate y maderas, el tráfico fluvial y posteriormente la creación de pueblos y colonias en una y otra margen, vitalizaron la relación. Más recientemente, la pavimentación de los caminos, el puente Posadas-Encarnación, el incremento turístico hacia las cataratas del Iguazú y la ruinas de las Misiones jesuíticas, abrieron una nueva etapa de relación fronteriza, particularmente conflictiva entre Puerto Iguazú, Foz de Iguazú y Ciudad del Este, y facilitada también allí por los puentes internacionales.



## Capítulo 2

# Distribución espacial de la población y características demográficas

*Aprender a vivir juntos significa ante todo aprender a comprender al otro  
y sus representaciones espaciales.*

*Andre, Yves y Bailly, Antoine*

## Distribución de la población

La manera en que la población se localiza en el espacio es resultado de las relaciones que se establecen entre la sociedad y el territorio a través del tiempo.

En general, la distribución espacial de la población y sus cambios se pueden explicar a través de la mediación combinada de diversos factores (Rodríguez, 2002: 9<sup>38</sup>):

- *El atractivo de las diversas áreas para su ocupación.* En las nuevas lógicas económicas/productivas, los recursos del lugar, en sentido amplio, adquieren otra dimensión en las decisiones sobre localización. De allí que ya no son determinantes los recursos físicos, sino que inciden, de manera importante, los condicionantes económicos, culturales-educativos, políticos, sociocomunitarios, de seguridad ciudadana y calidad de vida. Un aspecto esencial es la accesibilidad, tanto material como de la información y comunicaciones, para la participación en las redes del espacio de flujos.
- *La habitabilidad de los diferentes territorios.* Está vinculada a los componentes del sitio y, de forma más estrecha, a los riesgos ambientales; aunque también hay que considerar ciertas restricciones que derivan de la organización social (normas, sistema de propiedad, etc.).
- *El proceso de ocupación (historia) y construcción del espacio.* Se expresa en las materialidades y formas de organización que condicionan el presente.
- *Las políticas, explícitas o implícitas.* La intervención de los distintos niveles del Estado que producen efectos, directos o indirectos, sobre la distribución espacial de la población.

Una particularidad distintiva de la distribución espacial de la población, en los últimos años, es la importante concentración urbana. Según las estimaciones y proyecciones más recientes, “en el año 2008, el mundo alcanzará un hito invisible pero trascendental: por primera vez, más de la mitad de la población humana, 3.300 millones de personas, vivirá en zonas urbanas. Se prevé que para 2030, esa cantidad habrá llegado a casi 5.000 millones... Hacia 2030, las ciudades de los países en desarrollo albergarán al 80% de la población urbana del mundo” (UNFPA, 2007:1).

“En 1995 la población de América Latina y el Caribe alcanzaba a unos 478 millones de personas, el 73,4% de su población, que corresponde a 351 millones de personas, vive en áreas urbanas. Este nivel de urbanización pone a América Latina y el Caribe a la par con regiones como Europa y a poca distancia de países como Estados Unidos y Japón” (CEPAL, 1995: s/p).

Ante esta realidad, Paraguay no constituye una excepción; en el año 2002 se presenta como un país mayoritariamente urbano; con 56,7% de población ur-

---

38 Citado por Formiga, Nidia (2003) El proceso de predistribución espacial en las últimas décadas. El caso del sudoeste bonaerense. Biblioteca Digital RAM.

vana<sup>39</sup>. Esta situación se manifiesta, inicialmente, en el censo de 1992 cuando la población que habita en las ciudades supera a los habitantes no urbanos. “Conforme a las proyecciones de población, este fenómeno continuará con mayor celeridad en las próximas décadas” (DGEEyC,1999:15).

“El Paraguay se caracteriza por una desequilibrada distribución espacial de la población, tendencia que aparentemente no experimentará cambios relevantes. La capital del país –Asunción–, junto con los departamentos Central y Alto Paraná seguirán concentrando mayoritariamente la población urbana del país<sup>40</sup>.”

En la actualidad, aproximadamente 65 % de la población urbana se concentra en el 5 % del territorio. Sin embargo, solamente el 6 % de la población que reside en las áreas urbanas está asentada en departamentos que representan el 70 % de la superficie disponible. Se trata de un fenómeno dual de alta concentración en pocos centros urbanos y dispersión en otros numerosos núcleos de baja significación urbana” (DGE-EyC,1999:16).

Con respecto a Argentina, el proceso de urbanización ha sido continuo y rápido, tanto en el país como en las regiones, testimoniando una alta concentración de la población. Es así que en 2001 el 89,4 por ciento de los argentinos residían en localidades urbanas. Sin embargo, si bien el sistema urbano argentino presenta un alto índice de primacía, “tiende a ser cada vez menos un sistema macrocefálico” (Vapñarsky 1995: 239).

“El proceso de urbanización de la Argentina –definido como la proporción creciente de la población viviendo en aglomeraciones urbanas– es en la actualidad, como ya se dijo, uno de los más avanzados del mundo. Desde por lo menos el primer período intercensal (1869-1895) hasta el presente la población urbana argentina (localidades de 2.000 y más habitantes) ha estado creciendo a una tasa más alta que la población rural o la población total. La población urbana pasó de ser un 29 por ciento del total en 1869 a un 72 por ciento en 1960, superando la proporción rural ya en 1914. Concomitantemente, la población rural fue disminuyendo su importancia relativa a lo largo de todo el período estudiado, pero sólo decreciendo en números absolutos de 1947 a 1960” (Rechini de Lattes, 1973:3).

Por su parte, la región del Nordeste argentino (NEA) presenta un porcentaje de población urbana considerablemente superior al del vecino país (76,7%) pero inferior con respecto al total de Argentina (89,4%). Debe señalarse también que la misma presenta diferencias entre sus provincias, siendo Corrientes la de mayor

39 “En el Paraguay no existió hasta 1982 un acelerado proceso de urbanización. Al analizar los datos censales al respecto es oportuno recordar que en los censos del Paraguay se define como urbana a la población de las capitales departamentales y distritales; en muchos casos estos son asentamientos de muy reducida población que, estrictamente, debieran ser considerados como rurales. Administrativamente, la población urbana constituyó el 35 por ciento de la población total en 1950, el 36 por ciento en 1962, el 37 por ciento en 1972 y el 43 por ciento en 1982. Existen indicios de que desde 1982 en adelante la población urbana ha crecido más rápidamente con los flujos de migración rural-urbana y con migración de retomo de paraguayos que residían en el exterior del país” (Centro Paraguayo de Estudios de Población, 1991:4-5).

40 “Es importante mencionar que al interior de estos departamentos, la población urbana se concentra fundamentalmente en dos áreas geográficas: el Área Metropolitana de Asunción (Asunción y los núcleos urbanos del departamento Central) y el Área Metropolitana de Ciudad del Este (Ciudad del Este, Presidente Franco y Hernandarias)” (DGE-EyC,1999:16).

proporción de población urbana actualmente (80,3%) y Misiones la menor de ellas (72,9%).

Este proceso de urbanización comenzó a registrarse en la región del NEA antes que en el Paraguay. Esta situación puede explicarse por factores vinculados a la emigración del campo, el crecimiento del sector terciario y las comunicaciones (Maeder y Gutierrez, 2003:20).

De acuerdo a los datos del censo de 1980, ya en ese año el 60,5% de la población del NEA vivía en centros urbanos y tiene como principal protagonista a las ciudades capitales de cada una de estas provincias. La población localizada en los centros urbanos de Gran Resistencia, Corrientes, Posadas y Formosa creció, en las últimas décadas, a un ritmo mucho mayor que el de las provincias a las que pertenecen.

Por su parte, la frontera, definida en forma tentativa para este estudio, como aquellas jurisdicciones administrativas que entran en contacto con el "otro" país, en algún sector de los 1.700 Km de extensión del límite fluvial, reúne, según los censos analizados, unos 5.000.000 habitantes, repartidos el 64% del lado paraguayo y un 36% en el sector argentino, y se refiere a unos 1.200.000 hogares en ambos países<sup>41</sup>.

Diferenciadamente, esta frontera fluvial concentra el 63% de la población de Paraguay (un 30% si descontamos el aglomerado urbano del Gran Asunción), en tanto que para Argentina, representa sólo el 5% de sus habitantes.

La distribución de la población a lo largo de la frontera es notablemente desequilibrada con la presencia de sectores densamente poblados con alto grado de urbanización que alcanzan hasta un 100% de población urbana y una densidad de más de 1000 habitantes por kilómetro cuadrado en distritos como Asunción, Ciudad del Este, Nanawa y en algunos distritos del departamento Central que integran el aglomerado urbano del Gran Asunción. Con porcentajes relativamente inferiores (entre 80% y 90%) se destacan los distritos fronterizos Presidente Franco, Pilar y Alberdi.

Los departamentos argentinos que alojan las ciudades cabeceras provinciales presentan, al igual que los antes expuestos, niveles de urbanización cercanos al 100% pero con densidades muy dispares que dependen fundamentalmente de la extensión de los mismos<sup>42</sup>.

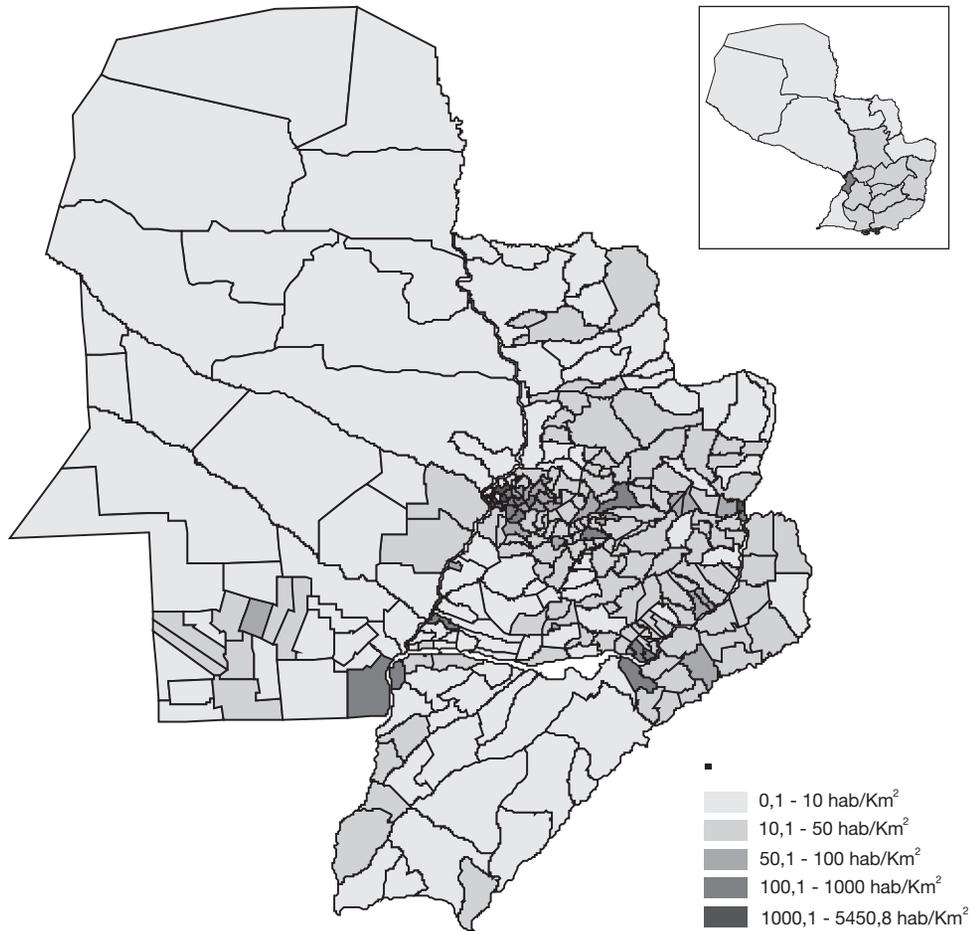
---

<sup>41</sup> Ver Anexo

<sup>42</sup> Departamento Formosa en la provincia del mismo nombre 33,9 hab/Km<sup>2</sup>, San Fernando en la provincia del Chaco 104,8 hab/Km<sup>2</sup>, los departamentos Capital en las provincias de Corrientes y Misiones 657,7 y 294,6 hab/Km<sup>2</sup> respectivamente.

**Mapa 2**

**Densidad de Población**

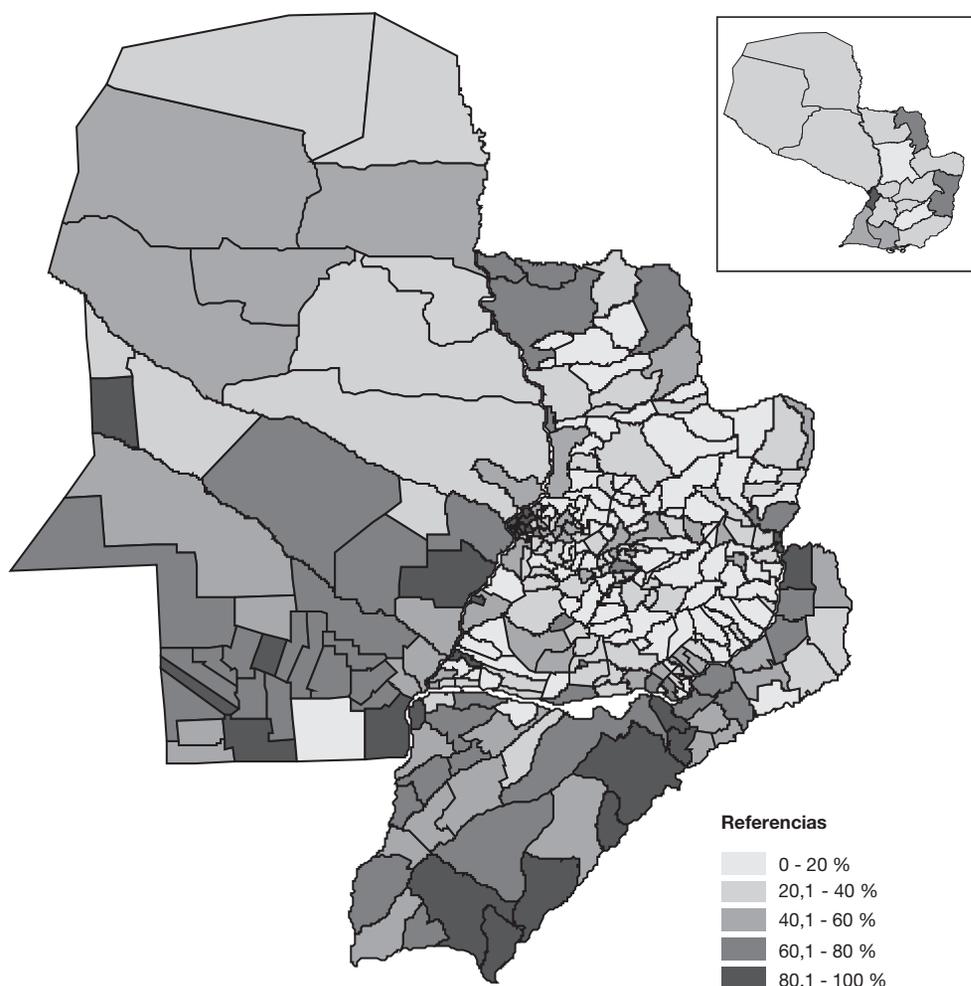


Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

Contrariamente, se puede observar un importante vacío poblacional, con densidades inferiores a 10 hab/km<sup>2</sup> en las jurisdicciones administrativas localizadas a ambos lados de la frontera sobre el río Pilcomayo, en el sector sur de la frontera sobre el río Paraguay y en el tramo correspondiente a la provincia de Corrientes en la Argentina y a los departamentos Ñeembucú y Misiones en el Paraguay.

### Mapa 3

#### Porcentaje de población urbana



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

Estos sectores presentan niveles de urbanización muy dispares, pero sobresalen los distritos paraguayos por presentar valores muy bajos, inferiores al 20% de población urbana.

La frontera correspondiente a la provincia de Misiones presenta a ambos lados del límite una densidad de población muy similar entre 10 y 50 hab/Km<sup>2</sup> pero existe un grado de urbanización muy diferente; los departamentos argentinos tienen más del 60% de población urbana mientras que la mayoría de los distritos paraguayos evidencian valores inferiores al 20%.

## Características demográficas

“La población está experimentando profundas transformaciones en América Latina y el Caribe que afectan su crecimiento y su estructura por edades. La menor mortalidad en la infancia, los nuevos patrones de causa de muerte, la mayor esperanza de vida al nacer, el aumento del uso de métodos anticonceptivos modernos y la creciente relevancia de las migraciones, entre otros factores son los responsables de estas transformaciones. La tendencia es clara: el crecimiento disminuye y la población envejece. Cada vez con menos niños y más adultos mayores” (Celade, 2005:1).

“Los cambios no han ocurrido en forma homogénea. Existe diversidad de comportamientos entre los países de la región y al interior de éstos, según áreas geográficas y grupos socioeconómicos y étnicos” (Celade, 2005:1).

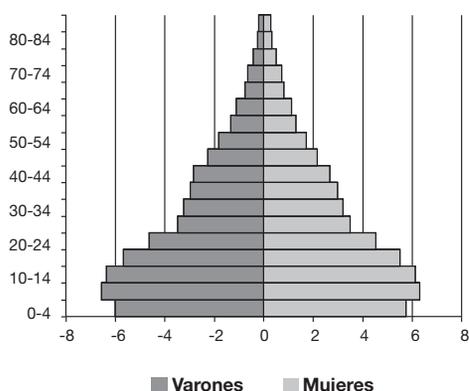
Por su parte, como se puede visualizar en las correspondientes pirámides, Paraguay y Argentina presentan una estructura de población notablemente diferente. La característica demográfica más relevante de la población paraguaya es el predominio de población joven, alrededor de 37% por debajo de 15 años de edad, mientras que la población mayor de 60 años constituye el 7,1% y registra una edad media de 25,4 años. La Argentina, presenta una estructura más envejecida, la población de menos de 15 años es solo el 28% y la de más de 60 trepa al 13,2%, en tanto la edad media supera considerablemente a la de Paraguay, con 31,3 años.

Así también, la incidencia de cada uno de los factores anteriormente mencionados se manifiesta de manera distinta cuando se analiza la composición por sexo. Mientras que en Paraguay existe un predominio de población masculina, con una relación de 102,8 varones por cada cien mujeres, en Argentina la relación es inversa, con una mayoría de población femenina y una tasa de masculinidad de 94,9 varones por cada cien mujeres.

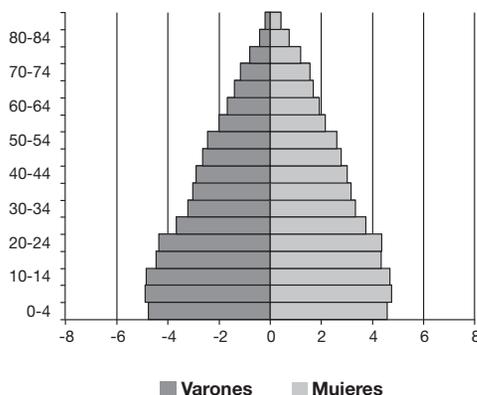
Por su parte el crecimiento poblacional de ambos países es otra importante diferencia; mientras Argentina ha experimentado en el último período intercensal (1991-2001) una tasa media anual de crecimiento de 10,1 por mil, la de Paraguay asciende a 26 por mil.

## Gráficos 1 y 2

**Estructura de la población. Paraguay 2002**



**Estructura de la población. Argentina 2001**



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda. Argentina, 2001; Paraguay, 2002

Estas, entre otras características, permiten afirmar que Argentina es un país que se encuentra en una fase avanzada de su transición demográfica<sup>43</sup>. Es decir, ya dejó de ser un país con población joven y de crecimiento rápido para ser una nación de crecimiento demográfico lento y de población relativamente envejecida. Paraguay, por su parte, se encuentra en plena transición demográfica<sup>44</sup>, con una natalidad moderada producto de la considerable disminución de la fecundidad, especialmente en los últimos años y una mortalidad también moderada, lo que determina un crecimiento natural mediano.

**43** El CELADE diseñó una tipología de los países de la región según la etapa de la transición demográfica en que se encuentran, de acuerdo a las tasas de natalidad del período 2000-2005. De esta forma, se considera países en *transición incipiente* aquellos que exhiben alta natalidad. Actualmente no hay ningún país en la región en esta etapa.

En la etapa de *transición moderada* se encuentran los países de alta natalidad, pero cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada, con un crecimiento natural todavía elevado, cercano al 3%. Guatemala es el único país que se encuentra en esta fase.

En *plena transición* están los países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado, cercano al 2% (entre 1,7% y 2,5%). En esta fase se encuentran Belice, Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guyana Francesa, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela.

En la etapa de *transición avanzada* se ubican los países con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1% (entre 0,5% y 1,5%). Están en este grupo las Antillas Holandesas, Argentina, Bahamas, Barbados, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Guadalupe, Guyana, Jamaica, Martinica, Puerto Rico, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago y Uruguay. (Celade, 2005).

**44** Es importante destacar que en el decenio anterior (1990-1999) Paraguay se encontraba en la etapa de transición moderada, situación que cambió debido fundamentalmente al descenso experimentado por la fecundidad en los últimos 5 años (Chackiel y Martínez, 1993).

## **Diferencias regionales en relación a la estructura por edad y sexo de la población**

La edad y el sexo son por excelencia variables básicas en el estudio de una población. Ellas brindan una descripción detallada de cualquier fenómeno demográfico que acontece en una sociedad. La proporción de varones y mujeres en cada grupo de edad, tiene vital importancia a la hora de analizar muchos indicadores y realizar comparaciones.

El comportamiento seguido por la mortalidad y la fecundidad determinan no sólo el crecimiento de la población, sino también marcados cambios en su composición por edades. Por un lado, la disminución de la mortalidad origina un progresivo aumento de la sobrevivencia, reflejada en la pirámide de la población por un número cada vez mayor de personas que llegan con vida a edades adultas y avanzadas, lo cual influye a su vez en la composición por sexo. Por el otro, la disminución de la fecundidad se traduce en un estrechamiento de la base de la pirámide puesto que, a medida que este proceso se profundiza, las cohortes anuales de nacimientos tienden a ser cada vez más reducidas.

Por otra parte, las relaciones de género son cambiantes en el tiempo y, recientemente, parecen estar transformándose con mayor rapidez como producto de las importantes transiciones que se dan en nuestros países, las cuales provocan, y a veces provienen de cambios en las relaciones de género. Algunos de estos cambios son (de Keijzer, 1998):

- el acelerado proceso de urbanización;
- cambios en la infraestructura económica con la incorporación de las mujeres a la fuerza laboral;
- el deterioro del poder adquisitivo, impulsando a más miembros de la familia a trabajar por un salario, muchos de ellos mujeres;
- la creciente migración interna y a otros países;
- cambios en la organización familiar;
- las tendencias a relaciones de género de mayor equidad en campos cada vez más diversificados como son la educación y la política.

Así también la residencia urbano-rural tiene importantes implicancias en la estructura por edad y sexo. En muchos países, el índice de masculinidad en las áreas rurales es superior a 100, en tanto que en las áreas urbanas es menor que esta cifra. Ello traduce el hecho de que, en zonas rurales las tareas agrícolas son las dominantes y son ejercidas preferentemente por mano de obra masculina y además presentan en general una población más joven que las áreas urbanas. También, y por razones obvias, el índice de masculinidad suele ser categóricamente mayor de 100 en campamentos mineros, en sitios con población obrera temporal y en áreas con fuerte presencia militar.

No obstante, en los núcleos urbanos convencionales, la situación es más com-

pleja, ya que el índice se ve afectado por factores variados. Por un lado, la composición por edad de la población influye en la relación de masculinidad de la población total; las poblaciones con gran proporción de jóvenes tienen una relación global de masculinidad más elevada que las poblaciones de más edad (ONU, 1978) y por otro, las oportunidades laborales para las mujeres, y la migración diferencial desde zonas rurales tiende a favorecer el predominio demográfico de la mujer. Estos, entre otros factores, influyen en la estructura por edad de la población de distintas jurisdicciones.

Como fue expuesto anteriormente existe una importante diferencia en relación a la estructura por edad y sexo entre Argentina y Paraguay, pero al analizar la población de las cuatro provincias argentinas limítrofes, se encuentra que éstas presentan características más acordes con la media del país vecino que con la nacional.

En general todas las jurisdicciones tanto argentinas como paraguayas, a excepción de Asunción, presentan una población que se puede considerar joven, con un porcentaje de población de menos de 15 años que supera el 35% llegando, en algunos casos a más del 40%, y menos del 10% de población de más de 60 años.

**Cuadro 1**

**Población de Paraguay y Argentina según la estructura de edad**

	% de menos de 15 años	% de mas de 60 años	Edad media	Índice de masculinidad
<b>Chaco</b>	<b>36,1</b>	<b>8,8</b>	<b>27</b>	<b>99,6</b>
<b>Corrientes</b>	<b>37,1</b>	<b>9,3</b>	<b>28</b>	<b>97,4</b>
<b>Formosa</b>	<b>37,7</b>	<b>8,1</b>	<b>26</b>	<b>100,7</b>
<b>Misiones</b>	<b>37,8</b>	<b>7,9</b>	<b>26</b>	<b>100,6</b>
<b>Asunción</b>	<b>26,9</b>	<b>10,6</b>	<b>30</b>	<b>87,4</b>
Concepción	42,6	7,2	24	102,5
San Pedro	42,4	6,6	24	111,2
Cordillera	36,4	9,9	27	106,2
Guairá	36,6	8,9	26	106,1
Caaguzú	41,4	6,7	24	107,3
Caazapá	41,6	7,8	25	108,6
<b>Itapúa</b>	<b>39,8</b>	<b>6,5</b>	<b>24</b>	<b>106,4</b>
<b>Misiones</b>	<b>36,3</b>	<b>8,9</b>	<b>27</b>	<b>103,3</b>
Paraguarí	35,7	10,9	28	106,9
<b>Alto Paraná</b>	<b>39,3</b>	<b>4,2</b>	<b>23</b>	<b>103,7</b>
<b>Central</b>	<b>35,0</b>	<b>6,2</b>	<b>26</b>	<b>96,7</b>
<b>Ñeembucú</b>	<b>31,6</b>	<b>11,2</b>	<b>29</b>	<b>103,5</b>
Amambay	39,7	6,2	24	99,2
Canindeyú	44,0	4,1	22	113,7
<b>Presidente Hayes</b>	<b>39,1</b>	<b>6,5</b>	<b>25</b>	<b>106,4</b>
<b>Boquerón</b>	<b>36,7</b>	<b>6,5</b>	<b>25</b>	<b>107,9</b>
Alto Paraguay	41,5	7,5	24	111,2

Elaboración propia (se encuentran resaltadas las jurisdicciones que integran la frontera).

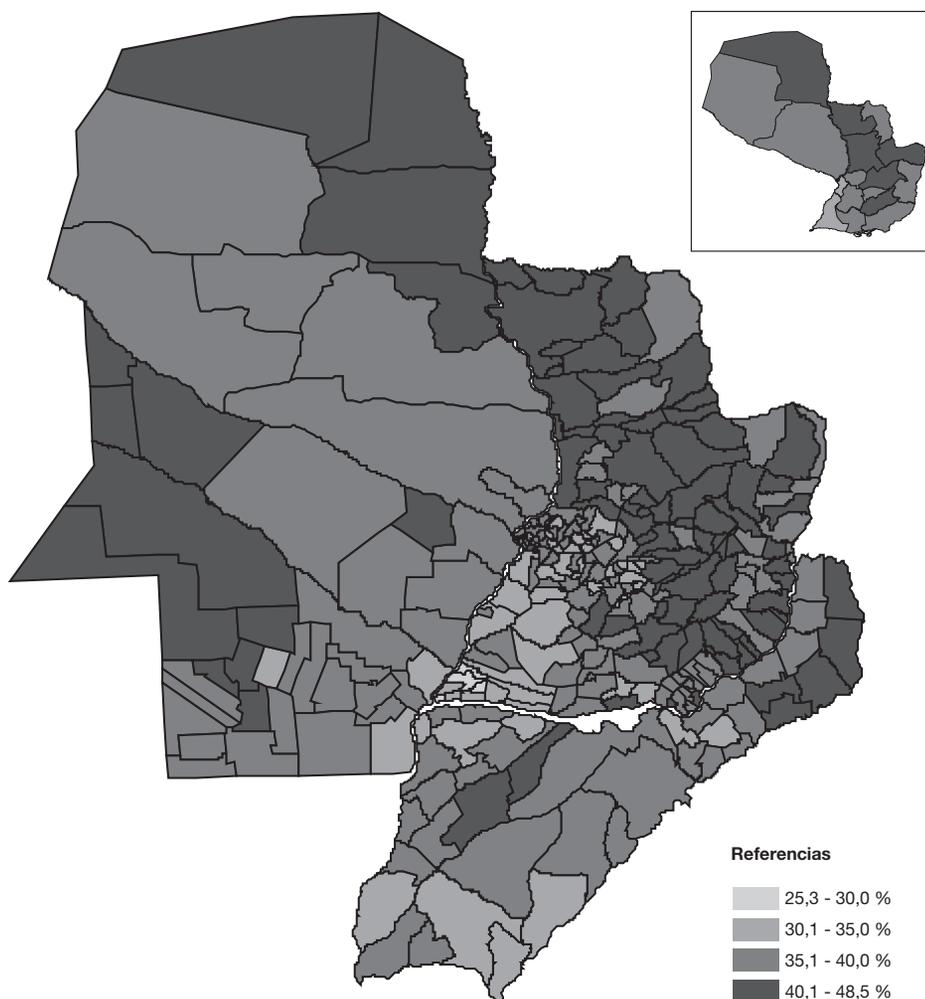
Fuente: Censo de población y vivienda de Paraguay (año 2002) y Censo de población y vivienda de Argentina (año 2001)

La distribución espacial de los indicadores seleccionados para analizar la composición por edad<sup>45</sup>, permiten distinguir algunas diferencias regionales.

En las provincias de Chaco y Formosa se observa una clara diferencia entre los departamentos del este-sureste y los del extremo noroeste; éstos últimos presentan una estructura más joven con más del 40% de población con menos de 15 años, menos del 8% de población de 60 años y una edad media que difiere en más de 5 años a la registrada en los departamentos del este.

**Mapa 4**

**Porcentaje de población de menos de 15 años**



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

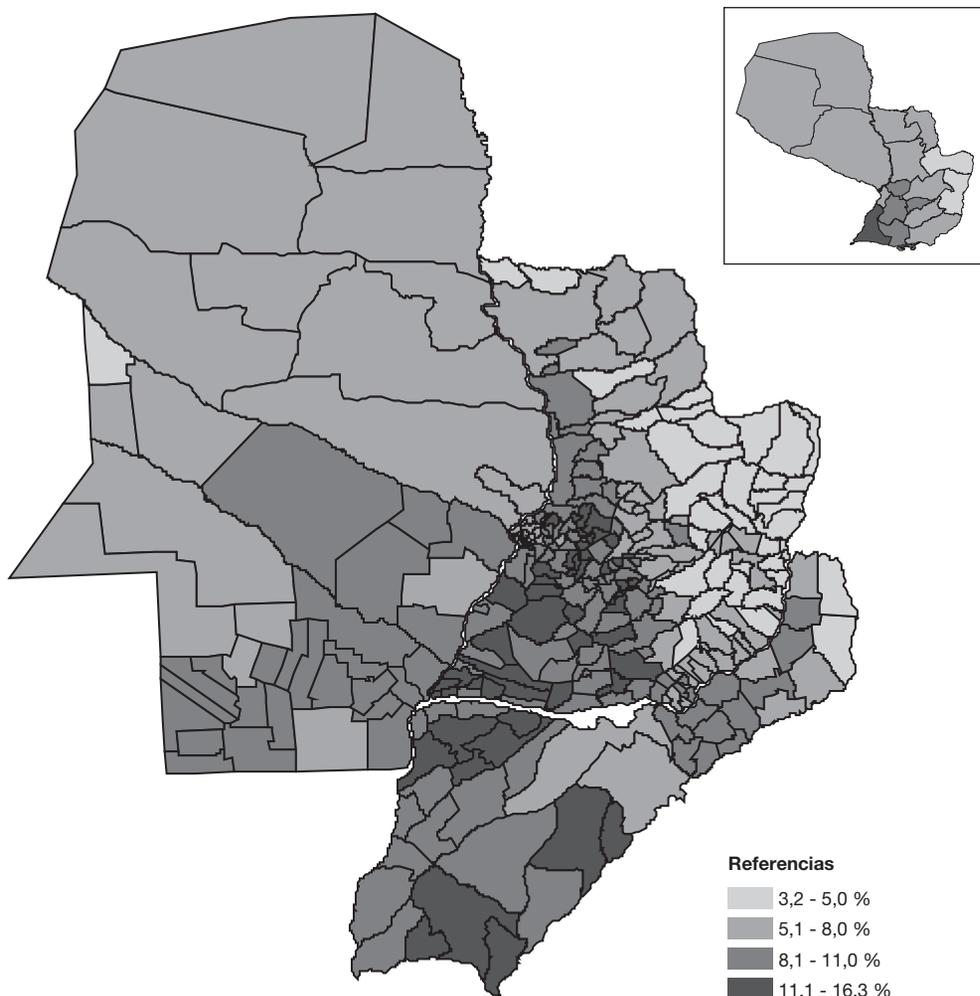
**45** Los indicadores seleccionados son: porcentaje de población de menos de 15 años, porcentaje de población de 60 años y más y edad media.

En la provincia de Misiones la diferencia se observa, especialmente en el norte, entre los departamentos localizados en la ribera del río Uruguay, con una composición por edad mas joven que los correspondientes al límite con el Paraguay; lo cual se puede corroborar con cualquiera de los indicadores utilizados.

Por su parte, en Corrientes, los departamentos localizados en el centro de la provincia presentan los mayores porcentajes de población joven y por consiguiente la menor edad media.

#### Mapa 5

#### Porcentaje de población de 60 años y más



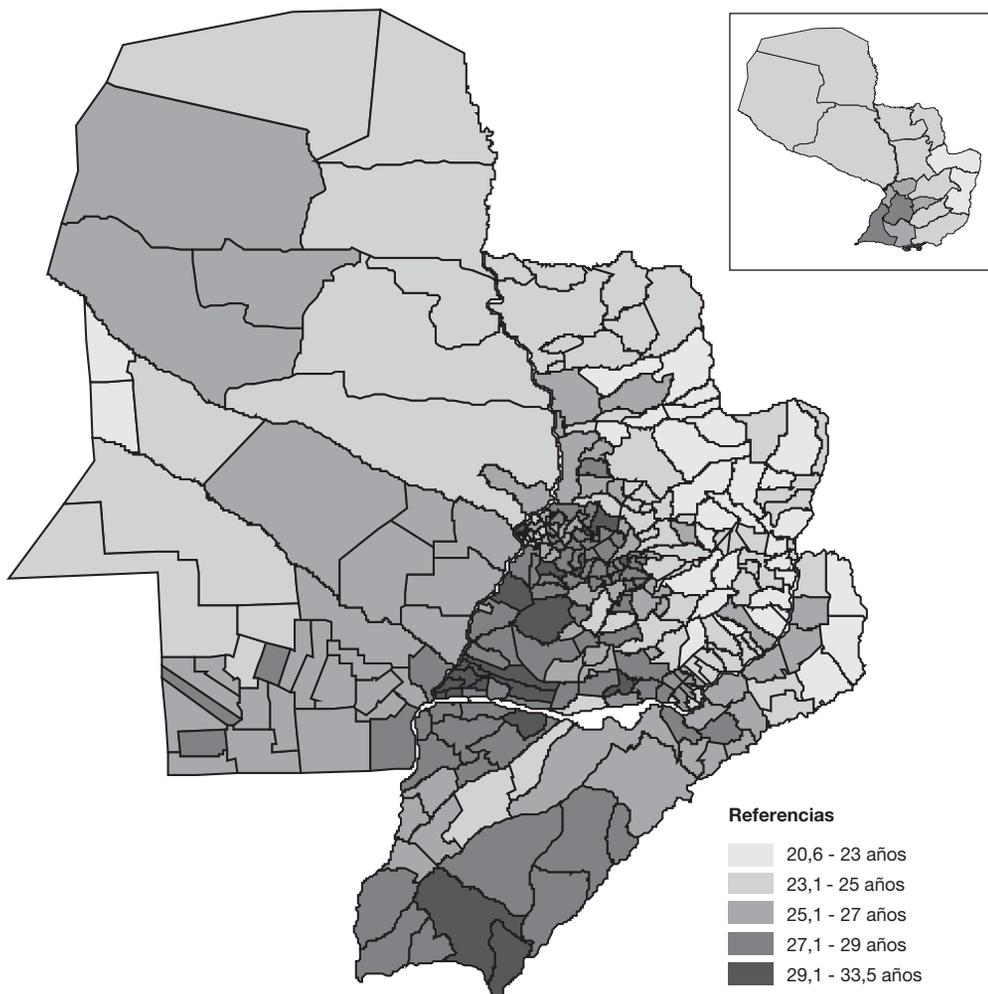
Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

Es importante destacar que existe una clara relación inversa entre los sectores de mayores porcentajes de población joven y los niveles de desarrollo socioeconómicos, que se analizarán posteriormente.

En Paraguay la mayoría de los distritos evidencian una estructura por edad joven con porcentajes superiores al 35% de población de menos de 15 años, y una edad media inferior a los 25 años, pero merecen destacarse algunas situaciones puntuales, como ser los distritos correspondientes al departamento Ñeembucú en el ángulo suroeste del país, especialmente Pilar, Desmochados, Isla Umbú, entre otros, con características propias de poblaciones más envejecidas, bajos porcentajes de población joven (menos del 30% de menores de 15 años) más del 11% de más de 60 y una edad media que ronda los 30 años.

**Mapa 6**

**Edad media**

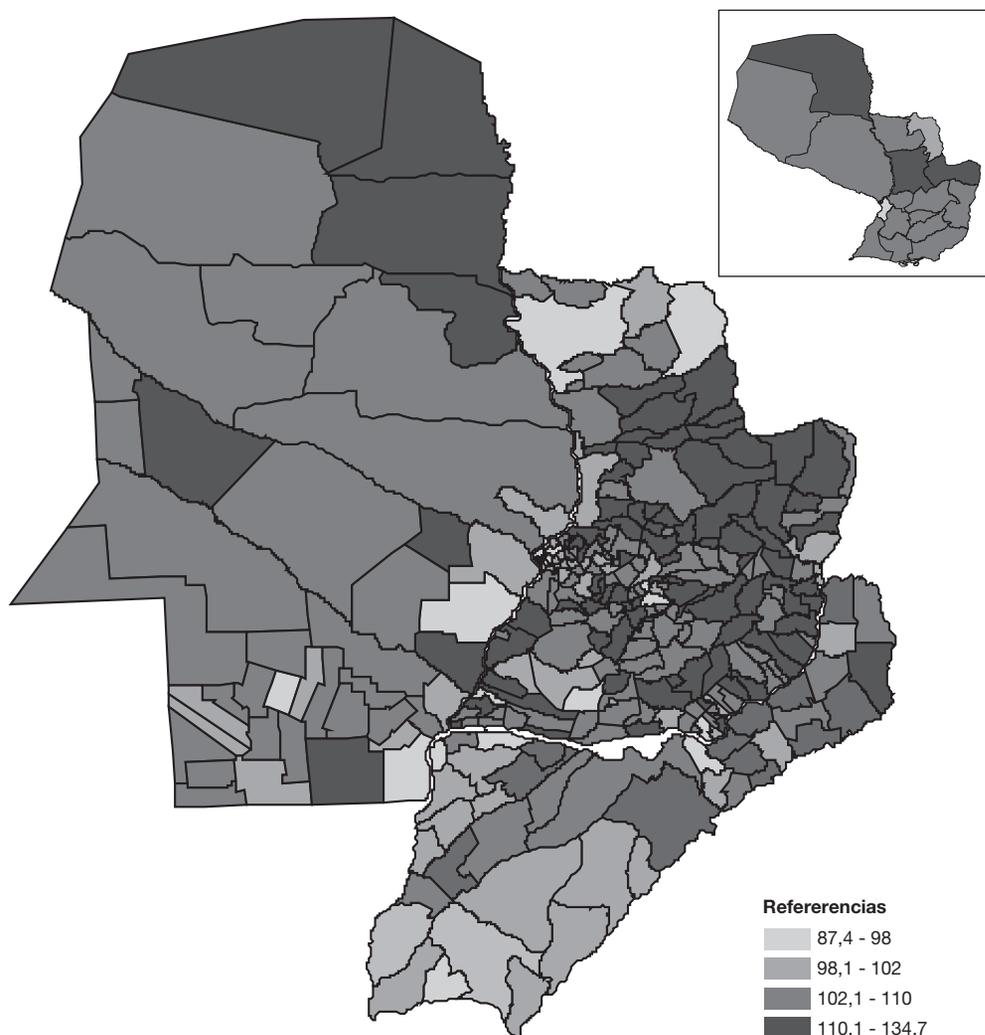


Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

Esta característica del departamento Ñeembucú, se debe fundamentalmente a la baja proporción de niños menores de 5 años, que posee producto de la baja tasa de natalidad<sup>47</sup> (tasa bruta de natalidad registrada en el 2002, 15 por mil). Por otra parte, en una posición opuesta se encuentran los departamentos Alto Paraná y Canindeyú con la estructura de población más joven del país, con una edad media de 23 y 22 años respectivamente y porcentajes de más del 40% de población joven.

**Mapa 7**

**Índice de masculinidad**



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

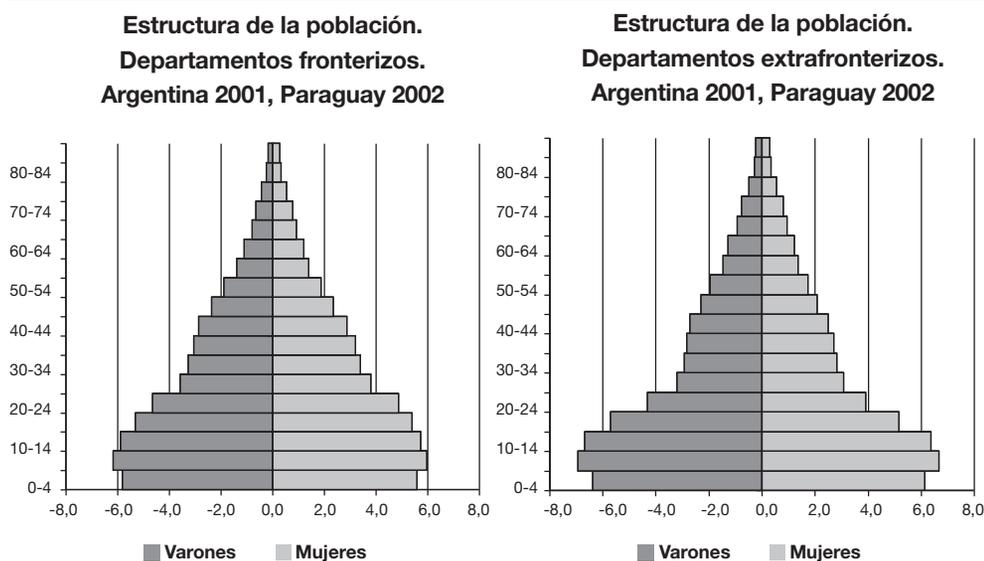
46 Ver pirámide de población en anexo.

Al analizar la composición por sexo se puede observar una estrecha relación entre la composición por edad y el predominio o no de población masculina. Como es comúnmente conocido, uno de los principales factores que influyen en el índice de masculinidad es la estructura por edad<sup>47</sup>; las jurisdicciones que de- tentan una composición más joven presentan un mayor predominio de población masculina.

Con el objeto de examinar las diferencias y/o semejanzas existentes entre la estructura de la población de los territorios fronterizos y “extrafronterizos”, y entre los distintos tramos de la frontera, se confeccionaron las pirámides de las distintas jurisdicciones argentinas y paraguayas, además, de las correspondientes a cada uno de los tramos de la frontera a ambos lados del límite internacional<sup>48</sup> y se seleccionaron aquellas que son claves para el análisis de la población fronteriza.

En los sectores fronterizos se puede observar en primer lugar una estructura de población diferente entre las jurisdicciones fronterizas y las “extrafronterizas”.

**Gráficos 3 y 4**



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

47 Si bien no hay que desconocer otros factores, como ser la residencia urbano rural, las actividades económicas, los movimientos migratorios, entre otros.

48 Las pirámides de población mencionadas figuran en el anexo.

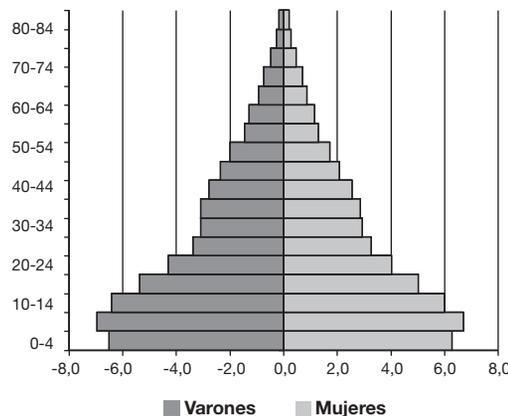
Como se advierte en las pirámides de población, los territorios extrafronterizos presentan un mayor porcentaje de población joven, 39% de población de menos de 15 años, porcentaje que se reduce a 36% en la frontera. Pero la diferencia fundamental radica en la importante emigración que se puede distinguir en la pirámide de los territorios no fronterizos, especialmente en la población de 20 a 40 años.

Es importante destacar que la pirámide correspondiente a los departamentos fronterizos incluye Asunción y el departamento Central que representan el 36% de la población del país. Otro hecho destacable es que la emigración observada en los territorios “extrafronterizos” es, fundamentalmente, a la ciudad de Asunción que presenta en su estructura de población un importante ensanchamiento en esos grupos de edad<sup>49</sup>.

Al analizar las estructuras de población en los distintos tramos en que hemos dividido la frontera se pueden distinguir algunas diferencias.

#### Gráficos 5

##### **Estructura de la población. Departamentos fronterizos sobre el río Pilcomayo. Argentina 2001, Paraguay 2002**



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

Por un lado, la frontera sobre el río Pilcomayo presenta una pirámide que puede clasificarse como expansiva, con un importante porcentaje de población joven (39% de menores de 15 años) y baja proporción de ancianos (5% de población de más de 65 años). Presenta una base ancha, si bien se aprecia la disminución de la natalidad en los últimos cinco años, y un angostamiento progresivo y regular hasta la cúspide.

<sup>49</sup> La pirámide de población de Asunción se encuentra en el anexo.

Esta pirámide es típica de poblaciones que se encuentran en una etapa incipiente de la transición demográfica con altas tasas de natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural importante y considerable proporción de población joven, que determina una tasa de dependencia de 19,4 %.

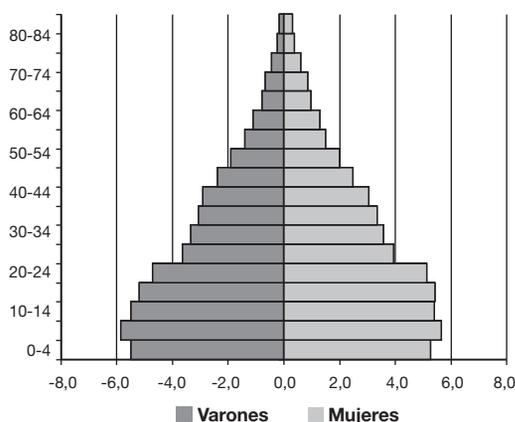
La estructura por edad y las actividades económicas predominantes de éste sector facilitan un predominio de población masculina de 105,9 hombres por cada cien mujeres.

Es importante destacar que este sector reúne solamente el 6,2 % de la población fronteriza, con una densidad muy baja y una supremacía rural, siendo la principal actividad económica la ganadería extensiva.

Con características diferentes se encuentra la pirámide correspondiente a la frontera sobre el río Paraguay. Este sector reúne más del 50% de la población fronteriza y se caracteriza fundamentalmente por ser predominantemente urbano<sup>50</sup>.

**Gráfico 6**

**Estructura de la población.  
Departamentos fronterizos sobre el río Paraguay.  
Argentina 2001, Paraguay 2002**



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

En este caso, se puede observar un proceso de envejecimiento, en el que los adultos (15 a 64 años) se han convertido en el grupo francamente dominante, con una tasa de dependencia de 63% considerablemente menor que el caso anterior, producto de la importante proporción de población adulta.

<sup>50</sup> Es importante aclarar que este caso incluye las poblaciones de centros urbanos mayores como son Asunción, el departamento Central, los departamentos correspondientes a la ciudad de Formosa, Corrientes y Resistencia.

Esta estructura responde, sin lugar a dudas, no sólo al natural proceso de envejecimiento demográfico sino también a la migración desde campo a la ciudad, de una gran cantidad de individuos provenientes del interior de Paraguay, fundamentalmente hacia el Gran Asunción<sup>51</sup>.

Por otra parte, las actividades urbanas y la estructura por edad determinan un predominio de población femenina a razón de 94,7 hombres por cada 100 mujeres.

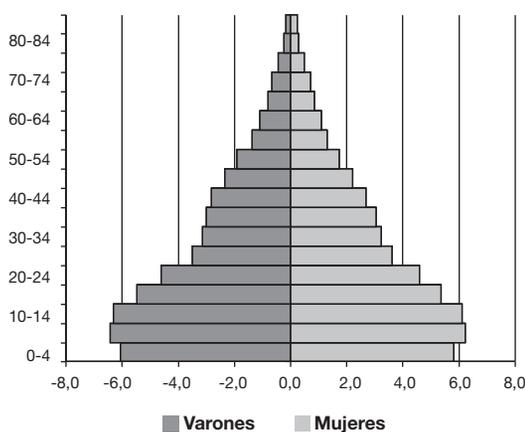
Por último la pirámide correspondiente a la frontera sobre el río Paraná presenta una estructura intermedia, con un 36% de población joven, un índice de dependencia de 72% y un equilibrio en la composición por sexo, con un índice de masculinidad de 100,7 varones por cada 100 mujeres.

### Gráficos 7

#### Estructura de la población.

#### Departamentos fronterizos sobre el río Paraná.

#### Argentina 2001, Paraguay 2002



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

Es importante destacar que en todos los casos, independientemente de la predominancia urbana o rural, se observa un importante descenso de la natalidad en los últimos años.

Al analizar comparativamente la estructura de la población en cada uno de los tramos seleccionados y comparando entre ambos países, se observa que existe una importante similitud en la composición por edad y sexo de la población a

<sup>51</sup> A partir de 1992 las áreas rurales comienzan a disminuir su población ya que se dio un salto de 64% de individuos que vivían en las zonas agrícolas en el año 1982 a un nivel de 59% en 1992, hasta llegar a un 43% en el año 2002. Esto demuestra, de alguna manera, que Paraguay se encuentra en un proceso de urbanización.

ambos lados del límite internacional<sup>52</sup>, especialmente en las fronteras sobre el río Pilcomayo y Paraguay.

Como conclusión podemos decir que los sectores fronterizos localizados en la ribera del río Paraguay presentan los mayores niveles de urbanización, los menores porcentajes de población joven, la mayor proporción de población adulta; valores que son relativamente superiores del lado paraguayo, fundamentalmente por la presencia de la capital nacional.

La frontera sobre el río Pilcomayo no registra mayores diferencias entre ambos países; se caracteriza por ser predominantemente rural, poseer muy baja densidad de población, y una estructura de población joven con predominio masculino, lo que se ve asociado a las actividades rurales fundamentalmente.

Por último, la frontera sobre el río Paraná presenta del lado argentino niveles de urbanización considerablemente superiores a los registrados en su par paraguayo, pero no se observan mayores diferencias en relación a la estructura de la población, la cual expone valores intermedios a las situaciones descritas en los dos tramos anteriores.

---

52 Las pirámides de población diferenciadas por país y por tramo de frontera figuran en el anexo.



## Capítulo 3

# Características socioeconómicas y condiciones de vida

*Mientras la creación y el mantenimiento de unas condiciones de vida decentes para todas las personas no sean reconocidos como una obligación natural por todos los pueblos y países -mientras tanto- no podremos hablar, con un cierto grado de justificación, de una humanidad civilizada.*

*Albert Einstein, 1945*

El principal objetivo de este capítulo es evidenciar la gran diversidad socioeconómica presente en la región e identificar los problemas y/o carencias que afligen a las poblaciones de la región, especialmente aquellos relacionados con las condiciones de salud.

En los últimos años se ha manifestado una creciente necesidad de documentar el efecto de la pobreza en las condiciones de salud de la población. Esto ha sido en gran parte el resultado de la acumulación de evidencias sobre la profundización de la desigualdad social y el aumento de la pobreza, fenómenos que se han acentuado en las últimas décadas como resultado del modelo económico imperante en América Latina<sup>53</sup>.

En la actualidad, a la par que continúan los avances en la ciencia, se produce el aumento de la pobreza como producto de la globalización. Los actuales *modelos de desarrollo* generan, por un lado, la tecnología para resolver problemas de salud cada vez más complejos; por el otro reproducen condiciones que provocan la muerte de la población por causas para las que se conocen tratamientos efectivos de atención primaria<sup>54</sup>.

En el mismo sentido, ya en la declaración de Alma-Ata en 1978<sup>55</sup>, los organismos internacionales manifestaron la importancia de la desigualdad en salud y su vínculo con la situación económica.

“En el campo de la salud, va en aumento la distancia que media entre los ‘privilegiados’, o países ricos, y los ‘desposeídos’, o países del mundo en desarrollo. Esta distancia se aprecia también dentro de ciertos países, cualquiera sea su grado de desarrollo. En todo el mundo cunde el desencanto acerca de la asistencia sanitaria, por razones que no son difíciles de discernir. Con los conocimientos técnicos de que hoy se dispone se podría alcanzar un estado de salud mejor que el actual, pero, por desgracia, en la mayor parte de los países esos conocimientos no se aplican en beneficio de la mayoría de la población. Los recursos de salud suelen asignarse principalmente a instituciones médicas de alto nivel establecidas en zonas urbanas...”. “Al mismo tiempo, en todo el mundo existen grupos desfavorecidos que no tienen acceso a ninguna forma permanente de

---

53 “En el contexto mundial, estamos hablando de un proceso de globalización que en América Latina provoca una global subordinación que hace disminuir los estados nacionales y articular un conjunto de espacios supranacionales de decisiones económicas, políticas y sociales que acotan la soberanía, y también redefinen los espacios de decisión nacional y las relaciones estado-mercado y estado-sociedad y se conforman megaproyectos sociales que debilitan la capacidad de las instituciones públicas de salud”.

“Esto, en términos globales es el megacontexto que posibilita que nuestros países, en los últimos veinte años, tengan procesos acelerados de deterioro de la calidad de vida, de polarización social y de deterioro de las instituciones públicas de salud. Estos tres procesos claves simultáneos, además, explican en gran medida por qué se visibilizan, por qué surge la preocupación por el conjunto de problemas relacionados con la pobreza, con la exclusión y con la inequidad”. (López Arellano, 2004:1).

54 “La globalización ha entrado de lleno en el debate académico en Salud Pública, hay autores pro-globalización (Bettcher y Wipfli, 2001; Feachem, 2001) que enfatizan los beneficios potenciales del uso de las nuevas tecnologías de la información, y autores anti-globalización (Labonte, 2001) que enfatizan los daños que de hecho, la globalización ya esta produciendo en la salud de millones de personas en el planeta” (Álvarez-Dardet Díaz s/f :92-93).

55 La Conferencia de Alma-Ata (Kazajstán), en la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), fue apadrinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y estuvieron representados 151 estados con la participación de los ministros de salud de más de 100 países.

atención de salud. Estos grupos, localizados principalmente en las zonas rurales y los barrios urbanos míseros, representan en conjunto probablemente, las cuatro quintas partes de la población mundial” (OMS, 1978: 7-8).

En la misma declaración se señala que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos y que ésta solamente puede lograrse a través de medidas sanitarias y sociales adecuadas. “El sector sanitario, por sí solo, no puede alcanzar la salud. En los países en desarrollo, en particular, el progreso económica, las medidas de lucha contra la miseria, la producción de alimentos, el agua, el saneamiento, la vivienda, la protección del medio y la educación contribuyen a la salud y tienen el mismo objetivo de desarrollo humano”<sup>56</sup> (OMS, 1978: 11).

Sí bien las investigaciones sobre la desigualdad social y la salud son muy numerosas usualmente son objeto de múltiples controversias a nivel teórico, ideológico, metodológico y empírico. Por un lado, esto es, en parte, reflejo de las dificultades, propias de las ciencias sociales, para conceptualizar y medir la desigualdad social bajo perspectivas teórico-metodológicas que den cuenta de los factores económicos, políticos y sociales que conforman el problema. Por otro lado, también es un reflejo de la dificultad que implica integrar estas perspectivas en el estudio de los problemas de salud y de la respuesta social para atenderlos (Infante y Schlaepfer, 1994).

En este aspecto, hay que destacar el aporte realizado por Behn Rosas a través de numerosas investigaciones en distintos países de América Latina, quien señala, acerca de las dimensiones del problema de la desigualdad social ante la muerte:

“...existen diferencias sistemáticas entre los grupos sociales, cualquiera sea el indicador que se utilice para formar estos grupos, aquellos donde el riesgo es mayor son siempre los conglomerados sociales de más bajo nivel en cada país. Estos son entre otros: los hijos de campesinos pobres, trabajadores manuales no calificados que son asalariados (especialmente peones agrícolas) o que pertenecen al mercado informal; padres con baja o nula educación, residentes en viviendas en malas condiciones, grupos indígenas” (Behn Rosas, 1992:42).

Como fue expresado anteriormente, la Organización Mundial de la Salud, considera la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”<sup>57</sup>. Esta definición permite visualizar el cambio operado en la concepción mundial del binomio salud-enferme-

56 “La ayuda internacional constituye una inversión fundamental en el desarrollo humano y su rentabilidad puede medirse por el potencial humano que resulta de la prevención de enfermedades y muertes evitables, la educación para todos los niños y niñas del mundo, la superación de las desigualdades de género y la creación de condiciones para conseguir crecimiento económico sostenido” (PNUD, 2005:2).

57 Definición que fue ratificada en la Conferencia de Alma-Ata a la cual se agregó ... “siendo un derecho humano fundamental y convirtiendo la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud”. (OMS, 1979: 3)

dad; ya no se puede hablar de un único factor que desencadena la enfermedad sino de numerosas causas que interactúan e influyen sobre el individuo, siendo las condiciones de vida un elemento muy importante.

Cuando se hace referencia a las variables socioeconómicas, como así también a los conceptos de pobreza o niveles de vida, hay que hacerlo dentro de una visión integradora, ya que forman parte de diferentes dimensiones de la desigualdad existente en la población.

Según Nicholls (1993) el concepto de nivel socioeconómico se emplea a menudo como un identificador de la sumatoria de diversas características de las personas, como ser estado civil, grupo étnico, ingreso económico, ocupación, educación, etc., o de algunos rasgos distintivos del medio social, tales como residencia, organización social, etc. Aunque cada una de estas características está asociada con el nivel socioeconómico, ninguna de ellas lo determina por sí sola.

Por su parte, Infante y Schlaepfer (1994) señalan que, a los fines de la investigación empírica en el área de la desigualdad social, de los estratos y clases sociales y de pobreza, es importante tener en cuenta una serie de consideraciones: a) el problema de la existencia de una sociedad dividida en estratos o clases sociales tiene diversos niveles y múltiples dimensiones. Su estudio y explicación son, por lo tanto, complejos, más aún considerando que existen diversas teorías explicativas al respecto; b) las variables socioeconómicas están históricamente determinadas y son manifestaciones concretas de la forma en que está estructurada una sociedad. Permiten diferenciar patrones y tendencias, discriminar situaciones, en la medida en que son expresiones de profundas desigualdades, de diferencias en la apropiación de la riqueza social, de una organización social clasista y, c) en este sentido, dichas variables son útiles en tanto permiten describir características, condiciones y estilos de vida de los diferentes segmentos de la población.

Es importante destacar que existen en la bibliografía numerosos especialistas<sup>58</sup> (Behn Rosas, 1992; Infante y Schlaepfer, 1994; Nicholls, 1993; Guzmán y Schkolnik, 2002) que, desde diferentes ópticas y con variadas fuentes, analizan las condiciones socioeconómicas de las poblaciones. En este caso particular, la selección de los indicadores utilizados dependió fundamentalmente de dos factores.

En primer lugar, del objetivo general de la investigación, por lo que, se tomaron variables que funcionaran como indicadores de condiciones de vida directamente relacionadas con la salud.

El segundo factor se encuentra relacionado con las fuentes utilizadas; de la gran variedad de datos contenidos en los censos, era necesario seleccionar indicadores que reflejen las necesidades primordiales de la población pero que a su vez fueran equivalentes para Argentina y Paraguay.

---

58 La lista de trabajos sobre esta temática podría ser interminable, aquí se citan simplemente algunos de ellos.

De acuerdo con lo antes señalado, y luego de un exhaustivo análisis, se determinaron los siguientes indicadores:

- tipo de vivienda: para reconocer viviendas deficitarias;
- existencia de servicio sanitario y sistemas de eliminación de excretas para establecer hogares con servicios sanitarios deficientes;
- acceso al agua corriente, para verificar la existencia de agua de red y conexión de la misma al interior de la vivienda;
- índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI).

### Características habitacionales

“Las condiciones de la vivienda, al igual que de pobreza, estratifican socioeconómicamente a una población, dado que representan una “traducción” del ingreso a las condiciones materiales de la existencia. Por otro lado, la vivienda posee un significado propio. Sus características tienen determinantes geográficos, climatológicos y culturales importantes. Dependen también de características comunitarias, como la disponibilidad de servicios básicos: agua, drenaje, etc. Con respecto a la forma como afectan a la salud, las características de la vivienda adquieren significados distintos según el aspecto de salud que interesa. Por un lado, en relación sobre todo a enfermedades infecciosas, forman parte del conjunto de factores que tienen que ver con la exposición a la enfermedad. En este sentido se consideran, habitualmente, aspectos de higiene, hacinamiento, disponibilidad de agua potable y de drenaje, material del piso, entre otros; en relación a trastornos mentales, aspectos como la promiscuidad se vuelven importantes; con respecto a las lesiones accidentales, se destacan las características estructurales de la cocina, las escaleras, etc” (Infante y Schlaepfer, 1994:368).

Es importante destacar que la problemática de la vivienda en relación a las condiciones de salud y como indicador de las condiciones de vida de la población debe ser analizada dentro del contexto económico del modelo de desarrollo neoliberal imperante en casi toda América Latina a fines del siglo XX. La calidad de vida, la salud y el hábitat dependen, especialmente en los países menos desarrollados, de la posibilidad de inclusión laboral y, por ende, son manifestaciones de las condiciones socioeconómicas de la población<sup>60</sup>.

“Las deficiencias en la vivienda y el saneamiento constituyen un determinante reiterado del exceso de mortalidad y una característica sistemáticamente vinculada a los niveles de pobreza, el rezago socioeconómico y la inequidad territorial en América Latina y el Caribe” (OPS, 1998:232).

Existen numerosos estudios que indican que vivir en una casa poco saludable influye negativamente en la salud de la población, especialmente en los niños y

---

60 El problema de la vivienda no es exclusivo de los países subdesarrollados; el informe vivienda y salud presentado por la Asociación Médica Británica (BMA), reconoce a la vivienda digna como primer requisito para la salud. En la presentación del informe, Vivienne Nathanson, de la BMA, afirmó que la mejor manera de reducir las desigualdades de salud en este país (Reino Unido) es mejorar los estándares de la vivienda (Llugar Granel, 2004).

los ancianos (OMS, 1987; Barceló Pérez et al., 2003; Rojas, 2004). Los niños que se crían en viviendas que no reúnen unas mínimas condiciones tienen mayor riesgo de accidentes y de retraso en el desarrollo. Para los ancianos que viven en casas en mal estado y/o en barrios mal equipados, las amenazas son incontables.

Según estudios realizados por la CEPAL entre 1981 y 1993, en América Latina el 63% de las viviendas son adecuadas, el 14% son irrecuperables y el 23% no tienen todas las condiciones de habitabilidad saludable pero se pueden mejorar. Si bien existen diferencias importantes entre las naciones, el problema de la vivienda es extensivo a todos los países de América Latina y el Caribe (OPS, 1998).

### **Vivienda deficitaria. Capacidad de evaluación y comparación entre los censos de Argentina y Paraguay**

Como fue expuesto anteriormente, una de las variables utilizadas para el estudio de las condiciones socioeconómicas es el indicador “tipo de vivienda”<sup>60</sup> porque tiene la potencialidad de permitir reconocer indirectamente viviendas con algún tipo de deficiencia, además de aportar información útil para el cálculo del déficit habitacional, en sus dimensiones cuantitativa y cualitativa.

El indicador “*tipo de vivienda*” presenta en ambos países una codificación similar: *Paraguay, tipo de vivienda particular*<sup>61</sup>:

- *Casa*: es aquella construida con material duradero, generalmente cocido. Tiene salida directa a la calle, camino, sendero, etc. y constituye una sola vivienda.
- *Rancho*: vivienda con salida al exterior. Generalmente tiene paredes de adobe, piso de tierra, techo de paja, palma o chapa.
- *Departamento o piso*: es la vivienda que forma parte de un edificio de dos o más pisos y tiene acceso a la calle mediante un pasillo, corredor, escalera y/o ascensor.
- *Pieza de inquilinato*: cuando la vivienda ocupa en forma independiente una pieza de varias similares que existen en un edificio, o a lo largo del patio. Generalmente, usan en común los servicios sanitarios.
- *Vivienda improvisada*: cuando la vivienda está construida con materiales de desechos (cartón, pírí, latas, lonas, fibrocemento, polietileno, tacuarillas, embalajes etc.).
- *Otro*: se incluyen los locales que no están destinados a la habitación de personas, pero que se usaron como locales de habitación en el día del Censo. Ej.: fábricas, almacenes, negocios, oficinas, garages, lanchas, chata, carrocería vieja, carpa, garita, establo, campamento de damnificados, etc.

---

60 Las clasificaciones utilizadas corresponden únicamente a viviendas particulares.

61 Definiciones censales proporcionadas por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos de Paraguay.

*Argentina, tipo de vivienda particular*<sup>62</sup>:

- *Casa*: vivienda con salida directa al exterior (sus moradores no pasan por pasillos o corredores de uso común).
- *Rancho o casilla*: vivienda con salida al exterior. El rancho (propio de áreas rurales) generalmente tiene paredes de adobe, pisos de tierra y techo de chapa o paja. La casilla (propia de áreas urbanas) habitualmente está construida con materiales de baja calidad o desecho.
- *Departamento*: vivienda construida originalmente para que habiten personas, que forma parte de un edificio o estructura que, con una entrada común, contiene por lo menos dos unidades de habitación a las que se accede a través de pasillos, escaleras, zaguanes o ascensores de uso común.
- *Pieza de inquilinato*: pieza ubicada en un inquilinato o conventillo, siendo éste un edificio o estructura que ha sido construido o remodelado deliberadamente para contener varias piezas que tienen salida a uno o más espacios de uso común, con la finalidad de alojar, en forma permanente, personas en calidad de inquilinos. Generalmente el edificio tiene baño/s y/o cocina/s que se usan en forma compartida; esto no excluye que alguna de las habitaciones cuente con baño y/o cocina propio/s. Cada pieza, ubicada en un inquilinato, en la que hubo personas que pasaron la noche de referencia del censo es considerada una vivienda.
- *Pensión u hotel*: pieza ubicada en un hotel o pensión, siendo éste un edificio o estructura que ha sido construido o remodelado deliberadamente para contener varias piezas que tienen salida a uno o más espacios de uso común con la finalidad de alojar, en forma permanente personas, en calidad de huéspedes o pensionistas. Tienen un régimen especial caracterizado por a) pago diario, semanal, quincenal y/o mensual del importe del alojamiento y, b) encuadramiento bajo la legislación establecida para este tipo de comercio que se exhibe en lugares visibles del mismo o en los libros de registro del establecimiento. Cada pieza, ubicada en un hotel o pensión, en la que hubo personas que pasaron la noche de referencia del censo es considerada una vivienda.
- *Local no construído para habitación*: lugar que no ha sido construido o adaptado para que habiten personas pero que en el momento del censo se encuentra habitado
- *Vivienda móvil*: estructura que es utilizada como vivienda, construida para ser transportada (tienda de campaña, taco o carpa) o que constituye una unidad móvil (barco, bote, vagón de ferrocarril, casa rodante, camión, trineo, etcétera) que, en el momento del censo, está habitada por personas.

Argentina, desde el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1980, ha incorporado, al tipo de vivienda "casa", los conceptos de casa de tipo "A" y casa de tipo "B"<sup>63</sup>, a efectos de discriminar, según características estructurales, y ac-

62 Definiciones censales correspondientes al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (INDEC, 2001).

cesibilidad a servicios, condiciones de mayor o menor habitabilidad de las mismas. El objetivo de esta distinción fue el de contar con datos relacionados al déficit habitacional, que se conforma sumando las viviendas “B” a las denominadas “precarias” (rancho o casilla, local no construido para habitación, hogares en casa de inquilinato y viviendas móviles).

Para la elaboración del indicador **porcentaje de viviendas deficitarias**, utilizado en esta oportunidad, se consideró viviendas deficitarias a las casas tipo “B” a los ranchos, casilla, pieza de inquilinato, pieza de hotel o pensión, local no construido para habitación, vivienda móvil y en la calle.

Consecuentemente, como el censo de Paraguay no contempla la diferenciación entre casas de tipo “A” y “B” se debió, en primer lugar, crear ésta nueva variable de acuerdo a la definición adoptada en el censo de Argentina.

Para ello, se procesaron cuatro variables: tipo de vivienda (para determinar las casas), provisión de agua, disponibilidad del servicio sanitario y material predominante de los pisos. Una vez obtenida la nueva variable se estimaron los totales de viviendas deficitarias por jurisdicción, de acuerdo a la definición consignada anteriormente, y se obtuvieron los porcentajes de viviendas deficitarias teniendo en cuenta en ambos censos el total de viviendas particulares con moradores presentes.

De los dos países analizados, Paraguay muestra claramente una situación de mayor desventaja, el 64 % de los hogares residen en viviendas deficitarias, mientras que en la República Argentina, el porcentaje promedio para el total del país no supera el 22%. De todas maneras, hay que considerar que las provincias correspondientes a este estudio, se encuentran entre las más carenciadas del país; las cuatro jurisdicciones presentan porcentajes muy superiores a la media nacional (Chaco 50,7%, Corrientes 38,7%, Formosa 58,7% y Misiones 49,7%).

En el mapa N° 8, se representa el porcentaje de hogares que cuentan con vivienda deficitaria, por departamento para Argentina y por distrito para el Paraguay. Se observa un aumento de la precariedad desde el Sur y el Este de las provincias de Chaco y Formosa, hacia el noroeste de la región, en correlato con la variación espacial del desarrollo económico y social, en términos generales, en ambas provincias.

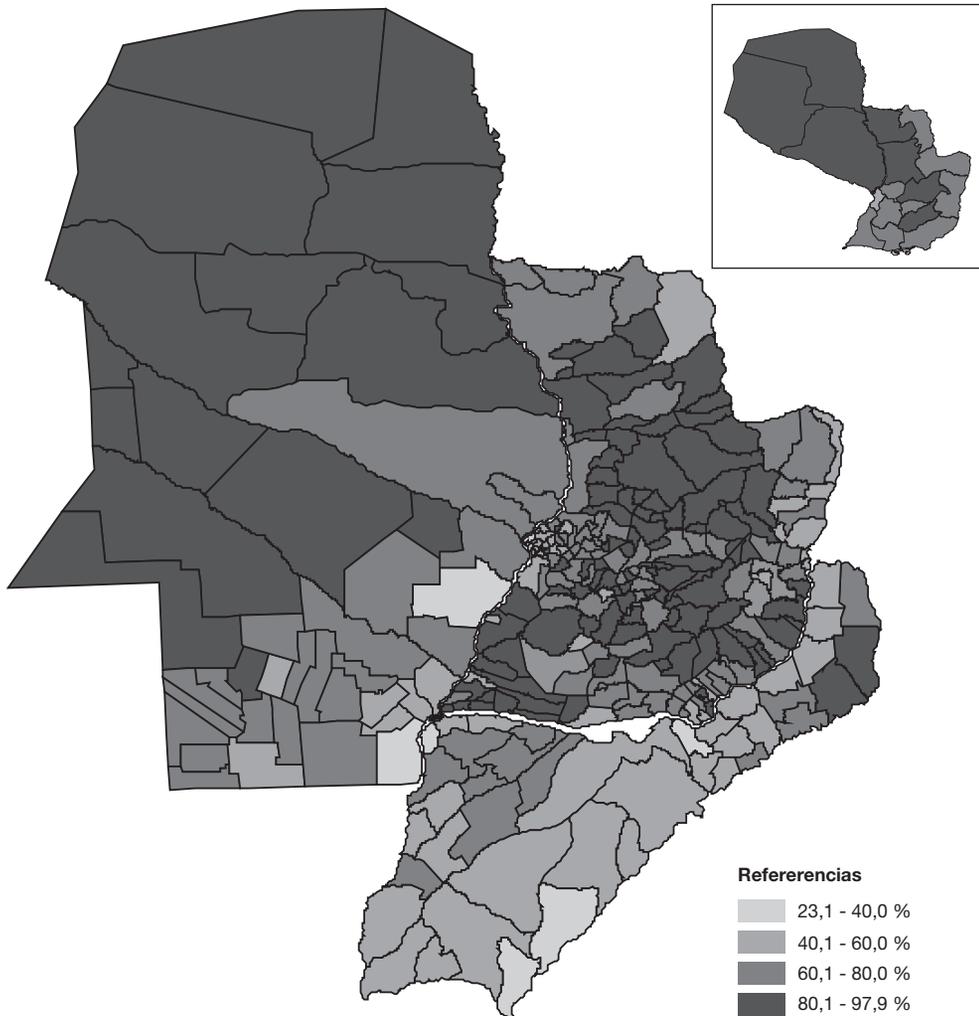
En Corrientes, la mayor precariedad en relación con la vivienda se localiza en los departamentos correspondientes a la cuenca iberana y de los esteros y lomadas del triángulo noroeste de la provincia, con sus difíciles condiciones ambientales y un régimen de subdivisión y tenencia de la tierra que deriva en las actividades económicas de subsistencia. Los departamentos correspondientes a toda la mitad oriental de la provincia, hacia la ribera del río Uruguay, presentan las mejores condiciones, con menos del 40% de hogares con viviendas deficitarias.

---

63 Casas de tipo “B”, son aquellas que cumplen alguna de las siguientes condiciones: no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda; no disponen de retrete con descarga de agua; tienen piso de tierra o de otro material precario (INDEC, 2001).

Mapa 8

Porcentaje de viviendas deficitarias



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

En la provincia de Misiones, se puede observar una clara diferencia entre los departamentos de la ribera del Paraná, con menores porcentajes de viviendas deficitarias y los de la ribera del Uruguay, con porcentajes que superan el 80%.

En Paraguay se puede advertir, en términos promedio, una situación más crítica. La mayor parte de su territorio presenta más del 60% de hogares con viviendas deficitarias, con un elevado número de los distritos del centro de Paraguay oriental sobrepasando indicadores de 80%, como así también, en las jurisdicciones del norte del Chaco paraguayo. La excepción corresponde a los distritos cer-

canos a Asunción, como ser los pertenecientes al departamento Central, Paraguari, Misiones y suroeste del departamento Ñeembucú.

Si analizamos con detenimiento los sectores de la frontera se puede observar, en primer término, en el tramo del Alto Paraná, una notable asimetría entre ambos lados, favoreciendo a la República Argentina. El sector correspondiente a la frontera sobre el río Paraguay cuenta, del lado argentino, con la presencia de los principales centros urbanos: Resistencia, Formosa y Clorinda, y del lado paraguayo se localizan Asunción y el departamento Central altamente urbanizado, que confieren a este sector condiciones privilegiadas. Situación muy diferente es la existente en la frontera del Pilcomayo que exhibe niveles similares a ambos lados del límite internacional.

## Servicio Sanitario

El segundo de los indicadores utilizados hace referencia a las características del servicio sanitario fundamentalmente al sistema de eliminación de excretas. En la actualidad, la tecnología sanitaria para la disposición de excretas es de dos tipos, *flujo y descarga*<sup>64</sup> (con arrastre de agua) y de *caída y depósito*<sup>65</sup> (sin arrastre de agua). La primera, considerada ideal para las zonas urbanas, es fácil de operar, sin embargo, en países subdesarrollados, presenta el inconveniente de que, el 90% de las aguas negras se descarga directamente al ambiente sin tratamiento, siendo el mayor causante de contaminación del agua (Guerrero Hernandez et. al., 2006).

Las comunidades que carecen de infraestructura de saneamiento básico adecuado y suficiente siempre se han enfrentado a la contaminación biológica y sus consecuencias. Las causas y soluciones son ampliamente conocidas pero, en realidad el nivel de resolución depende del desarrollo social, la urbanización, la regulación sanitaria y la educación para la salud. En este contexto, la disminución de las infecciones gastrointestinales es posible si el entorno se transforma con medidas comunitarias, es decir, purificación del agua, drenaje y sistema sanitario seguro, entre otros factores, que pueden traducirse en un desarrollo sostenible al satisfacer las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades (Terris, 1999).

---

64 A mediados del siglo XIX, apareció la remoción de excremento por medio del agua, en el ámbito doméstico satisface una necesidad de confort y no implica ninguna dificultad operativa para el usuario. Sin embargo, el drenaje no ha dado solución a las necesidades de saneamiento en el mundo, el destino final en cualquier modalidad ha generado la contaminación de agua y suelo, transmitiendo enfermedades infecciosas como diarreas, cólera, amebiasis, gastroenteritis, hepatitis y fiebre tifoidea entre otras (Guerrero Hernandez et. al., 2006).

65 Las letrinas convencionales constituyen una solución temporal, donde se deposita y almacena la excreta humana, algunas veces evitan la contaminación. Requieren de cierto espacio y en su edificación se deben considerar las condiciones del suelo y profundidad de mantos freáticos. La tecnología es simple pero las desventajas son de gran envergadura, a decir, la contaminación de agua y mantos acuíferos, mal olor, proliferación de fauna transmisora, saturación del depósito, desestabilización de cimientos cercanos y riesgos de inundación (Guerrero Hernandez et. al., 2006).

Ante los importantes riesgos de salud que ocasiona la falta de saneamiento básico, Kliksberg, (2000:107) señala: "El acceso a agua potable, instalaciones sanitarias, alcantarillado y energía eléctrica es limitado para amplios sectores de América Latina y el Caribe. Ello crea factores de riesgo de mucho peso en la salud. Se estima que 130 millones de personas carecen de agua potable. Por otra parte, el costo del agua para los pobres es mucho mayor que para las clases medias y altas...". "La falta de agua potable y de instalaciones adecuadas de eliminación de excretas es esencial en todo orden de riesgos para la salud, en particular para la población infantil, entre otras expresiones, a través de las infecciones intestinales. En 11 países de la Región la diarrea es una de las dos principales causas de muerte en niños de menos de un año"<sup>66</sup>.

Hasta un 80% de las enfermedades en los países en desarrollo han sido atribuidas a la falta de agua no contaminada y de medios apropiados para la eliminación de excretas. Aquellas dolencias incluyen enfermedades diarreicas (con quizás 1.500 millones de episodios y 4 millones de defunciones por año), el tracoma, la esquistosomiasis y la conjuntivitis. El hecho de que un 90% de todas las aguas residuales de América Latina no sean tratadas se ha vinculado a la reciente epidemia del cólera (Bermejo, 2002).

### **Servicio sanitario deficitario. Equiparación de variables entre los censos de Argentina y Paraguay**

El análisis de las características del servicio sanitario existente exigió, en primer lugar, un detallado estudio de las variables censales a fin de lograr la mejor equiparación entre ambos censos.

En la Argentina el censo registra si un hogar tiene o no baño. En el caso de tenerlo, establece si posee inodoro con descarga de agua o no y, en lo que respecta al tipo de evacuación, hace referencia a red pública, cámara séptica y pozo ciego, sólo pozo ciego, hoyo, excavación, en la tierra etc.

En Paraguay, la cédula censal pregunta si tiene baño o no, cuántos baños hay en la vivienda y diferencia el tipo de evacuación según red pública, pozo ciego, hoyo o pozo, en la superficie de la tierra, arroyo, río, etc.

La principal diferencia entre ambos censos radica en que no se puede diferenciar, en el caso de Paraguay, la presencia de inodoro con descarga de agua o no; por ello, para la definición del indicador referido a las características del servicio sanitario, se utilizó el modo de eliminación de excretas.

Consecuentemente, se consideró que los hogares presentan **servicio sanitario deficitario** cuando no tienen baño o si lo tuvieran, presentan un modo de eliminación de excretas que no sea a red pública, cámara séptica o pozo ciego. Estas categorías denotan signos de precariedad que permiten clasificar las viviendas

<sup>66</sup> "Como en el caso del acceso al agua potable, a medida que aumenta el acceso a los servicios de eliminación de excretas, disminuye la tasa de mortalidad infantil" (OPS,2000:10).

con déficit sanitario y grados de contaminación del medio ambiente inmediato de la vivienda.

La situación no es para nada favorable; el 37% de las viviendas de Paraguay presentan servicio sanitario deficitario, porcentaje que aumenta a 40% en Corrientes, 52,6% en Chaco, 53,5% y 55,6% en Misiones y Formosa respectivamente.

El patrón espacial observado en el mapa 9 presenta características muy similares al de la variable antes analizada. Las áreas más críticas se localizan en el oeste de las provincias de Chaco y Formosa, con porcentajes superiores al 80%, en el este de la provincia de Misiones y en menor medida, en la cuenca ibérica en el centro de la provincia de Corrientes.

En Paraguay se pueden destacar, con condiciones más deficitarias, el centro de la región oriental y el oeste del Chaco Paraguayo.

Es importante destacar que esta variable tiene una alta correlación con las prestaciones urbanas, por lo que se destacan, positivamente, con bajos porcentajes los departamentos y distritos que alojan a las ciudades mayores y sectores con mayores niveles de urbanización, como ser Asunción, los distritos del departamento Central y distritos puntuales como Ciudad del Este, Pilar y Encarnación entre otros, en Paraguay, y los departamentos que alojan las capitales en las provincias argentinas.

Al analizar los departamentos y distritos que definen la frontera podemos ver que no existen mayores diferencias a ambos lados del límite internacional, y, si bien se puede apreciar que los sectores fronterizos presentan condiciones más favorables que los territorios aledaños extrafronterizos, esto se debe, sin lugar a dudas, a la presencia de ciudades importantes y no a la condición fronteriza. De tal manera, el factor que establece la diferencia es, como se señalara, el nivel de urbanización de los territorios.

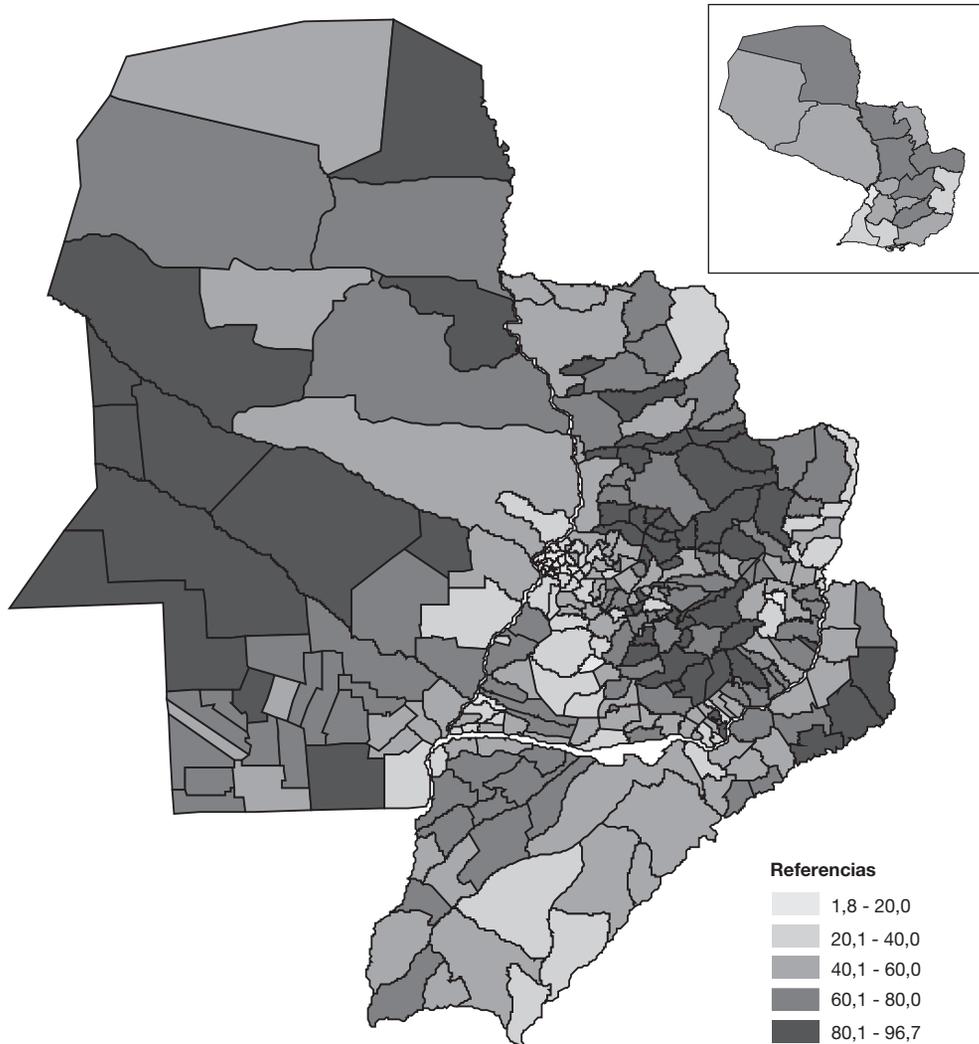
## **Procedencia y suministro de agua**

El acceso a agua salubre y a medios higiénicos de evacuación de excretas es una necesidad universal y, ciertamente, un derecho humano fundamental. Es un elemento indispensable para el desarrollo humano y la reducción de la pobreza y un componente fundamental de la atención primaria de salud. Está demostrado que la prestación de servicios de saneamiento adecuados, el abastecimiento de agua salubre y la educación en higiene constituyen una intervención sanitaria eficaz que reduce la mortalidad provocada por las enfermedades diarreicas en un promedio del 65% y la morbilidad asociada en un 26% (OPS, 2000:V).

Las deficiencias de saneamiento, higiene y abastecimiento de agua tienen como consecuencia no sólo más enfermedades y defunciones, sino también mayores costos sanitarios, menor productividad de los trabajadores, menores tasas

Mapa 9

Porcentaje de viviendas con servicio sanitario deficitario



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

de escolarización y, quizá lo más importante, la negación del derecho de toda persona a vivir con dignidad (OPS, 2000:V).

Todo individuo tiene derecho al agua, lo que implica el acceso a la cantidad mínima requerida para satisfacer sus necesidades básicas. El progreso para lograr este nivel de servicio, en todo el mundo, está relacionado con beneficios significativos para la salud y sigue siendo uno de los principales intereses en las iniciativas de política internacional a través de los objetivos de la Declaración del

Milenio y de las actividades de monitoreo del Programa Conjunto de Monitoreo de la OMS y de la UNICEF<sup>67</sup> (Guy Howard y Bartram, 2003).

En América Latina y el Caribe, un total de 78 millones de personas carecen de acceso a abastecimiento mejorado de agua. Es importante recordar que en los grandes asentamientos urbanos contar con este tipo de distribución es relativamente usual, no así en los centros pequeños o en las zonas rurales, donde el acceso a la red pública es limitado o nulo. Se estima que en América el 93% de la población urbana tiene acceso a agua segura, mientras que sólo el 62% de la población rural lo posee (OMS/UNICEF, 2000:55).

### **Disponibilidad de agua. Consideraciones metodológicas y análisis espacial**

Según los censos analizados, el 47% de los hogares de Paraguay no tiene acceso a agua potable<sup>68</sup>, porcentaje que en Argentina se reduce al 15%, pero las diferencias regionales existentes son muy marcadas. En la provincia de Misiones el 26% de los hogares carece de éste servicio; en la provincia de Formosa el 24%, en Chaco y Corrientes el 21% y el 14% respectivamente.

Es importante resaltar que los porcentajes antes señalados concuerdan con las proporciones de población rural existentes en cada una de las jurisdicciones, lo que confirma la directa relación existente entre el acceso a agua potable y los niveles de urbanización expuesta anteriormente.

Consecuentemente, el patrón espacial que se puede observar en el mapa 10, que representa el **porcentaje de viviendas sin acceso a agua de red**, muestra un marcado correlato con los niveles de urbanización existentes en cada una de las divisiones administrativas analizadas.

Las áreas más críticas se localizan en el oeste de las provincias de Chaco y Formosa y en los departamentos ubicados en la ribera del Uruguay en Misiones, en el límite con Brasil.

En Paraguay, prácticamente todos los distritos presentan porcentajes que superan el 40% de los hogares sin agua de red. Sobresalen como enclaves con mejores condiciones la capital del país y distritos como Fernando de la Mora, Areguá, Ñemby, Guarambaré, Lambaré, Villa Elisa y San Antonio del departamento Central.

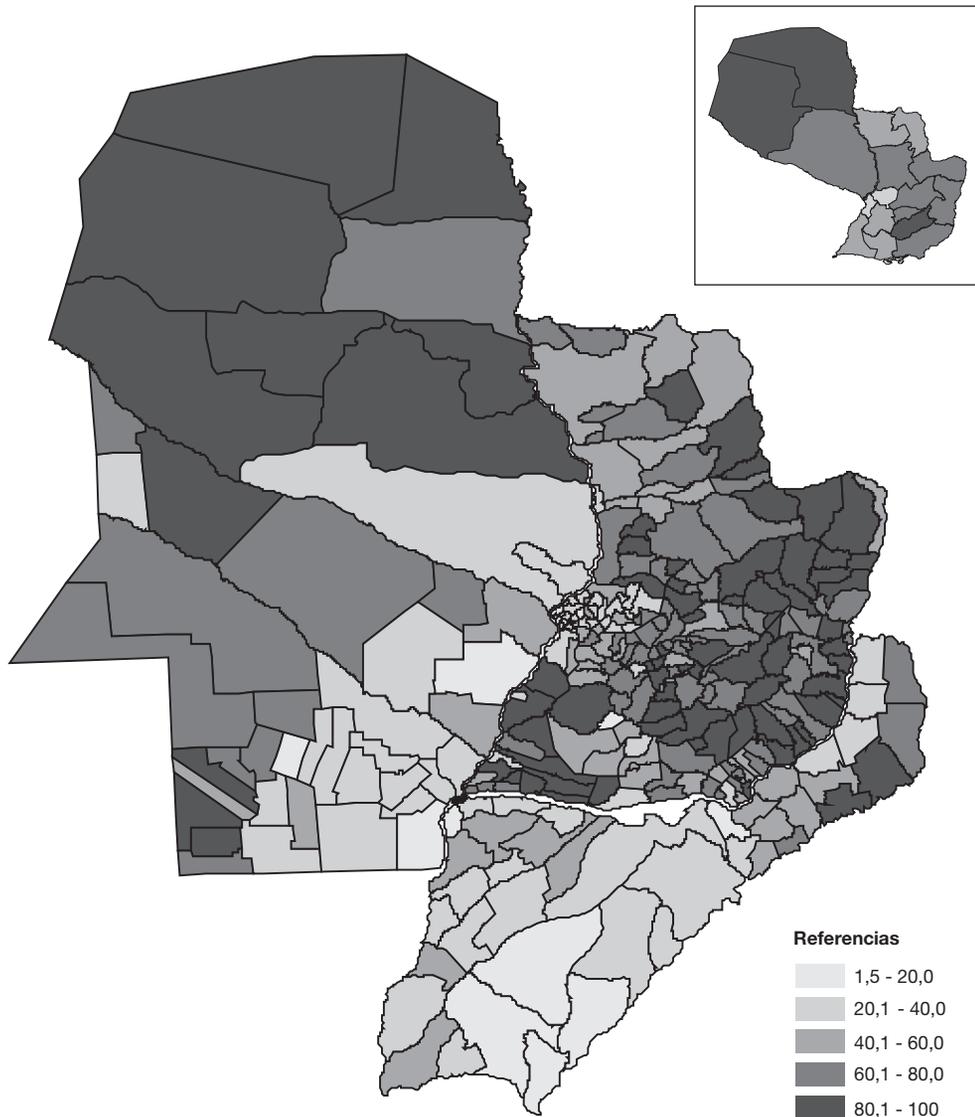
---

<sup>67</sup> La preocupación por el acceso a agua segura es, desde hace muchos años, una preocupación de los organismos internacionales, quienes han reconocido que el agua y el saneamiento son el pilar de la salud pública y el progreso social, y la clave para mejorar la supervivencia, la salud y el desarrollo de la población. En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 se adoptó la meta del acceso universal a agua potable y saneamiento para el año 2000 a fin de promover la supervivencia, la protección y el desarrollo de los niños.

<sup>68</sup> Entendiendo como agua potable o segura al agua de red.

Mapa 10

Porcentaje de viviendas sin agua de red



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

La frontera pareciera presentar una mayor criticidad del lado paraguayo, aunque escapan a esta generalización Asunción y los distritos pertenecientes al departamento Central, con menos del 20% de hogares sin acceso a agua potable.

Aun cuando la calidad del agua (potabilizada o no) es importante, también lo es la cantidad y la posibilidad de contar con ella directamente en sectores

donde debiera ser imprescindible como la cocina y el baño. Dicho acceso al agua permite segmentar los hogares en tres grandes grupos: los que cuentan con distribución por cañería dentro de la vivienda; los que cuentan con cañería fuera de la vivienda pero dentro del terreno y los que obtienen el agua fuera del terreno (canilla pública, otros medios, etc.). A partir de estos datos se puede, indirectamente, tener una aproximación al logro de condiciones sanitarias satisfactorias, dado que la inexistencia de conexión de agua dentro de la vivienda dificulta la higiene tanto personal, como del hogar y de los alimentos, con todos los riesgos que esto implica, especialmente para la salud de los más pequeños.

“El agua para usos domésticos es tan importante como el agua para el ganado, el regadío, la energía y la industria. Un suministro abundante de agua pura ayuda a reducir la mortalidad y la morbilidad especialmente entre los lactantes y niños de corta edad, y hace también más fácil la vida de las mujeres” (OMS, 1978:54).

Según el censo de 2002 en Paraguay solamente el 40% de los hogares poseen **conexión de agua dentro de la vivienda**; en la provincia de Formosa dicho porcentaje asciende a 45% en el Chaco al 53% y finalmente, es del 57% y 67% en Misiones y Corrientes respectivamente.

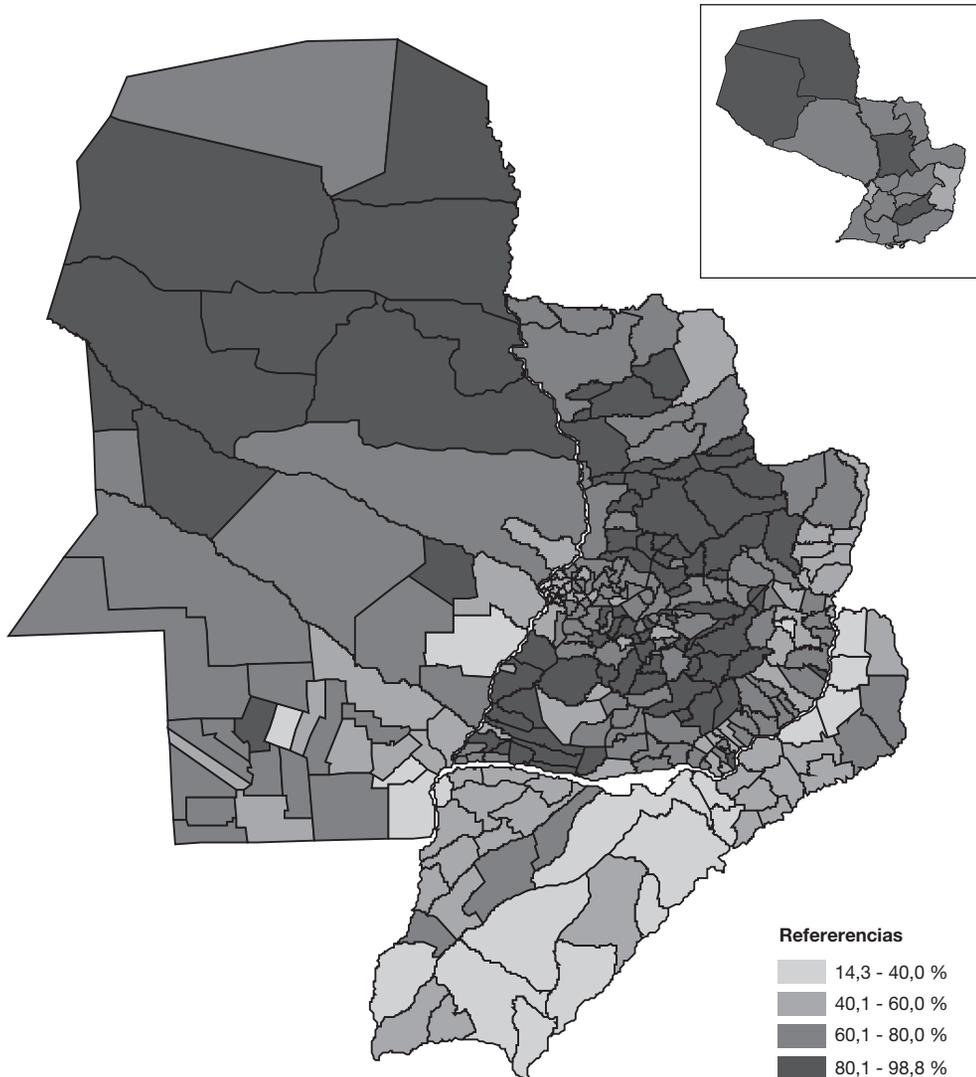
La distribución espacial de este indicador permite distinguir un patrón similar a las variables anteriormente analizadas. En la provincia del Chaco, se observa, un deterioro de las condiciones desde las áreas próximas al río Paraná-Paraguay hacia el noroeste provincial. En Formosa, la precariedad se extiende a todas las áreas, con porcentajes superiores al 60% de viviendas sin conexión de agua, con excepción de la capital formoseña y de Clorinda.

Los departamentos de Corrientes presentan, en general, mejores situaciones pero, nuevamente, sobresalen negativamente los localizados en el ángulo noroeste de la provincia. En Misiones se pueden distinguir por un lado las jurisdicciones limítrofes con Brasil con características más deficitarias y por otro, los de la ribera del Paraná que reúnen las mejores condiciones.

En Paraguay las áreas más críticas se localizan especialmente en el Chaco Paraguayo con particularidades similares a las registradas en la mayoría de los departamentos de Formosa y del noroeste chaqueño, en los distritos del centro de la región oriental y en algunas unidades del departamento Ñeembucú, en el ángulo de la confluencia Paraguay-Paraná.

Mapa 11

Porcentaje de viviendas sin conexión de agua



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

En síntesis, las cuatro variables utilizadas para el análisis de las condiciones o calidad de vida de la población, si bien tienen un corte fundamentalmente urbano, poseen una fortaleza suficiente para la caracterización buscada en este trabajo, por su estrecha relación con las condiciones de salud, que es reconocida por la literatura correspondiente.

Además, las conclusiones son consistentes con estudios anteriores<sup>69</sup> en cuanto a la existencia de mejores condiciones en las provincias argentinas, con respecto a la situación en Paraguay.

En segundo lugar, puede señalarse que el modelo espacial de situaciones críticas se repite en todos los casos, destacándose situaciones de mayor deterioro en los departamentos y distritos alejados hacia el Oeste y el Norte en la región del Chaco central y meridional, por un lado, en los distritos centrales del Paraguay oriental por otro, y, finalmente, en los departamentos del triángulo Noroeste de Corrientes y de la banda del Uruguay en Misiones.

Contrariamente a lo anterior, sólo pueden considerarse como condiciones con un nivel aceptable de calidad de vida, a las registradas en los departamentos y distritos relacionados con los principales centros urbanos, como ser cabeceras de departamentos/distritos, y en especial, ciudades capitales de provincia y el aglomerado urbano de Asunción y núcleos del departamento Central y Paraguari. Esto pone en evidencia la importante relación de los temas que estamos analizando con las prestaciones propias de los modos de vida urbanos. En relación con esto, debe dejarse indicado que, a su vez, las variables compatibilizadas son de neta esencia urbana, por lo cual influyen también sobre las conclusiones que se presentan.

En lo que respecta a la frontera se concluye que las áreas más carenciadas se localizan en la frontera del río Pilcomayo, tanto en Paraguay como en Argentina. Estas áreas sobresalen negativamente al analizar todas las variables.

Por otra parte, la presencia de ciudades capitales de provincia o de Asunción en la frontera confiere a ésta, en promedio, mejores condiciones que el resto de la provincia o el país.

## Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

El método de Necesidades Básicas Insatisfechas, o NBI, es una herramienta creada por la CEPAL a fines de los años 70 con el objeto de medir y/o caracterizar la pobreza, mediante un enfoque directo, aprovechando la información censal.

“Las Necesidades Básicas se definen como el conjunto de requerimientos de índole físico, psíquico o cultural, cuya satisfacción es condición necesaria al funcionamiento y desarrollo de los seres humanos de una sociedad determinada. Además de la serie de necesidades más elementales, relativas a la alimentación, el abrigo y la salud, existen otras (acceso a servicios educativos y culturales, habitat saludable, medios de transportes adecuados, etc.) cuya satisfacción está condicionada culturalmente por cada sociedad, dentro de lo que ella considera colectivamente como *condiciones dignas de vida* en cada etapa de su desarrollo” (DGEEyC, 1995:15).

---

70 Cfr. Meichtry y Fantin, 2003; Fantin, 2004.

Es importante destacar que, a pesar de las desventajas que puede tener esta metodología, la misma “tiene la apreciable ventaja de producir resultados con un altísimo nivel de desagregación geográfica, lo que permite la elaboración de *mapas de pobreza*. Dichos mapas hacen posible identificar espacialmente un grupo de carencias predominantes en un país y, por lo tanto, pueden llegar a ser de gran utilidad para focalizar eficientemente las políticas sociales destinadas a cubrir las carencias individualizadas” (Feres y Mancero, 2001:35).

Si bien el método de NBI se encuentra ampliamente aceptado y utilizado en América Latina, cada país ha definido, de acuerdo a sus condiciones particulares, los indicadores que considera adecuados para precisar su noción de necesidades básicas insatisfechas. Debido a que las mismas se encuentran condicionadas por la información censal, el grupo de necesidades básicas consideradas suelen limitarse a las siguientes cuatro categorías:

- Acceso a una vivienda que asegure un estándar mínimo de habitabilidad para el hogar.
- Acceso a servicios básicos que aseguren un nivel sanitario adecuado.
- Acceso a educación básica.
- Capacidad económica para alcanzar niveles mínimos de consumo (Feres y Mancero, 2001).

El cuadro 2 presenta los indicadores utilizados por Argentina y Paraguay, y como se puede observar, existen algunas diferencias entre ambos.

Cuadro 2

**Indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas utilizados por Argentina y Paraguay**

Indicadores	Paraguay	Argentina
<b>Tipo de vivienda</b>	Hogares que habitan viviendas con: Urbano: piso de tierra; y pared de adobe, estanqueo, madera, desecho u otros; y techo de paja, palma, madera, desecho u otro. Rural: piso de tierra y pared de adobe, estanqueo, desecho u otros, y techo de paja, palma, desecho u otros.	Hogares que habitan una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria y “otro tipo”, lo que excluye casa, departamento o rancho).
<b>Hacinamiento</b>	Hogares con más de 3 personas por dormitorio.	Hogares con más de 3 personas por cuarto.

Cuadro 2

continuación

Indicadores	Paraguay	Argentina
<b>Disponibilidad de agua potable</b>	Hogares que se abastecen con agua que proviene de: Urbano: pozo sin bomba, manantial, río, arroyo, aguatero u otros. Rural: manantial, río, arroyo, aguatero u otros.	No definido.
<b>Tipo de sistema de eliminación de excretas</b>	Urbano: que tienen letrina común o no tienen servicio sanitario. Rural: hogares que no tienen servicio sanitario.	Hogares que no poseen ningún tipo de retrete.
<b>Asistencia escolar</b>	Hogares con niños de 7 a 12 años que no asistan a establecimientos educativos y analfabetos de 15 años y más en relación de parentesco con el jefe de hogar.	Hogares con algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.
<b>Relación de dependencia y niveles educacionales de los jefes de hogar</b>	Hogares que carecen de perceptor/a, o cuyo jefe/a cuenta con educación inferior a 3 años de primaria, y con más de tres personas en promedio por preceptor/a. Preceptores de ingresos son: los ocupados, incluidos los jubilados o pensionados y los rentistas.	Hogares con 4 o más personas por miembro ocupado y, además cuyo jefe tuviera baja educación (nunca asistió a algún establecimiento educacional o asistió, como máximo, hasta el segundo año del nivel primario).

Fuente: DGEEyC, 2005.

En primer lugar, Paraguay define de manera diferente los indicadores de NBI de zonas urbanas y rurales en lo referido a calidad de la vivienda e infraestructura sanitaria, lo cual proporciona una riqueza de información de mayor valor, mientras que Argentina considera de la misma manera ambos ámbitos.

En Paraguay, el indicador **NBI en calidad de la vivienda** tiene en cuenta dos indicadores; por un lado, la calidad de materiales utilizados en pisos, paredes y techos que determinan en mayor o menor medida el nivel de protección y abrigo contra las inclemencias del tiempo y, por otro, el hacinamiento que permite establecer el grado de privacidad de los miembros de la vivienda.

Este indicador es considerado de diferentes maneras según se trate de viviendas urbanas y rurales. Un hogar urbano es NBI cuando habita una vivienda con piso de tierra, paredes de adobe, estanqueo, madera, desechos, u otro material y techo de paja, palma, madera, desecho u otro material. En zonas rurales la utilización de madera en las paredes o techos no es considerada una carencia ya que su uso expresa frecuentemente niveles de mayor confort (DGEEyC, 2005).

En Argentina se considera NBI a aquellos hogares que habitan en viviendas de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria, u otro tipo, lo que excluye casa, departamento o rancho).

Los indicadores utilizados para determinar la calidad de la vivienda –material predominante de los pisos, paredes y techo y hacinamiento– apuntan a mostrar el nivel económico de los hogares.

Con respecto al hacinamiento, estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos ponen de manifiesto la estrecha relación entre los niveles de hacinamiento y promiscuidad y la condición de pobreza en los hogares<sup>70</sup>. La situación de hacinamiento que, necesariamente, incide sobre la calidad de vida y la salud, implica carencias que pueden ser más o menos graves, según la edad, el sexo y las relaciones de parentesco entre miembros del hogar.

Existen diferencias entre ambos contextos nacionales. Paraguay considera hogares con hacinamiento los que habitan viviendas con más de tres personas por dormitorio y Argentina, aquellas con tres individuos por cuarto<sup>71</sup>.

**El NBI en infraestructura sanitaria** en Paraguay, involucra dos variables: la disponibilidad de agua potable y el sistema de eliminación de excretas.

“La disponibilidad de agua potable para el consumo y el acceso a servicio sanitario por los miembros del hogar es una necesidad básica indiscutible. Una fuente apropiada de abastecimiento no garantiza la calidad del agua, ya que está asociada con el traslado hasta el hogar o la forma de almacenamiento del mismo” (DGEEyC, 2005:12).

En consecuencia, este indicador ha tomado formas distintas en áreas urbanas y rurales. En las primeras, se considera NBI a los hogares que poseen agua proveniente de pozo sin bomba, manantial, río, arroyos u otros, en tanto que en zonas rurales no se considera como carencia que la provisión de agua sea por medio de pozo sin bomba.

La otra variable que integra este indicador hace referencia a los mecanismos utilizados para la eliminación de excretas, “se relaciona con la necesidad de sa-

71 “En ese sentido, la distorsión entre los niveles de ingresos y los costos de una vivienda con pautas mínimas de habitabilidad impone a los sectores de menores recursos la generación de estrategias para abaratar sus costos. Un ejemplo de ellas es la reducción de la capacidad de la vivienda en relación al número de miembros de la familia, resultando necesariamente en la disminución de la calidad ambiental” (INDEC, 1990).

72 “Se entiende por cuarto al ambiente separado por tabiques o paredes desde el piso hasta el techo, que pueda contener la cama de un adulto; el baño y la cocina no se computan como cuartos, tampoco los garajes, lavaderos y pasillos, a menos que en ellos duerma habitualmente una persona. En el caso de viviendas con más de un hogar, no se contabilizan los cuartos de uso común” (INDEC, 1992:22).

tisfacer la salubridad y evitar la posible contaminación de las personas por los desechos, es particularmente sensible al entorno urbano-rural, por lo que adopta características diferentes para cada zona” (DGEEyC, 2005:12).

En las áreas urbanas, donde es factible la conexión a redes cloacales o a pozos ciegos, la utilización de letrinas comunes señala insatisfacción de necesidades; por el contrario, en zonas rurales éstas se encuentran dentro de los umbrales aceptables.

Por su parte, Argentina define como NBI en infraestructura sanitaria a los hogares que no poseen ningún tipo de retrete.

Otro de los indicadores utilizados es el **NBI en acceso a la educación**. A diferencia de los antes analizados, en Paraguay este indicador reviste el mismo nivel de exigencias para áreas rurales y urbanas. “El acceso a la educación es un derecho asumido como tal por el conjunto de la población paraguaya y su insatisfacción reviste consecuencias igualmente graves para el bienestar de todas y cada una de las personas” (DGEEyC, 1995:15). Este índice es medido teniendo en cuenta dos variables, la asistencia escolar y la presencia de analfabetos en el hogar. Se considera NBI a los hogares que registran niños de 7 a 12 años, relacionados con el jefe de hogar, que no asisten a establecimientos educativos o posean personas analfabetas<sup>72</sup> emparentadas con el jefe de hogar.

La diferencia con Argentina radica fundamentalmente que en ésta no se tiene en cuenta a los analfabetos.

Finalmente, tenemos el **NBI en capacidad de subsistencia** que apunta “a identificar hogares que, a partir de determinadas características de sus jefes, presentan una incapacidad potencial para la obtención de ingresos suficientes para su sostenimiento”(CEPA, 1994:10). Se puede considerar a este indicador, por lo tanto, como un fuerte e importante correlato indirecto de la salud de la población, actuando a través de la capacidad económica y de la educación.

“La modalidad de inserción de los individuos en el mercado laboral está fuertemente asociada al **nivel de educación** alcanzado. Los bajos niveles educativos de los jefes de hogar se acompañan con inserciones ocupacionales en condiciones más desfavorables en términos de estabilidad y nivel de ingresos”(CEPA, 1994:10).

“Los hallazgos de Kittagawa y Hauser señalan que entre los tres determinantes más importantes del nivel socioeconómico, la educación es la que guarda una relación más estrecha con la mortalidad y con las conductas saludables” (Nicholls, 1993:257).

En el Paraguay, este indicador adopta, como en el caso anterior, igual definición para áreas urbanas y rurales. Se consideran NBI a los hogares que carecen de perceptor/a de ingresos, o cuyo jefe/a cuenta con una educación inferior a tres años de primaria, y con más de tres personas en promedio por perceptor/a<sup>73</sup>.

<sup>72</sup> Se consideran analfabetas a las personas de quince años o más que en el momento del censo no tenían el segundo grado aprobado.

<sup>73</sup> Perceptores de ingreso son los ocupados, incluidos los jubilados o pensionados y rentistas.

Por su parte Argentina define como NBI a los hogares con 4 o más personas inactivas por perceptor de ingreso y que, además, el jefe tuviera bajo nivel de educación (nunca asistió a un establecimiento educacional o asistió, como máximo, hasta el segundo año del nivel primario).

### Operacionalización y análisis del NBI

Como fue expresando anteriormente, las variables analizadas hasta el momento<sup>74</sup> tienen un corte netamente urbano, lo cual provoca un sesgo en el análisis de las condiciones de vida de la población del ámbito rural.

Para subsanar estas posibles falencias, se decidió utilizar el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) definido por el Paraguay como variable síntesis de las condiciones de vida de la población. Se tomó esta decisión, fundamentalmente, porque este indicador tiene en cuenta los ámbitos rurales y urbanos.

Para la operacionalización del mismo se debieron procesar los datos del censo nacional de población y vivienda del año 2001 de Argentina en formato Redatam SP+ de acuerdo a los indicadores definidos por Paraguay, ya anteriormente descritos, a fin de determinar, en primer lugar, cada una de las carencias<sup>75</sup>.

Esta tarea demandó un análisis y estudio detallado y exhaustivo de ambos censos a fin de precisar e interpretar correctamente tanto las definiciones de NBI adoptadas por Paraguay como las variables censales utilizadas en ambos censos.

Una vez identificadas y clasificadas las diversas carencias críticas de los hogares, fue necesario llevar a cabo la etapa de "agregación" de dicha información, clasificando a los hogares como "NBI" y "no NBI"<sup>76</sup>.

Posteriormente, se determinaron los totales y los porcentajes por jurisdicción a fin de realizar la representación cartográfica.

74 Viviendas deficitarias, servicios sanitarios deficientes, acceso al agua corriente y conexión de agua al interior de la vivienda.

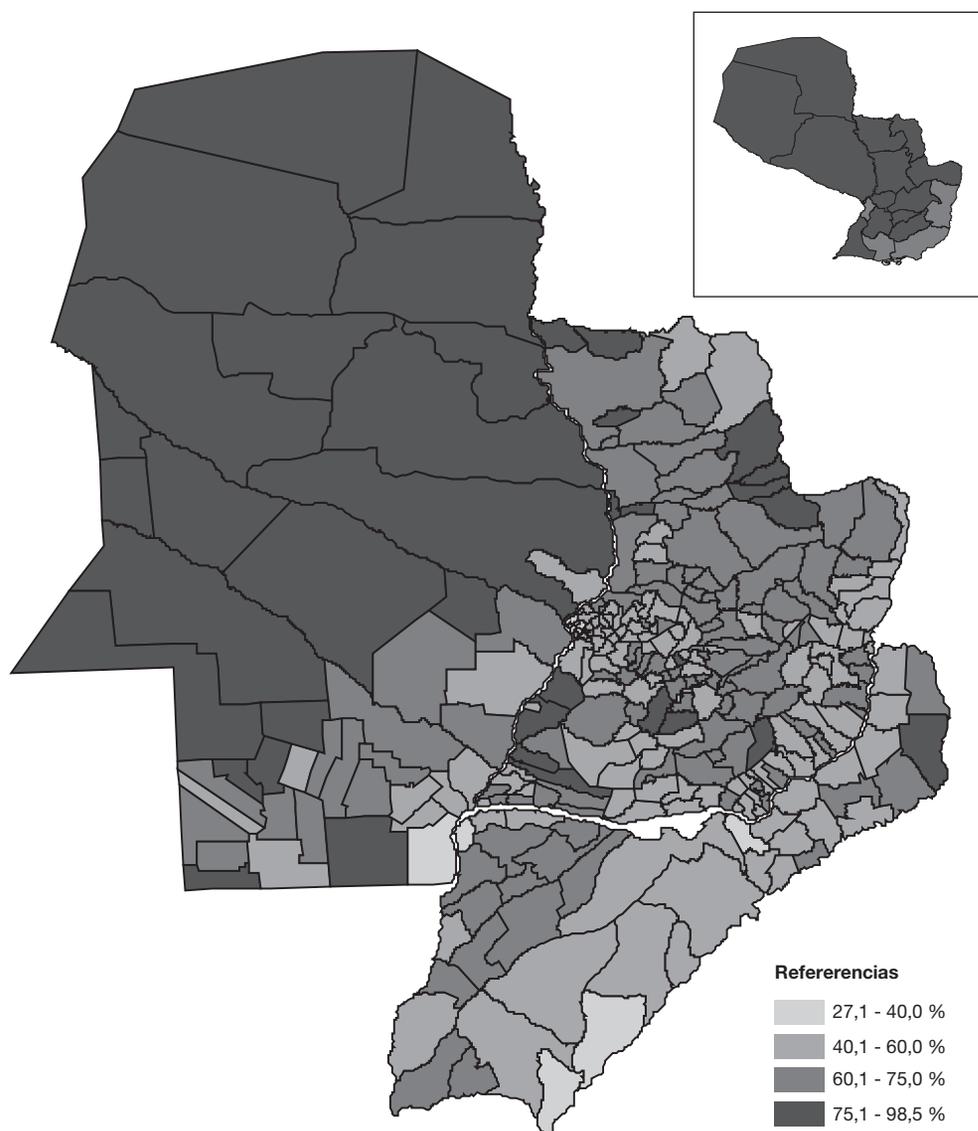
75 Es importante aclarar que para la determinación de las carencias se debieron realizar algunos ajustes para poder lograr la mayor compatibilidad entre ambos censos.

En el NBI en calidad de la vivienda, se encontró el inconveniente que Paraguay considera hacinamiento a las viviendas con más de 3 personas por dormitorio, pero para las provincias argentinas se debió considerar a las viviendas con más de 3 personas por cuarto, porque no se puede determinar en el censo la cantidad de dormitorios.

76 Se considera NBI cuando presenta al menos una de las condiciones consideradas.

Mapa 12

Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda (2001 Argentina y 2002 Paraguay).

Al observar la distribución espacial de los porcentajes de hogares con necesidades básicas insatisfechas se pueden reafirmar las conclusiones vertidas anteriormente:

- Mayor deterioro de las condiciones de vida en el Paraguay en relación a las provincias argentinas analizadas.

- Aumento de la precariedad de este a oeste y noroeste en las provincias de Chaco y Formosa.
- Condiciones de vida muy deterioradas en las jurisdicciones paraguayas al oeste del río Paraguay.
- En Corrientes, mayor precariedad los departamentos localizados en el ángulo noroeste de la provincia, como así también en los departamentos limítrofes con Brasil en Misiones.

Por su parte, nuevamente se puede comprobar, que, en general, las fronteras presentan mejores condiciones de vida que los territorios “extrafronterizos”, situación que se encuentra siempre en relación con lo urbano, siendo las áreas más críticas las que se localizan en la frontera del río Pilcomayo, tanto en Paraguay como en Argentina, en concordancia con los sectores menos urbanizados.

Las propias características naturales del territorio, los grandes ríos facilitando las comunicaciones, aún desde épocas prehispánicas, lo agreste y las dificultades impuestas por el medio natural, facilitaron desde siempre la ocupación y el desarrollo priorizado de las áreas en contacto con el límite. A ello se ha agregado posteriormente un crecimiento mayor que deviene, ahora sí, propiamente de su condición de frontera, particularmente en los puntos más dinámicos de intercambio de bienes y personas, pero que no se registra en los tramos de frontera de escaso dinamismo, como la del Pilcomayo.

Es decir, existe una conjunción de factores que operan desde las condiciones ambientales, la evolución histórica de la ocupación y el desarrollo del territorio y el dinamismo actual, determinando la situación de mejores condiciones socioeconómicas detectadas.



## Capítulo 4

# La mortalidad como indicador de calidad de vida y salud

*Toda sociedad que pretenda asegurar a los hombres la libertad,  
debe empezar por garantizarles la existencia*

*León Blum*

La mortalidad es un hecho vital de gran interés tanto para los estudios de población como para el sector salud, aunque desde distintas perspectivas. Para el primero de ellos, la mortalidad junto con la fecundidad y la migración constituyen las variables que determinan la dinámica y estructura poblacional, mientras que para el sector salud su importancia radica en su posible utilización como indicador de las condiciones del binomio salud-enfermedad<sup>77</sup> de la población.

Desde el punto de vista de la salud, si bien la mortalidad no manifiesta las reales necesidades de atención, ya que se refiere solamente a los factores letales, indica la parte más seria del problema. Por ello su análisis es útil para la descripción de la situación epidemiológica de una población y, especialmente, para la toma de decisiones sobre políticas, planes y programas de salud (García y Priante, 1990).

A pesar de que la mortalidad es un hecho inevitable, su comportamiento presenta diferencias muy importantes entre países, regiones, clases sociales y grupos culturales. Esto evidencia la importancia de un análisis que abarque no sólo un patrón general, sino que refleje también el comportamiento de grupos particulares y las principales causas de defunción.

La mortalidad también es diferencial por sexo y edades. En la mayoría de los grupos etarios la mortalidad masculina supera a la femenina. Por otro lado, en los primeros años de vida el riesgo de mortalidad es muy alto; sin embargo, baja rápidamente alcanzando los niveles mínimos entre los 6 y 15 años; posterior a ello comienza un progresivo aumento que se intensifica a partir de los 60 años.

El indicador más simple que mide la mortalidad es la *tasa bruta o total de mortalidad*, que indica el número de muertes por 1.000 habitantes en una determinada población durante un período determinado de tiempo, por lo general un año. Resulta útil para medir el efecto de la *mortalidad* sobre la *tasa de crecimiento de la población*, pero no es efectivo para comparar los niveles de mortalidad entre poblaciones con diferentes estructuras por edad y sexo.

Otras mediciones pueden ser las *tasas específicas de mortalidad* que calculan las defunciones según subgrupos de población (edad, sexo, etnia, ocupación), etc. La *tasa de mortalidad específica por edad* expresa el número de muertes de una edad determinada por cada 1.000 personas de la población de esa misma edad. A partir de esta tasa, se elaboran las *tablas de vida* y los indicadores que se derivan de ellas,

---

78 Los indicadores de salud son definidos como "los parámetros estadísticos de carácter universal que permiten conocer el estado de salud de los individuos y de las comunidades de manera objetiva, a fin de poder llevar a cabo una planificación y gestión adecuadas de las políticas y programas de atención sanitaria..." "La recogida regular de información relativa a nacimientos, muertes, enfermedades, servicios de salud, etc. en una determinada población, y su posterior análisis basándose en indicadores específicos, permite: a) determinar cuáles son los principales problemas sanitarios; b) orientar la formulación de las políticas sanitarias y la planificación de los programas de salud; c) detectar las primeras evidencias de los brotes epidémicos para dar una respuesta inmediata; d) supervisar la efectividad y la cobertura de los programas de atención sanitaria; e) asegurar que los recursos están dirigidos a las áreas con mayores necesidades; f) indicar la disparidad entre países y entre distintos grupos socioeconómicos y étnicos en materia de salud; y g) proveer información para la orientación de los esfuerzos científicos de investigación" (Rapaport, 2005:124).

como *la esperanza de vida al nacer*. Éstos proporcionan una información más sofisticada de la mortalidad, que es ampliamente usada en los modelos de población.

La tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad de menores de cinco años son dos de los principales índices utilizados como indicadores de salud.

La tasa de mortalidad infantil indica el número de recién nacidos que mueren durante el primer año de vida por cada mil nacidos vivos. La mortalidad infantil incluye la *mortalidad neonatal*, referida a las muertes ocurridas durante las cuatro primeras semanas de vida, generalmente debidas a causas relacionadas con el parto y, por lo tanto, resultantes de cuidados prenatales y obstétricos inadecuados. La *mortalidad postneonatal* corresponde a las defunciones ocurridas entre el primer mes de vida y el año; se relaciona más a causas exógenas: infecciones, diarreas, etc., por tal razón es más fácil evitarla mediante la vacunación, mejoras en la higiene, atención médica, etc.

La tasa de mortalidad de niños menores de cinco años o tasa de mortalidad en la niñez, se define como la probabilidad de morir entre el nacimiento y los cinco años de edad, expresada por cada 1.000 nacidos vivos. Desde el punto de vista de UNICEF, este indicador no sólo refleja el nivel y los cambios del estado de bienestar de la infancia, sino también el grado de progreso económico y desarrollo humano. La razón es que este indicador mide los resultados finales del proceso de desarrollo, en vez de factores intermedios tales como el nivel de escolarización, la disponibilidad de calorías per cápita y el número de médicos por 1.000 habitantes, etc. Es decir, es el resultado de una amplia variedad de factores: salud nutricional, conocimientos básicos sobre salud por parte de la madre; cobertura de inmunización y utilización de la terapia de rehidratación oral; acceso al agua y saneamiento en cantidad y calidad y grado de salubridad del entorno para los niños.

## **Mortalidad infantil**

La mortalidad infantil, además de ser un índice especial del nivel de la mortalidad general, es también extensamente usada por la comunidad internacional como un indicador fiable de la salud, no solo de los niños, sino de toda la población. Es sensible a la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de la salud, particularmente, la atención perinatal, así también como uno de los más sensibles y comunes indicadores del desarrollo social y económico de una población (Breilh y Granda, 1984; Mosley y Chen, 1984; Chackiel, 1984; Bronfman, 1993; Behm, 1992) ya que la sobrevivencia infantil está íntimamente ligada a la situación económica y social, así como a ciertas características demográficas y biológicas.

La tasa de mortalidad infantil no sólo refleja la magnitud de los problemas de salud directamente responsables de la muerte de los niños, como diarrea, infecciones respiratorias y malnutrición, junto con otras enfermedades infecciosas y

condiciones perinatales, sino que también refleja el nivel de salud de las madres, la política de planificación familiar, las condiciones de salud ambiental y, en general, el desarrollo socioeconómico de la sociedad en estudio. Por lo tanto "...valores elevados en este indicador vienen a expresar en última instancia, la poca eficiencia de la estructura económico-social para lograr que los infantes arriben con vida a su primer cumpleaños" (González Pérez et al. 1988:273).

### **Evolución de la mortalidad infantil**

Según datos de la CEPAL "en América Latina la mortalidad infantil se ha reducido en un 74 por ciento desde 1950-1955 a 1995-2000. Ello significó pasar de una tasa de 128 muertes de menores de un año por mil nacidos vivos a inicios de ese período a 33 por mil a final del siglo"(Chackiel, 2004:41).

Por su parte, para analizar la evolución de la mortalidad infantil en las jurisdicciones estudiadas es conveniente previamente hacer algunas consideraciones respecto a la confiabilidad de las estadísticas vitales publicadas.

Por un lado, los organismos encargados de registrar los hechos vitales en las provincias de Chaco y Formosa consideran que existe un subregistro en las inscripciones de nacimientos, motivo por el cual la tasa de defunción de menores de un año resultante es más elevada que la correspondiente. En la provincia del Chaco la evaluación del subregistro de nacimientos se realiza en base a estudios complementarios sobre partos y cesáreas, mientras que en Formosa se estima teniendo en cuenta la tasa de crecimiento intercensal 1980-91; de esta manera, se obtienen tasas de mortalidad infantil estimada que difieren en alrededor de cuatro puntos con las registradas<sup>78</sup> en el Chaco y en dos puntos en Formosa.

Por su parte la Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, ha estimado que existe en las provincias del NEA un subregistro de las defunciones de menores de 5 años del orden del 5% (Paz, 1998). Ambos argumentos permiten cuestionamientos sobre la calidad de la información, pero no afectan el hecho de que estamos en presencia de condiciones que deben ser mejoradas.

En Paraguay, la situación es aún más seria. El Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social estima un subregistro de defunciones de aproximadamente el 50%, lo cual hace variar las tasas de mortalidad infantil registrada en casi 20 puntos<sup>79</sup>.

---

78 Indicadores de mortalidad según cifras registradas y estimadas: Provincia del Chaco, año 1996-1998: mortalidad infantil: registrada 30,9 ‰, estimada 27 ‰ (Anuario de Estadísticas Vitales 1996-1998).

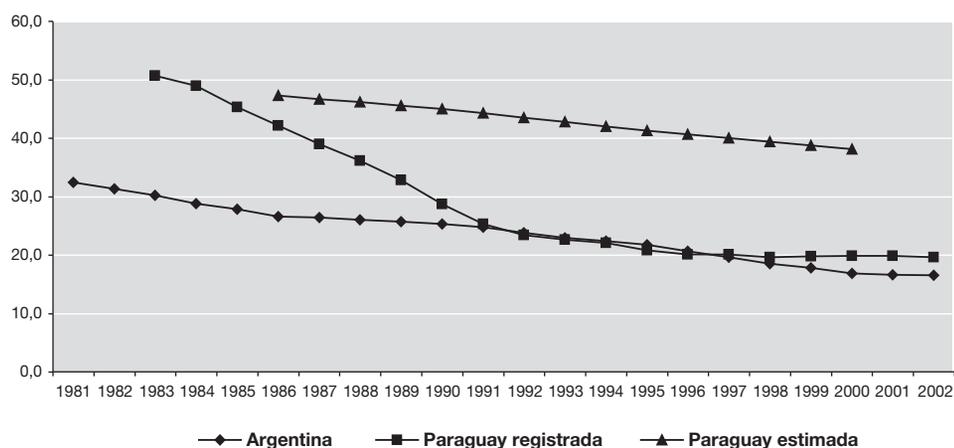
Provincia de Formosa, año 1996: mortalidad infantil: registrada 31,0 ‰, estimada 29,2 ‰ (Ministerio de Desarrollo Humano, 1996).

79 Para los años 1997, 1998 y 1999 las tasas de mortalidad infantil registradas fueron de 20,1, 19,6 y 19,5 por mil respectivamente y las tasas estimadas de 40,0, 39,4 y 38,7 por mil.

Al comparar, en una primera instancia, la evolución de la mortalidad infantil en ambos contextos nacionales, se observa que, según la tasa registrada, los dos países presentan, a partir de la década del 90, un nivel de mortalidad muy similar con valores que rondan el 20 por mil. Si bien en los últimos años Argentina muestra una tendencia a disminuir, mientras que Paraguay se mantiene estable.

Gráfico 8

## Evolución de la mortalidad infantil en Argentina y Paraguay. 1981-2002.



Elaboración propia. Promedios móviles trianuales.

Fuente: Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay.

Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud. Argentina

El elevado subregistro estimado por el departamento de Bioestadística en el país vecino, obliga a realizar dos tipos de análisis. Por un lado, las estadísticas registradas permiten observar una importante disminución de la mortalidad infantil, especialmente en la década de 1980. Dicho descenso prácticamente desaparece si se tienen en cuenta las tasas estimadas. Según los datos registrados, la mortalidad en Paraguay disminuyó de 51,1 por mil en 1982 a 19,6 por mil en 2002, lo que representa una reducción del 61%, mientras que de acuerdo con las tasas estimadas, la contracción entre 1985 y 2000<sup>80</sup> fue sólo del 20,3% al pasar de una mortalidad infantil de 47,8 por mil a 38,1 por mil respectivamente.

Por su parte, Argentina mantuvo en las dos décadas una clara tendencia a disminuir sus tasas, si bien no presenta los niveles porcentuales de reducción del vecino país, dado que parte de valores considerablemente inferiores.

Estas tasas globales de mortalidad infantil enmascaran diferencias geográficas importantes, dado que en la región existen espacios con características sociales,

80 Las estimaciones realizadas por la Dirección de Bioestadística corresponden al período 1985 - 2000.

económicas, sanitarias, etc. muy disímiles entre sí, por lo cual son de esperar niveles y causas de mortalidad también diferentes.

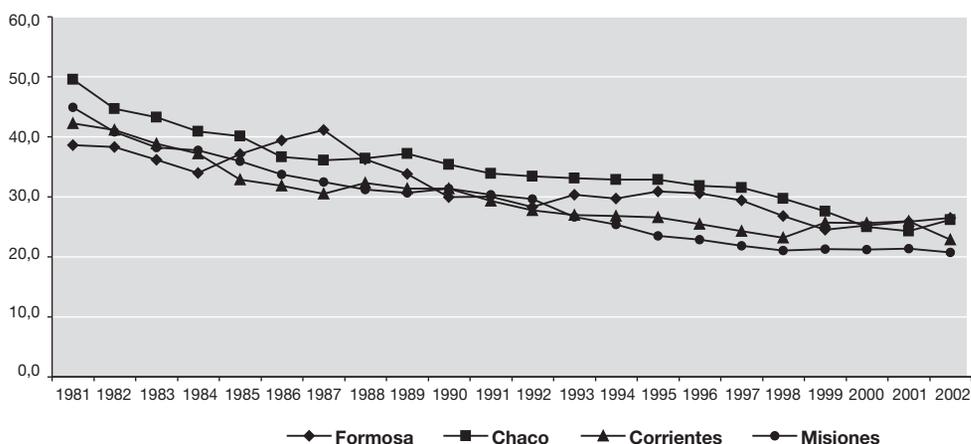
Nuevamente, como ya fue analizado con otros indicadores, las cuatro provincias argentinas que integran la región estudiada, presentan una evolución y niveles de mortalidad infantil más similar a la observada en Paraguay que a las del contexto nacional al que pertenecen.

En el período 2000-02<sup>81</sup>, las tasas de mortalidad infantil en el Nordeste argentino fueron de 25,8 por mil en Formosa, 24,2 por mil en el Chaco, 25,9 por mil, en Corrientes y 21,4 por mil en Misiones, las más bajas registradas en los últimos 20 años.

Los ritmos de descenso experimentados merecen un análisis particular. En las cuatro provincias analizadas, el mayor descenso lo experimentó Misiones que pasó de una mortalidad de 51,8 por mil en 1980 a 22,3 por mil en 2002<sup>82</sup> lo que representa una reducción del 57%. Las provincias de Chaco y Corrientes, si bien experimentaron un porcentaje de reducción similar presentan un comportamiento muy diferente. Mientras que en la provincia del Chaco la mortalidad infantil descendió entre 1980 y 2002 un 50,8%, partiendo de un nivel inicial de 54 por mil, la provincia de Corrientes experimentó una disminución de 46,7%, a partir de un 33,2 por mil, con lo cual llegan a 2002 con tasas de 26,7 por mil y 23,8 por mil respectivamente. Formosa, por su parte, presenta la menor reducción con 33,2%.

Gráfico 9

#### Evolución de la mortalidad infantil. 1981-2002



Elaboración propia. Promedios móviles trianuales.

Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud. Argentina

<sup>81</sup> Se seleccionó el período 2000-02 para centrar la información en el año correspondiente al último censo nacional de población y vivienda.

<sup>82</sup> Para este análisis se consideran las tasas de mortalidad infantil anuales, tal como aparecen en los Anuarios de Estadísticas Vitales.

Para la representación de la evolución de la mortalidad infantil, al igual que en los contextos nacionales, se trabajó con promedios móviles trianuales para tratar de suavizar situaciones coyunturales de mortalidad y posibles errores de registro<sup>83</sup>. Pero aún así, llama la atención el comportamiento en Formosa, especialmente en la década de 1980, alcanzando en 1986 y 1987 las tasas más elevadas de los últimos veinte años (superiores a 40 por mil), para luego descender marcadamente llegando a los menores registros en el año 1999. Estas fluctuaciones en los niveles de mortalidad, sin mediar situaciones sanitarias o epidemiológicas particulares, como se dijo anteriormente, hacen dudar seriamente acerca de la confiabilidad de la información sobre defunciones en esta provincia, especialmente la tasa de la década de 1980.

Si bien en líneas generales, se puede observar una disminución constante de la mortalidad, no queda muy clara la evolución que tendrán las tasas hacia el futuro, especialmente en Chaco y Formosa donde los niveles descendieron notablemente, pero presentando en los últimos años tendencia al aumento.

### **Distribución espacial de la mortalidad infantil**

Entre el conjunto de factores que desencadenan la muerte, los componentes genéticos tienen gran importancia, pero además existen otros determinantes derivados de las condiciones materiales y sociales de la vida familiar.

Como fue analizado en el capítulo anterior, existen en la región en estudio grandes desigualdades desde el punto de vista de las condiciones ambientales, de la distribución de los servicios esenciales, la calidad de la vivienda, etc. En consecuencia, es de esperar, de acuerdo con la ya conocida relación con las condiciones socioeconómicas, que la distribución de la mortalidad infantil siga un modelo espacial concordante con el de dichas características, descritas en el capítulo 2.

Para este análisis los índices corresponden al promedio trianual 2000-02 y fueron calculados a nivel de departamentos tanto en las provincias argentinas como en Paraguay (mapa 13).

El hecho de utilizar como unidades de análisis los departamentos en Paraguay, obedece a la imposibilidad de hacerlo a nivel de distrito por contar éstos con un número reducido de población y, en muchos casos, no registran defunciones en los años analizados.

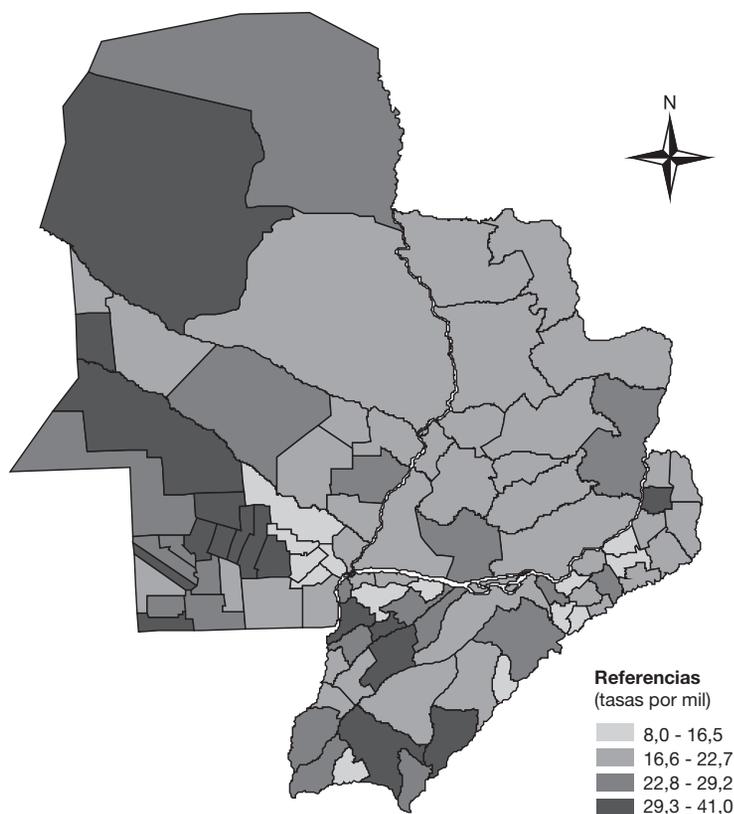
Es fácilmente perceptible, al igual que en el caso de las condiciones socioeconómicas, el modelo espacial resultante en las provincias de Chaco y Formosa. Los mejores niveles se observan al este y sudeste donde se localizan los índices inferiores al promedio provincial, en tanto la situación se agrava considerablemente hacia el oeste y noroeste de la planicie, con tasas que superan en más de 10 puntos a las tasas provinciales y en algunos casos duplican los valores de los departamentos orientales.

---

83 Se utilizaron las tasas publicadas por el INDEC (INDEC, 1993, 1998 y 2001).

### Mapa 13

#### Tasas de mortalidad infantil. Año 2001



Fuente: Estadísticas vitales 2000 - 2002. Elaboración propia

También en la provincia de Corrientes, se puede observar una concordancia entre el patrón espacial de las condiciones socioeconómicas analizadas anteriormente y el patrón de la mortalidad. Las condiciones más críticas se localizan en los departamentos correspondientes a la cuenca iberana y de los esteros y lomas del triángulo noroeste de la provincia, como así también en el sur de la provincia.

Misiones, por su parte, presenta una distribución muy heterogénea, en la cual no se reconoce un patrón espacial determinado.

En términos generales, se puede señalar que en el territorio argentino, la frontera presenta las mejores condiciones en cuanto a la mortalidad de menores de un año.

Con respecto a Paraguay, es importante aclarar que la representación cartográfica se realizó a partir de las defunciones registradas, por no contarse con estimaciones a nivel departamental. Si se tiene en cuenta el importante subregistro

mencionado, y bajo el supuesto que sus valores son iguales para todos los departamentos, el patrón espacial se mantendría, no así el nivel de mortalidad que aumentaría considerablemente.

Las situaciones más críticas se registran en los departamentos Misiones, Alto Paraná y especialmente en los localizados en el noroeste, como ser Boquerón y Alto Paraguay, con tasas superiores al promedio nacional.

### **Divisiones de la mortalidad infantil: neonatal y postneonatal**

La mortalidad entre menores de un año, según las diferentes causas que provocan la muerte, es dividida tradicionalmente para su mejor estudio en mortalidad neonatal<sup>84</sup> y mortalidad postneonatal<sup>85</sup>; la primera asociada principalmente a causas endógenas<sup>86</sup>, y la segunda a factores exógenos<sup>87</sup>.

Los niveles de mortalidad posteriores al primer mes de vida, así como la mortalidad en la niñez, por asociarse fuertemente a factores exógenos, son considerados indicadores adecuados de las condiciones de salud de la población (García y Primante, 1990).

En cuanto a la distribución espacial de la mortalidad neonatal, el patrón resultante concuerda con el descrito en la mortalidad infantil. Las áreas más críticas se encuentran en términos generales en el oeste de la provincia de Chaco y Formosa, en los territorios de Misiones sobre el Uruguay y con caracteres espaciales diversos en Corrientes (mapa 14). En el Paraguay los mayores niveles se localizan en los departamentos periféricos del sur y sureste del país, o sea, en los departamentos limítrofes; si bien no alcanzan los valores extremos registrados en las jurisdicciones argentinas. Por lo anterior, y a diferencia del lado argentino, nuevamente la frontera muestra situaciones de mayor desventaja.

Es importante retener este modelo espacial para retomarlo luego al analizar la disponibilidad del equipamiento sanitario existente. Se sabe que las causas que originan las muertes en el primer mes de vida dependen principalmente del buen control del embarazo, de una buena atención en el parto, del estado de salud y nutrición de la madre, etc., siendo de mucha importancia la atención sanitaria de la población.

---

84 Mortalidad neonatal: defunciones ocurridas entre el nacimiento y los veintiocho días de vida.

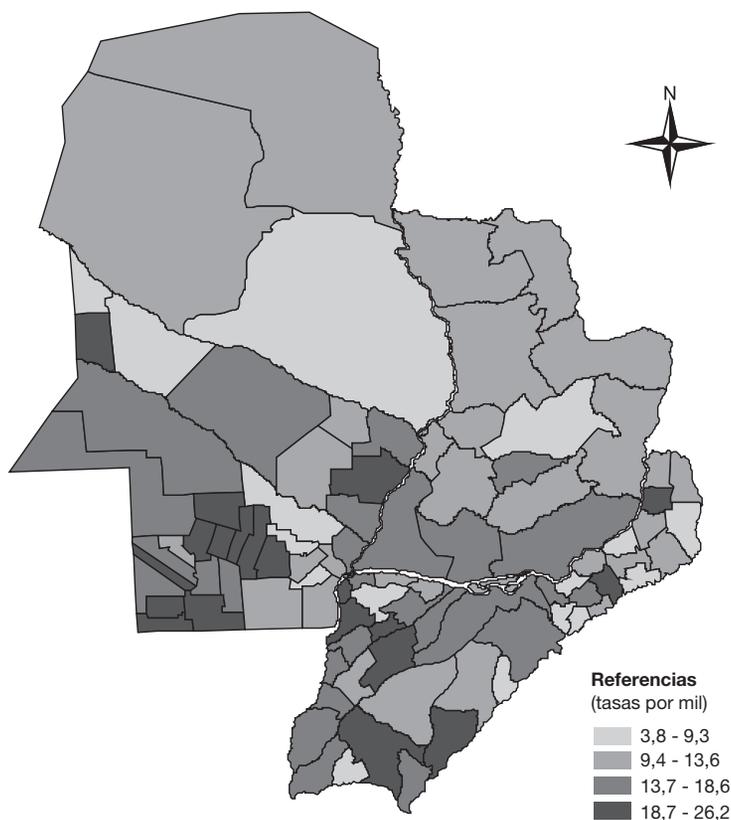
85 Mortalidad postneonatal: defunciones ocurridas entre los veintiocho días y el año de vida.

86 Las causas endógenas provienen de la constitución genética del individuo, de las malformaciones congénitas o traumatismos provocados por el nacimiento.

87 Las causas exógenas corresponden a circunstancias o factores externos al individuo.

Mapa 14

Tasas de mortalidad neonatal. Año 2001



Fuente: Estadísticas vitales 2000 - 2002. Elaboración propia

No es necesario insistir en el conocido hecho de que en la mortalidad neonatal las posibilidades de evitar las defunciones son menores debido a las características mayoritariamente endógenas de las causas que las provocan, en tanto que en la mortalidad postneonatal las causas están íntimamente ligadas a factores socioeconómicos y ambientales ampliamente reducibles con mejores condiciones de calidad de vida.

Consecuentemente, es de esperar una estrecha coincidencia entre el modelo espacial de las condiciones socioeconómicas analizadas en el capítulo 2 y la distribución de la mortalidad postneonatal.

En las provincias argentinas de Chaco, Formosa y Misiones el patrón espacial es igual al descripto para la mortalidad infantil y neonatal. En Corrientes se observa una situación más acorde con la distribución de las condiciones de vida, sobresaliendo negativamente los departamentos centro-oeste como Berón de Astrada, General Paz, Concepción Mburucuyá y Saladas y como así también

Sauce en el sur y San Martín en el este provincial, que presentan condiciones de vivienda más deterioradas.

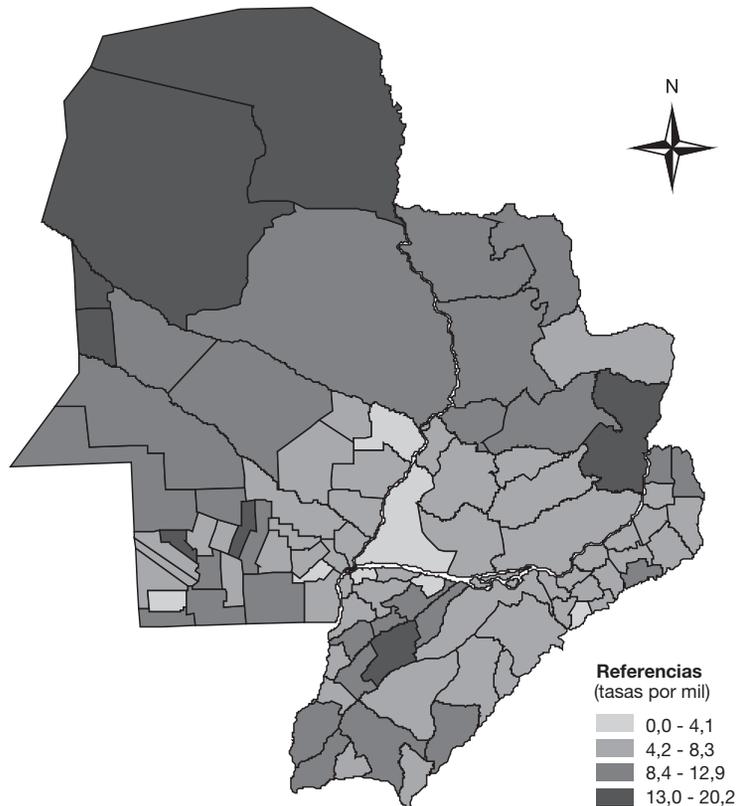
En Paraguay los niveles más elevados de mortalidad postneonatal se registran en los departamentos del Chaco Paraguayo y del noreste del país en coincidencia casi total con el patrón espacial de las condiciones vivienda y servicio sanitario analizado anteriormente.

Cabe destacar la situación del departamento Presidente Hayes oportunamente señalada al analizar la mortalidad infantil y neonatal; en este caso vemos cómo influyen las condiciones de vida en la mortalidad postneonatal, porque si bien no presentaba niveles críticos al analizar los otros dos índices de mortalidad, ahora la situación se revierte totalmente.

En definitiva, los niveles de mortalidad postneonatal son similares en ambos lados de la frontera (mapa 15). En relación con la neonatal y la infantil total, hay que destacar las buenas condiciones del sector paranaense misionero; todo ello tamizado por el uso de los datos registrados en Paraguay y no los estimados.

**Mapa 15**

**Tasas de mortalidad postneonatal. Año 2001**



Fuente: Estadísticas vitales 2000 - 2002. Elaboración propia

## Principales causas de la mortalidad infantil

Para poder llegar a comprender mejor el comportamiento de la mortalidad es necesario profundizar en las principales causas de fallecimiento. “En 1967, la XX Asamblea de la Salud definió las causas de defunción, a ser registradas en el certificado médico, como todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones” (OPS, 1997:29).

La mortalidad infantil, y su análisis por grandes grupos de causas, sigue siendo uno de los indicadores más comúnmente empleados para los análisis de situación de salud. La mortalidad infantil, fundamentalmente por razones estratégicas y políticas, se utiliza en muchos países como indicador del estado de salud de la población. El elemento que define adicionalmente su importancia es el impacto que tiene en la esperanza de vida al nacer (OPS, 2001).

Para este estudio se agruparon las defunciones de acuerdo a la clasificación utilizada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. La misma fue elaborada en base a las necesidades y requerimientos de dicho organismo<sup>88</sup> y si bien se basa en la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)<sup>89</sup>, presenta algunas diferencias en relación a los capítulos establecidos por la CIE-10<sup>90</sup>, que es utilizada por Argentina.

Como se puede observar en el gráfico, las causas clasificadas como lesiones debidas al parto y prematuridad, que integran el grupo de las afecciones originadas en el período perinatal, son los principales motivos que desencadenan la muerte en los infantes, seguidos por las malformaciones congénitas.

Estas causas son fundamentalmente de origen endógeno e inciden principalmente en el período neonatal. Si bien las malformaciones congénitas corresponden a las causas difícilmente reducibles, las afecciones originadas en el período perinatal, se relacionan estrechamente con las condiciones de educación, salud y nutrición de las mujeres, la edad materna, los intervalos intergenésicos, el número de hijos, la salud sexual y reproductiva de varones y mujeres, los cuidados prenatales tempranos, oportunos y de calidad, la atención calificada del parto y del recién nacido, la detección y atención temprana de problemas neonatales, y muy especialmente, con el acceso geográfico, cultural y económico a servicios de salud que cuenten con las condiciones obstétricas y perinatales esenciales.

---

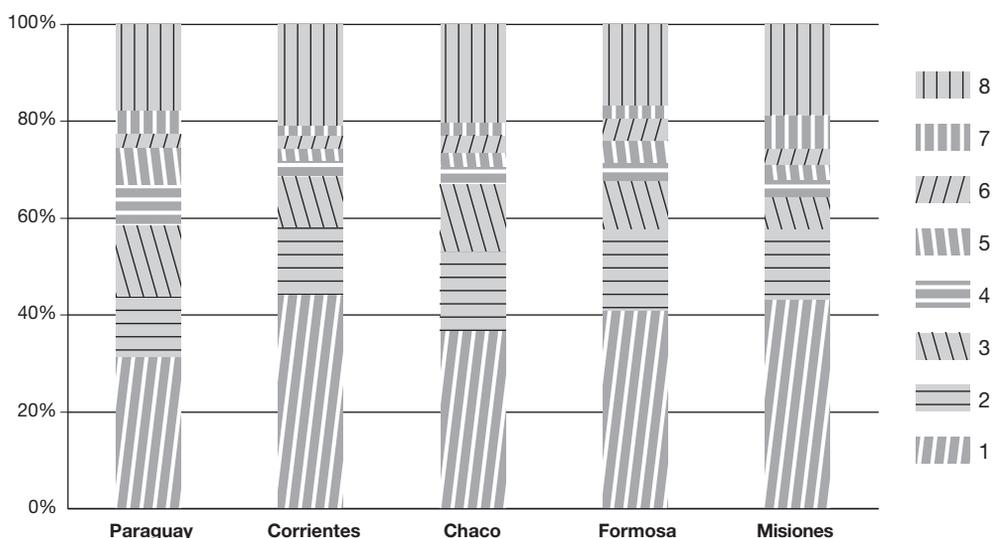
88 “Tanto como lo señaló William Farr (1856), “una clasificación es un método de generalización. Por lo tanto, diferentes clasificaciones pueden utilizarse con ventaja, según el usuario. Así, el médico, el patólogo o el jurista, cada uno con su punto de vista, puede legítimamente clasificar las enfermedades y las causas de defunción de una manera que, a juicio suyo, facilite sus investigaciones y permita obtener resultados generales” (citado por OPS, 1997:11-12)

89 La CIE-10 está estructurada en 21 *Capítulos*, los cuales se desglosan en 261 *grupos*, que contienen un total de 2036 *categorías*. Además, la CIE-10 ofrece cuatro listas especiales (cortas o abreviadas) para la tabulación de mortalidad y una para morbilidad.

90 Entre las principales diferencias se pueden destacar: a) Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 - P99) en la clasificación adoptada se subdivide en Lesiones debidas al parto (P01-P03; P10-P15; P20-P28) y prematuridad (P05; P07); y en Infecciones del recién nacido (P35-P39; A40-A41).

**Gráfico 10**

**Estructura de las causas de mortalidad infantil. 2001**



1. Lesiones debidas al parto (P01-P03; P10-P15; P20-P28) y prematuridad (P05; P07)
2. Malformaciones congénitas (Q00-Q99)
3. Infecciones del recién nacido (P35-P39 ; A40-A41)
4. Neumonía e Influenza (J10.0; J11.0; J12-J16; J18)
5. Diarrea (A02-A09)
6. Enfermedades Nutricionales. Anemias (D50-D64; E40-E46; E50-E64)
7. Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio no clasificados en otra parte (R00-R99).
8. Resto

Fuente: Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay.  
 Dirección de estadística e información de salud. Ministerio de Salud. Argentina

La experiencia obtenida en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo sugiere que podría reducirse la mortalidad neonatal y también la mortalidad infantil en un 30 a 40% en pocos años, aplicando ciertas medidas simples y lógicas, como ser el control prenatal con programas de captación que permitan una cobertura casi universal. También implica emplear los conocimientos actuales, garantizando una correcta reanimación y un ambiente térmico adecuado para el recién nacido, estimulando la lactancia materna y reduciendo los riesgos de infección haciendo del lavado de manos una práctica rutinaria (Mendieta, Battaglia y Villalba, 2001).

Hay que destacar, no tanto por el porcentaje que representan sino por la significación social que poseen, causas tales como infecciones del recién nacido, en las que sobresalen fundamentalmente las septicemias<sup>91</sup> del recién nacido, la diarrea, la neumonía e influenza y la desnutrición, que representan más del 35% de las defunciones infantiles en el Paraguay y entre el 23% y 26% en las provincias argentinas. La incidencia de estas causas será analizada a continuación.

Es importante señalar que existen estudios que demuestran que el 56% de las muertes ocurridas entre los niños menores de cinco años de edad en el mundo en desarrollo se deben a los efectos subyacentes de la desnutrición sobre la enfermedad, pero los métodos convencionales de clasificación de muertes por causa enmascaran esta situación, ya que según esta clasificación, solamente un cinco por ciento de las muertes de niños ocurre por desnutrición<sup>92</sup> (Sanghvi y Murray, 1997).

Si bien estas causas están íntimamente relacionadas con los factores socio-económicos y ambientales desfavorables que rodean al niño, como ser hacinamiento, falta de agua potable, analfabetismo, subescolarización y bajo ingreso familiar, que se agudizan con el desempleo y repercuten sobre la alimentación principalmente en los niños más pequeños, “sin duda es también muy importante la mala calidad de la atención de los servicios en acciones preventivas y curativas para la infancia, lo que provoca, entre otras cosas, problemas en la accesibilidad a los servicios y la falta de seguimiento longitudinal de los pacientes en riesgo” (Speranza et al, 2005).

### **Distribución espacial de las tasas de mortalidad infantil por causas**

Como fue expresado anteriormente, al analizar la mortalidad infantil resulta imprescindible analizar las causas que determinan las defunciones a efectos de brindar una herramienta que permita, de alguna manera, reducir los niveles registrados.

La distribución de las tasas de mortalidad infantil por jurisdicciones, de los principales grupos de causas, muestra distintos patrones, relacionados, fundamentalmente, a los factores que influyen en cada uno de ellos; por tal motivo y dado el vínculo que existe entre la mortalidad infantil y las condiciones de vida de la población, se seleccionaron para la representación espacial, las causas directamente relacionadas con el entorno que rodea al niño, como ser neumonía e influenza, diarrea y enfermedades nutricionales y anemia.

---

**91** La sepsis es el término que se utiliza para describir una infección grave presente en la sangre y que se disemina por todo el cuerpo. En los recién nacidos, también se la denomina sepsis neonatal o septicemia neonatal. Los bebés pueden contraer infecciones durante el embarazo, a través del contacto con el tracto genital de la madre durante el trabajo de parto y en el parto o después del nacimiento, por el contacto con los demás.

**92** La OMS calcula que la mitad de todas las muertes de niños que ocurrieron en los países en desarrollo durante 1995 se debieron a problemas relacionados con la desnutrición (UNICEF, 1998).

La neumonía<sup>93</sup> y la influenza<sup>94</sup> forman parte de las llamadas Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Si bien estas patologías son comunes, se pueden agravar por la contaminación intradomiciliaria, producida por los diferentes tipos de calefacción (especialmente leña o carbón); el hacinamiento, que facilita el contacto con personas enfermas o infectadas; la humedad, las filtraciones, goteras, secado de ropa al interior de las viviendas o vapores de cocinas mal ventiladas contribuyen a mantener la humedad dentro de las habitaciones, aumentando el riesgo de enfriamiento, provocando cambios bruscos de temperatura al salir al exterior y la contaminación ambiental, que afecta principalmente a lactantes y niños pequeños. Por lo tanto, su relación con las condiciones de las viviendas es muy importante especialmente para los más pequeños.

La distribución espacial de las tasas de mortalidad infantil por neumonía e influenza permiten comprobar la íntima relación existente entre estas causas y las condiciones de vida analizadas en el capítulo correspondiente, especialmente en lo referido a las condiciones de la vivienda.

En primer término, y en concordancia con los niveles socioeconómicos detectados, se puede observar que los departamentos paraguayos presentan tasas superiores a las registradas en las provincias argentinas, a excepción de jurisdicciones muy puntuales como Asunción y Ñeembucú con los niveles más bajos, lo que no hace más que corroborar lo expuesto anteriormente.

Como era de esperar, en Paraguay las áreas más críticas se localizan en la región occidental especialmente en los departamentos Boquerón y Alto Paraguay.

Por su parte, en las provincias argentinas, los mayores niveles, en general, se registran en los departamentos con condiciones socioeconómicas más deficitarias y con mayores porcentajes de población rural, como el oeste de Formosa, especialmente Bermejo y Maticos con tasas muy similares a las registradas en los departamentos paraguayos antes mencionados; también en los departamentos Sauce, General Paz y Concepción de la provincia de Corrientes y Quitilipi, 25 de mayo y Presidencia de la Plaza del Chaco.

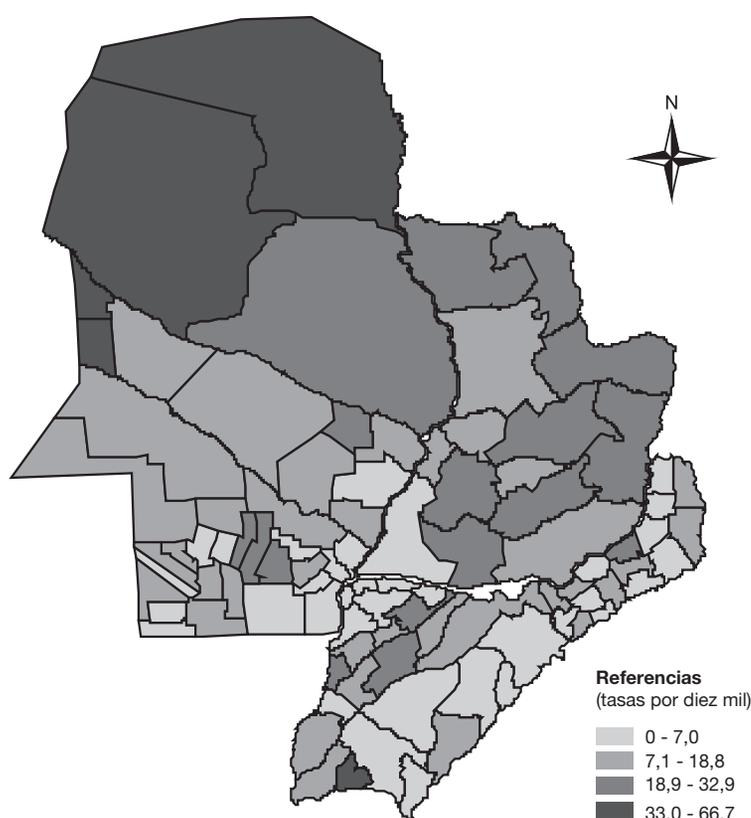
**93** La neumonía es una enfermedad de origen viral o bacteriano, provoca una inflamación aguda del parénquima pulmonar. Sus síntomas más comunes son tos, fiebre y dificultad respiratoria, pudiendo presentarse dolor abdominal, puntada en el costado, vómitos, calofríos y expectoración. En el lactante se aprecia compromiso del estado general, rechazo al alimento, quejido, hundimiento debajo de las costillas y aleteo nasal. Por sus múltiples complicaciones y riesgos es indispensable acudir al médico y en el caso de niños menores de 3 años, hospitalizar. Una secuela importante de la neumonía son las bronquiectasias, es decir, zonas de los bronquios que quedan dañadas, aumentando la posibilidad de infecciones a repetición. (<http://epi.minsal.cl/epi/html/enfer/invierno2003.htm>)

**94** La influenza es causada por el virus de la influenza; estos patógenos pertenecen a la familia Orthomixoviridae y se clasifican en tres géneros o tipos: A, B y C, según sean las diferencias inmunológicas de las nucleoproteínas. Aunque sin exámenes de laboratorio es difícil distinguir la Influenza de otras Infecciones Respiratorias Agudas, en términos generales se puede señalar que la influenza es una enfermedad "seca" y de comienzo brusco, es decir sin romadizo, con fiebre alta, calofríos, tos seca, dolor de cabeza y dolores musculares. Aunque frecuentemente la enfermedad es de carácter leve, tiene una alta capacidad de propagación, es decir, es muy contagiosa y puede producir complicaciones graves o incluso ser mortal. Las complicaciones se presentan con mayor frecuencia en ancianos y en niños pequeños. (Kuri-Morales et al., 2006)

Además, cabe resaltar el importante rol que deberían desempeñar los servicios de salud para disminuir los casos fatales ...”las dos estrategias básicas para reducir la mortalidad por estas causas son el diagnóstico y el tratamiento adecuado y oportuno de los casos de infecciones respiratorias agudas a nivel de los servicios de salud, para identificar en forma precoz casos de neumonía, y el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y de las familias para lograr la detección precoz de los signos de gravedad y prestar atención apropiada a los niños en el hogar” (OPS, 1990).

Mapa 16

Tasas de mortalidad infantil por neumonía e influenza. Año 2001



Fuente: Estadísticas vitales 2000 - 2002. Elaboración propia

Por lo tanto es de esperar que el patrón espacial analizado responda no solo a la criticidad socioeconómica, sino, además, a la disponibilidad de servicios de salud, tema que se analizará más adelante.

Otra de las causas de mortalidad analizadas es la diarrea, o *gastroenteritis*, que representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en

casi todos los países en desarrollo. Una de cada cuatro muertes infantiles se debe a la diarrea, que se lleva la vida de al menos 3 millones de niños y bebés cada año. De estas muertes, el 99,6% tienen lugar en los países menos desarrollados, en donde uno de cada diez niños muere por diarrea antes de cumplir cinco años. (OPS, 1995)

Durante las últimas décadas se ha hecho un gran esfuerzo internacional para reducir las altas tasas de mortalidad por diarrea. El *Control de la Enfermedad Diarreica* se ha convertido en una prioridad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es una pieza clave de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil de UNICEF. La estrategia principal ha sido –y sigue siendo– la terapia de rehidratación oral.

En los países y comunidades pobres la mayoría de las diarreas son causadas por agentes infecciosos (virus, bacterias o, con menor frecuencia, parásitos intestinales). Esto es especialmente común y peligroso en los niños pequeños, porque sus cuerpos sin desarrollar suelen carecer de defensas para combatir eficazmente estas infecciones. Los bebés desnutridos o alimentados con biberón tienen mayor riesgo de morir por esta enfermedad<sup>95</sup>.

El control de los factores condicionantes de esta enfermedad está determinado fundamentalmente por la mejora en los niveles de educación, de calidad de vida, de saneamiento ambiental y los servicios básicos. La OMS ha recomendado las siguientes estrategias, que han demostrado ser efectivas, para disminuir la morbilidad por las enfermedades diarreicas: lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses, adecuada alimentación complementaria, mejorar las prácticas de higiene personal y doméstica, con énfasis en el lavado de manos con agua y jabón, higiene en la preparación y almacenamiento de alimentos, disponibilidad de agua limpia y suficiente, disposición higiénica de las excretas (OPS, 1995).

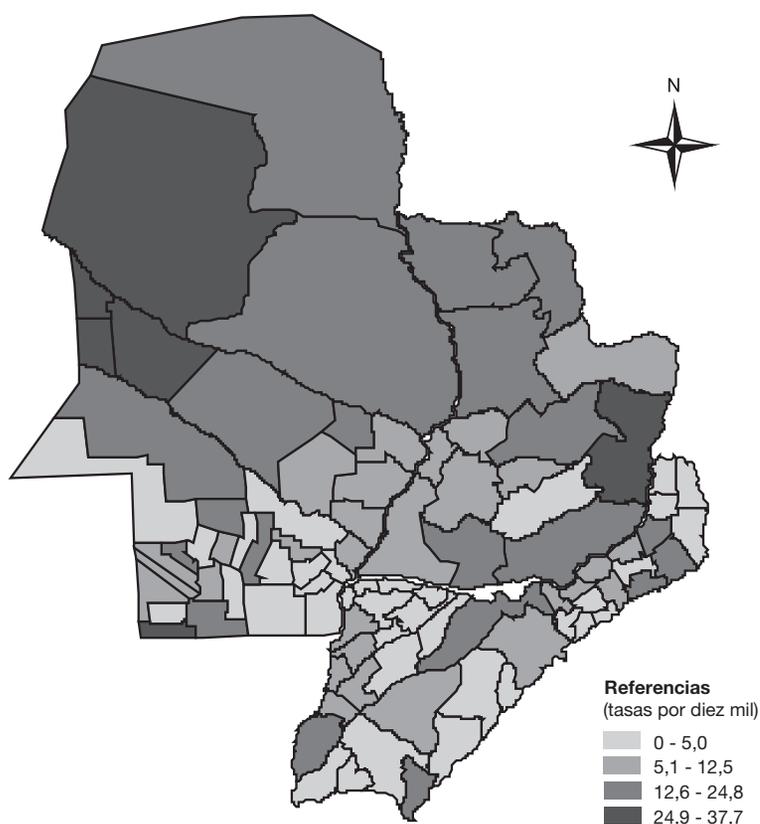
Al observar el mapa que representa las tasas de mortalidad infantil por diarrea, es notable ver como se mantienen los patrones espaciales. Nuevamente las jurisdicciones más críticas corresponden al Chaco paraguayo, en especial al departamento Boquerón, mientras que en la región oriental las mejores condiciones se localizan en Asunción y los departamentos próximos.

---

95 La mayoría de los niños que mueren por diarrea lo hacen porque sale demasiado líquido de sus cuerpos, un proceso llamado *deshidratación*. Un niño que pierda grandes cantidades de líquido por las frecuentes deposiciones acuosas puede deshidratarse muy rápidamente; cuanto más pequeño y más delgado sea el niño más rápidamente se deshidratará y morirá. Un bebé con diarrea grave puede perder su vida en unas horas. (Werner y Sanders, 2000)

### Mapa 17

#### Tasas de mortalidad infantil por diarrea. Año 2001



Fuente: Estadísticas vitales 2000 - 2002. Elaboración propia

En Argentina sobresale negativamente la provincia de Formosa manteniendo el patrón de mayor criticidad de este a oeste. Cabe resaltar que esta provincia es una de las más pobres del país, con los mayores porcentajes de población rural (especialmente en el oeste), los menores porcentajes de población con agua de red y servicio sanitario adecuado, factores directamente relacionados con presencia de esta enfermedad.

Tal como lo expresara el Dr. Fernando Silva “La única «vacuna» contra la diarrea es que encontremos una salida a la pobreza y al subdesarrollo” (Werner y Sanders, 2000).

Otra de las causas de mortalidad analizadas se relaciona con las enfermedades nutricionales. “La desnutrición es un fenómeno directamente relacionado con más de la mitad de los casos de mortalidad infantil que ocurren en el mundo” (UNICEF, 1998:9)

No existe un solo tipo de desnutrición. La desnutrición ocurre de maneras diversas que a menudo se manifiestan combinadas y que se complementan las unas

con la otras, como la malnutrición proteínicoenergética, los trastornos causados por la carencia de yodo y las enfermedades debidas a la carencia de hierro y vitamina A, por ejemplo. Cada tipo de desnutrición es el resultado de una compleja interacción de diversos factores que abarcan aspectos tan dispares como el grado de acceso de las familias a los alimentos, la atención materno-infantil, la educación, el agua potable y el saneamiento ambiental, y los servicios sanitarios básicos (UNICEF, 1998).

Por su parte, existe una importante relación entre la desnutrición y las causas antes analizadas. UNICEF, en el *Estado Mundial de la Infancia de 1992*, manifiesta de forma categórica que “la desnutrición infantil está causada más por la frecuencia de las infecciones que por la escasez de alimentos” (UNICEF,1992:11) y que “las afecciones diarreicas constituyen una de las causas principales –tal vez la causa principal– de desnutrición infantil en el mundo en desarrollo” (UNICEF, 1993:22).

La desnutrición aumenta el riesgo de muerte del niño debido a muchas enfermedades, principalmente el sarampión, la neumonía y la diarrea. Los programas destinados a impedir la o controlarla, pueden reducir la mortalidad por varias enfermedades simultáneamente. Los esfuerzos encaminados a promover mejoras nutricionales, incluso modestas, tales como pequeños cambios en el comportamiento alimenticio, tendrán efectos beneficiosos sobre las tasas de mortalidad en el curso del tiempo.

El patrón espacial que se puede observar revela que las áreas más críticas se localizan, en las provincias argentinas, especialmente en el oeste y noroeste de las provincias de Chaco y Formosa y el centro de la provincia de Corrientes; y en los departamentos del oeste paraguayo.

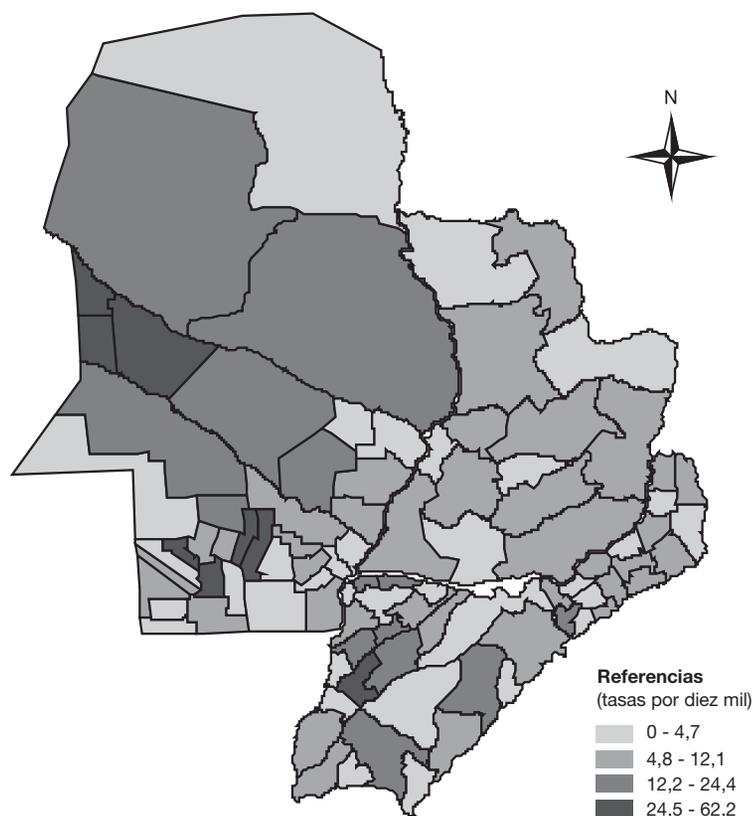
Una vez más es importante resaltar que, muchas veces, esta causa se encuentra enmascarada por otras, como la diarrea o las infecciones respiratorias agudas que constituyen las causas que provocan la defunción al ser agravadas por problemas nutricionales.

En síntesis, la distribución espacial de tasas de mortalidad debidas a causas tales como neumonía e influenza, diarrea y enfermedades nutricionales y anemias no hacen más que confirmar, en líneas generales, la relación entre estas causas y las condiciones de vida descriptas anteriormente.

El estudio de la relación entre las condiciones económicas y la mortalidad es de larga data. Especialmente en América Latina se encuentran importantes estudios que analizan dicha correspondencia (Behm, 1979; Breilh & Granda, 1984; Chackiel, 1984, entre otros). Pero esta relación se encuentra además asociada a la falta de acceso de la población a la información preventiva y a los servicios de salud a causa de barreras geográficas, sociales, económicas y culturales. La falta de conocimiento de los signos de alarma o las medidas de prevención, limitan también la posibilidad de los padres de buscar ayuda oportuna y correcta.

## Mapa 18

### Tasas de mortalidad infantil por enfermedades nutricionales y anemias. Año 2001



Fuente: Estadísticas vitales 2000 - 2002. Elaboración propia

## Mortalidad de niños de 1 a 4 años

Al igual que las tasas de mortalidad infantil las tasas de mortalidad de **niños de 1 a 4 años** también llamada tasa de mortalidad preescolar<sup>96</sup>, constituye también uno de los principales indicadores del nivel de desarrollo económico y social alcanzado por un país.

“La muerte de un niño que pudo haberse evitado es el mayor fracaso de una nación. Una muerte prematura muestra la incapacidad de la sociedad para proteger a sus miembros y genera, de manera permanente, grandes traumatismos familiares y comunitarios, económicos y sociales” (CEPAL, UNICEF y SECIB, 2001:36).

La vida de un niño se inicia en la gestación y desde entonces atraviesa por diferentes etapas claves para el desarrollo de sus capacidades y la generación de

<sup>96</sup> Expresa la relación entre el número de muertes del grupo de 1 a 4 años de edad entre la población del mismo grupo de edad de un determinado año, por 10.000.

oportunidades en el futuro. Una gran proporción de los niños en América Latina enfrenta una situación caracterizada por la baja calidad de vida, escasez de oportunidades, falta de acceso a los servicios básicos y pobreza. Estos niños no sólo verán vulnerados sus derechos fundamentales, sino que además, en la mayoría de los casos, están destinados a repetir el ciclo de la pobreza con las generaciones futuras.

“La satisfacción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes es el mejor y más seguro camino para un crecimiento sin pobreza”,.... Abordar la problemática de la infancia requiere de una estrategia que contemple: “la necesidad de reducir las disparidades entre los países de la región, así como las persistentes desigualdades socioeconómicas, territoriales, étnicas y de género que en mayor o menor medida están presentes en todos ellos” ... “el aumento en forma significativa de los recursos que destinan los gobiernos y la ayuda internacional a la inversión social en la infancia y la adolescencia y mejorar la calidad de las políticas y programas” “...la necesidad de transformar el gasto social en una verdadera inversión, garantizando que los recursos destinados a la inversión social en favor de la infancia y de la adolescencia sean suficientes y oportunos” (CEPAL, UNICEF y SECIB,2001:131-135).

En Iberoamérica mueren anualmente cerca de 500 mil niños y niñas menores de 5 años, de los cuales 130 mil tenían entre 1 y 4 años. Las principales causas de muerte son deshidratación por diarrea, enfermedades respiratorias, desnutrición y accidentes. También son causas importantes algunas enfermedades prevenibles por vacunación, como tos ferina, difteria, tétanos y sarampión<sup>97</sup>. (CEPAL, UNICEF y SECIB,2001:36).

El descenso de estas tasas está condicionado fundamentalmente por el aumento de los niveles de instrucción de las madres, el nivel de urbanización, el acceso a bienes y servicios, precisamente a los servicios de salud y a la calidad de los mismos. La experiencia internacional indica también que hay acciones eficaces, como terapias de rehidratación oral, programas amplios de inmunización, controles periódicos, desarrollo de redes de atención primaria, entre otras que, mantenidas en el tiempo, permiten avances rápidos en esta área, en particular donde la mortalidad en la niñez sea aún elevada.

Después de la etapa de recién nacido y de lactante, el niño de 1 a 4 años es el más susceptible a los cambios desfavorables del medio ambiente; incluso se plantea que cuando las tasas de mortalidad infantil de un país están muy bajas, la mortalidad de los niños de 1-4 años es un mejor indicador del nivel de desarrollo alcanzado por el país y de la relación entre medio ambiente y salud.(OPS. 2002).

---

**97** Las causas de mortalidad de los niños pueden agruparse en tres categorías:

- Muerte por enfermedades prevenibles mediante la vacunación oportuna o que se contraen debido a desnutrición, condiciones de vida inadecuadas, falta de agua potable e inexistencia de sistemas adecuados de disposición de excretas.
- Muerte por enfermedades que podrían tratarse gracias al acceso oportuno a servicios de salud de buena calidad.
- Muerte por violencia, bien sea por acción directa (homicidios) o por negligencia (accidentes).

Según este indicador, Paraguay presenta una tasa de mortalidad de 8,6 por diez mil, dos puntos por encima de la registrada en la Argentina que es de 6,7 por diez mil<sup>98</sup>.

Pero los promedios nacionales tienden a ocultar las grandes disparidades que existen en el interior de cada país. En una primera instancia es importante advertir que las cuatro provincias argentinas limítrofes con el vecino país registran tasas muy superiores a la media nacional, en especial Chaco (12,9 por diez mil) y Formosa (17,5 por diez mil) con tasas que prácticamente duplican y triplican el promedio nacional. Una situación relativamente mejor presentan Corrientes y Misiones con tasas de 8,7 y 8,2 por diez mil respectivamente.

Al analizar la distribución espacial de este indicador, a nivel de departamentos (mapa 19), se puede observar una total concordancia con el patrón espacial que presentan las condiciones socioeconómicas, mayor aún que la observada al analizar la mortalidad infantil.

En las provincias Argentinas los mayores valores se localizan en el oeste y noroeste de Chaco y Formosa, con tasas que superan ampliamente los promedios nacionales e incluso provinciales, tal es el caso extremo de los departamentos Bermejo (45,8 por diez mil), Ramón Lista (55,8 por diez mil) y Maticos (78,5 por diez mil).

En general, en estas provincias, se puede apreciar que los niveles de mortalidad aumentan considerablemente de este a oeste y noroeste, siguiendo el patrón espacial de las condiciones de vida referido anteriormente. En las provincias de Corrientes y Misiones los departamentos no presentan valores tan elevados como en las anteriores, pero se puede distinguir que las condiciones más críticas se localizan en el centro de la provincia de Corrientes en correspondencia con la cuenca iberaza, que posee las características más críticas en relación a las condiciones de vida y los menores niveles de urbanización.

En Paraguay existe una clara diferencia entre la región oriental y occidental. Los distritos del oeste paraguayo presentan tasas muy superiores a los del este, similares a las registradas en los departamentos formoseños limítrofes.

En lo que respecta a la frontera, es importante destacar las altas tasas que presentan las jurisdicciones a ambos lados de la frontera del río Pilcomayo; este sector fronterizo se caracteriza por poseer las condiciones de vida más desfavorables, los niveles más bajos de urbanización<sup>99</sup> y un alto porcentaje de población aborigen, variables íntimamente relacionadas con altas tasas de mortalidad.

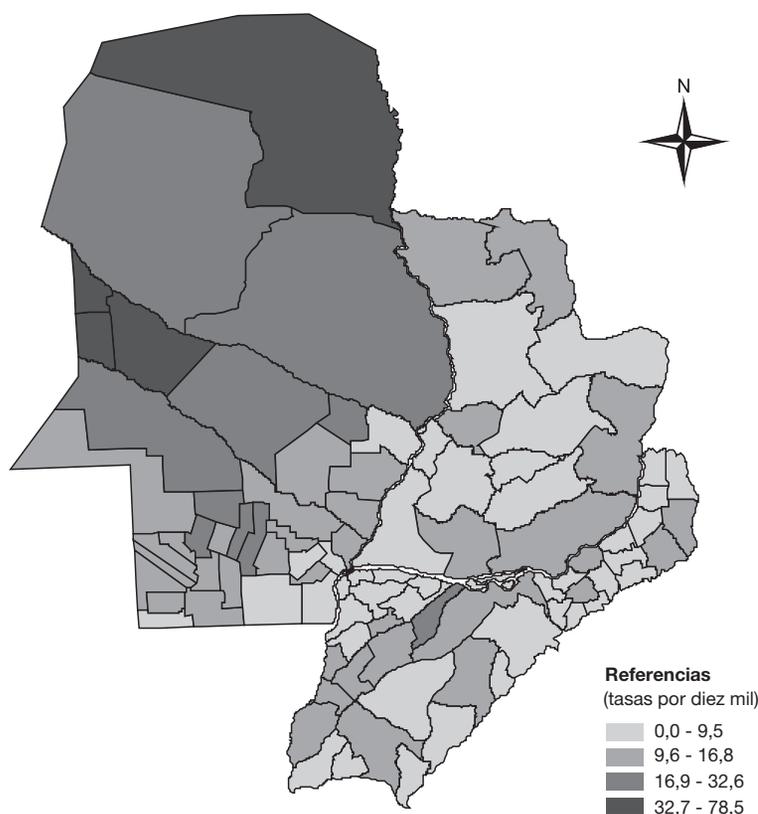
---

**98** Las tasas de mortalidad corresponden al promedio trianual centrado en los años que se realizaron los censos nacionales de población, 2002 en el caso de Paraguay y 2001 en Argentina.

**99** Una encuesta realizada por el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo) y el MINSA (Ministerio de Salud) de Nicaragua determinó que la mortalidad entre los menores de cinco años residentes en la zona rural es 32 por ciento mayor que la de aquellos que viven en el área urbana (64 por mil versus 49 por mil respectivamente). El mayor peso en esa diferencia lo tiene la mortalidad de los niños de 1 a 4 con 52 por ciento (14 versus 9 por mil respectivamente). (INEC y MINSA, 1999)

Mapa 19

## Tasas de mortalidad de niños de 1 a 4 años



Fuente: Estadísticas vitales 2000 - 2002 (Argentina) y 2001 - 2003 (Paraguay). Elaboración propia

En la frontera sobre el río Paraguay, la presencia de Asunción y el departamento Central, caracterizado por altos niveles de urbanización y mejores condiciones de vida, permite observar menores tasas de mortalidad de niños de 1 a 4 años especialmente, del lado paraguayo, como así también en el sector correspondiente a la frontera sobre el río Paraná, a la altura de la provincia de Corrientes en Argentina y el departamento Ñeembucú en Paraguay.

En el sector fronterizo correspondiente al Alto Paraná, nuevamente siguiendo el patrón espacial de las condiciones de vida, los mayores índices se registran en los departamentos paraguayos de Misiones, Itapúa y Alto Paraná mientras que en la mayoría de los departamentos de la provincia argentina de Misiones los valores son inferiores a 8 por diez mil.

En definitiva, se puede concluir que existe una fuerte asociación entre las condiciones de vida, los niveles de urbanización y la mortalidad de niños de 1 a 4 años. De lo anterior se desprende que los niveles de mortalidad en la frontera

están determinados fundamentalmente por la presencia de estas características y no por la condición fronteriza.

Esta última afirmación explica de alguna manera la situación en la frontera sobre el río Pilcomayo, un territorio con condiciones de vida críticas a ambos lados del límite, que presenta también condiciones de salud deficitarias –evidenciadas, en este caso, por las tasas de mortalidad– más allá de la nación a la que pertenece.

## **Mortalidad materna**

Otro indicador, altamente demostrativo de las condiciones socioeconómicas de la población y de las políticas en salud, es la tasa de mortalidad materna.

La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define la defunción materna como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (OPS, 1995:135). Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos: las defunciones obstétricas directas<sup>100</sup> y las defunciones obstétricas indirectas<sup>101</sup> y se evalúa mediante la tasa de mortalidad materna, que expresa el número de defunciones maternas por diez mil nacidos vivos.

La prevención de las defunciones maternas se ha convertido actualmente en una prioridad internacional. Por ello, en los últimos años, el tema ha sido objeto de mayor atención y se le ha asignado máxima prioridad, especialmente después de 1987, cuando se emprendió en Nairobi (Kenya) la Iniciativa para la Maternidad sin Riesgo. La exhortación a reducir la mortalidad materna tuvo eco en todas las conferencias internacionales celebradas durante el decenio de 1990 y es un componente fundamental de la Alianza para la Maternidad sin Riesgo y la Salud del Recién Nacido, establecida en 2004. (UNFPA 2004)

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) reconocen que la maternidad sin riesgo es un componente esencial del desarrollo. En esos marcos, se exhorta a lograr antes de 2015 una reducción del 75% respecto de los índices de mortalidad materna registrados en 1990 y también a lograr antes de 2015 que un 90% del total

---

**100** “Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto o puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas” (OPS, 1995:136)

**101** Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo” (OPS, 1995:136)

de partos reciba atención por personal calificado. También reconocen la carga que imponen la muerte y la discapacidad a las poblaciones pobres. (UNFPA 2004)

Según estimaciones recientes, en el 2000 unas 529.000 mujeres en el mundo perdieron la vida a causa de complicaciones del parto y el embarazo. El 95% de éstas defunciones se registraron en África y Asia, un 4% de todas las defunciones maternas (22.000) ocurrieron en la región de América Latina y el Caribe, y menos de 1% (2.500) en las regiones más desarrolladas del mundo. (OMS, 2004).

En América Latina y el Caribe, la razón de mortalidad materna es 8,7 por cada diez mil nacidos vivos. En Bolivia, uno de los países más pobres en la región, esta razón alcanza 23,0 por diez mil (OPS, 2004).

**Cuadro 3****Tasas de Mortalidad Materna. Argentina y Paraguay (por diez mil nacidos vivos)**

Año	Paraguay	Argentina
2000	16.4	3.5
2001	16.0	4.3
2002	18.2	4.6
2003	17.4	4.4

Fuente: Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay. Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud. Argentina

Al analizar las tasas de mortalidad materna es importante hacer una primera aproximación analizando los niveles que éstas alcanzan en los territorios nacionales. Como se puede observar en el cuadro N° 3 existe una gran diferencia: la tasa de mortalidad materna de Paraguay triplica a la tasa registrada en Argentina.

Pero esta situación difiere al analizar las tasas registradas en las provincias del NEA. Si bien las cuatro jurisdicciones argentinas poseen niveles de mortalidad materna superior a la media nacional, la situación más extrema la registra a provincia de Formosa, con valores muy similares a las del vecino país, y siendo Misiones la que presenta los registros más bajos.

**Cuadro 4****Tasas de Mortalidad Materna por provincia (por diez mil nacidos vivos)**

Año	Chaco	Corrientes	Formosa	Misiones
2000	7.7	5.7	17.7	5.5
2001	15.9	5.4	13.9	5.3
2002	7.8	7.2	16.6	4.6
2003	8.1	7.5	13.5	6.2

Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud. Argentina

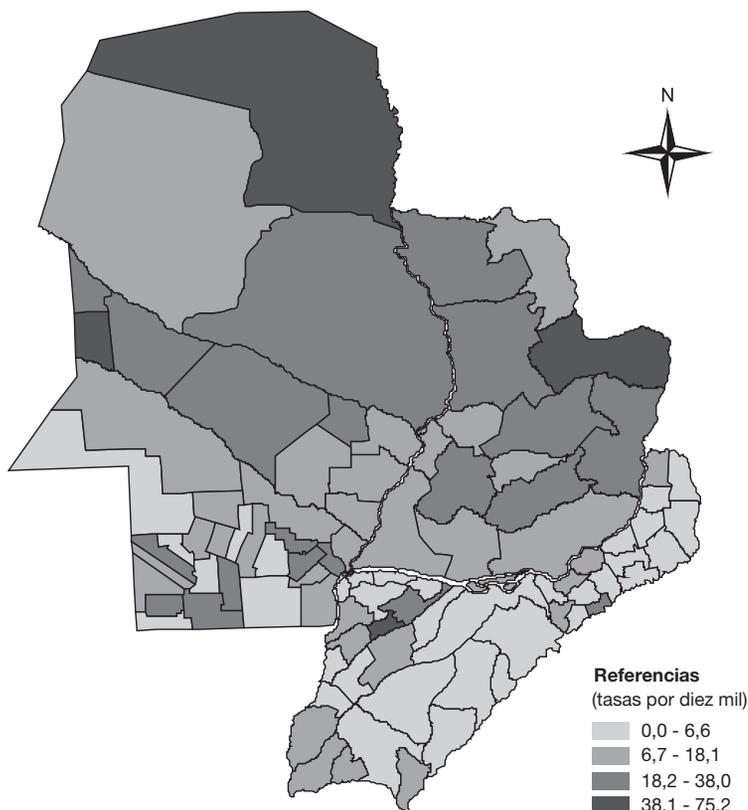
La distribución espacial a nivel de departamentos (mapa 20) muestra claramente la situación crítica de la provincia de Formosa, que se agrava en el oeste provincial, en especial en los departamentos Bermejo, Pilagás, Ramón Lista y Maticos con tasas de 32,9; 36,3; 38,0 y 47,7 por diez mil nacidos vivos respectivamente.

En la provincia de Corrientes, nuevamente los mayores registros se localizan en los departamentos correspondientes a la cuenca iberana, en el centro de la provincia y en los departamentos del suroeste. En el Chaco no se puede observar una correlación entre las tasas de mortalidad materna y el patrón espacial de las condiciones de vida analizadas oportunamente, pero los mayores registros se localizan en los departamentos Sargento Cabral (25,1), 9 de julio (25,9), San Lorenzo (27,7) y 1 de mayo (33,0).

En la provincia de Misiones, si bien la mayoría de los departamentos registran bajas tasas, los mayores niveles se distinguen en los departamentos Apóstoles, Candelaria, Iguazú y San Ignacio con tasas próximas a 10 defunciones maternas por diez mil nacidos vivos y en el departamento San Javier con una tasa de 20 defunciones maternas por diez mil nacidos vivos.

Mapa 20

Tasas de mortalidad materna. Año 2001



Fuente: Estadísticas vitales 2000 - 2002. Elaboración propia

Los departamentos paraguayos, por su parte, presentan tasas muy similares a las observadas en las jurisdicciones formoseñas, los mayores valores se registran en los departamentos Concepción (29,9), San Pedro (31,2) Caazapá (28,0) y Canindeyú (39,1) y Presidente Hayes (33,2)

Si se tienen en cuenta sólo a los sectores fronterizos, se puede concluir que los mayores registros, al igual que los indicadores antes analizados, se localizan en la frontera sobre el río Pilcomayo, sin que se observen diferencias entre ambas márgenes, distinción que tampoco se puede advertir en la frontera sobre el río Paraguay. Por otra parte, el sector fronterizo correspondiente al río Paraná presenta, a lo largo de toda la frontera, una situación más crítica en la ribera paraguaya.

El patrón espacial observado pone de manifiesto que las tasas registradas en la frontera distan mucho de su condición como tal.

Las defunciones maternas tienen múltiples factores, influyen en ellas aspectos culturales, sociales, geográficos, económicos y de atención médica que, asociadas a las condiciones de las madres, los médicos y las instituciones sanitarias, pueden determinar la muerte, siendo las principales causas: preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica y procesos infecciosos obstétricos y no obstétricos.



## Capítulo 5

# Condiciones de salud

*La salud es la primera de todas las libertades*

*Henri Frédéric Amiel*

Hablar de salud es referirse no solamente a la ausencia de una enfermedad, sino al efecto de múltiples procesos que condicionan un determinado grado de desarrollo y bienestar<sup>102</sup>. La salud, tanto en su concepción individual como colectiva, es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales, económicos y sociales que se dan en una comunidad.

En las últimas décadas, la comunidad científica internacional, particularmente quienes realizan estudios y abordan problemáticas de salud pública, han dedicado numerosos foros y medios de comunicación a destacar la necesidad de identificar y atender las desigualdades que existen en las condiciones de salud de la población en el mundo.

Las investigaciones y publicaciones especializadas han reflejado, a través de múltiples estudios, evidencias que señalan que las diferencias, en cuanto al estado de salud, que existen en diversas comunidades humanas del mundo dependen fundamentalmente de las características demográficas y de los factores del ambiente físico y social. (Evans et al.1996) En ese sentido, se atribuye un gran peso a la influencia de los factores sociales, especialmente las condiciones de vida, entendidas éstas como las condiciones objetivas en las que los hombres reproducen su existencia, social e individual. (Batista Moliner et. al. 2001)

Las referencias en cuanto a la relación entre salud y condiciones de vida, datan de la antigüedad, Hipócrates 460-370 AC y Galeno en el siglo II ya plantearon la influencia de las condiciones de vida y trabajo sobre la salud de la población. (Louro Bernal, 2003)

En el siglo XIX, Engels, afirmó que las malas condiciones de vida del proletariado inglés en las ciudades industriales se reflejaba en su salud. Para Engels, (1981) la desigual distribución de las enfermedades tenía sus raíces en la forma en que se organizaba el proceso de producción, pues éste resultaba en una secuela de enfermedades ocupacionales y ambientales que condenaban a las clases trabajadoras de la ciudad de Manchester a una muerte prematura.

De esta época data también una importante obra del conocido médico inglés William Farr, quien publicó, en 1885, un valioso tratado de estadísticas vitales que confirmaba los planteamientos de Engels, al establecer que las personas con diferentes condiciones de vida (saneamiento, abastecimiento de agua, situación económica, etc.) tenían distintos perfiles de mortalidad. (Batista Moliner et. al., 2001)

En la actualidad, ante la preocupación por determinar cuáles son, efectivamente, los determinantes sociales que afectan a la salud y a la enfermedad, la OMS, ha creado la “Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud”<sup>103</sup> (marzo del 2005), con “el propósito de generar recomendaciones basadas en la

---

**102** Desde una perspectiva cultural parece no ser posible poder separar los conceptos de salud, equidad y desarrollo, los tres se relacionan y se complementan”. (Ibacache Burgos en URL: <http://www.xs4all.nl/~rehue/art/iba1.html>.

**103** En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, el Director General de la OMS, Dr. LEE Jong-Wook, pidió que se estableciera la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre determinantes sociales que mejoren la salud y reduzcan las desigualdades sanitarias” (OPS, 2005)

“Estas desigualdades surgen debido a las diferencias injustas con respecto a las oportunidades que tienen las personas de lograr un desarrollo social y personal total, debido a las condiciones en las cuales viven y trabajan, basadas en las causas estructurales y sociopolíticas que subyacen a estas condiciones, es decir, las causas de las causas. La Comisión señala que a menos que se aborden estos determinantes fundamentales de la salud, no lograremos mejorar la salud de la población, ni lograremos hacer frente a las desigualdades sanitarias ni tampoco alcanzaremos las metas sociales propuestas a nivel mundial”. (OMS, 2005:2)

Si las políticas sociales y de salud no logran enfrentar las circunstancias sociales y económicas desfavorables que afectan la salud a lo largo de la vida, no sólo ignoran los más potentes determinantes de la salud, sino que dejan de cumplir uno de los retos más importantes de las sociedades modernas, la justicia social (OPS,2005).

“En efecto, circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación sociales, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos por lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes. Para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud”(OMS, 2004:1).

Para lograr mejoras duraderas, los promotores de salud deben afrontar las necesidades a corto plazo, de manera que se sienten las bases para cambios a más largo plazo, que promuevan los derechos humanos básicos y unas estructuras sociales más justas (Werner, et al. 2000)

“Mejorar la salud es una manera cuantificable concreta de reducir la pobreza y la inequidad, tanto a nivel de países como mundialmente” (OPS, 2002:1). El vínculo entre la salud y el desarrollo es recíproco, complejo, e indisoluble por cuanto la salud es el resultado del nivel y las formas de desarrollo de una sociedad, ya que éste determina los límites y disponibilidades de recursos para el bienestar de la población. Así también, la salud es condición esencial para el desarrollo humano sostenible por su impacto, tanto en la capacidad de trabajo del individuo como en el establecimiento de los climas de estabilidad, tranquilidad y progreso social que requiere el desarrollo. Por lo tanto, “las inversiones en salud significan inversiones en el potencial humano; enfrentar las enfermedades primarias de la pobreza es una manera de devolver miles de millones de dólares a las economías nacionales de los países más pobres” (OPS, 2002:1).

## Incidencia de las enfermedades

Si bien el sector salud logró importantes avances en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades prevalentes, en la erradicación de la viruela, la poliomielitis y el sarampión y en el control de enfermedades inmunoprevenibles, hasta que no se eliminen las importantes diferencias sociales y económicas que existen en la región, las condiciones de salud de la población van a depender de las condiciones de vida existentes.

Por ello resulta de interés particular el estudio de la incidencia<sup>104</sup> que poseen ciertas enfermedades que dependen, de alguna u otra manera, de las condiciones sociales, económicas y educativas de la población.

Las enfermedades seleccionadas en este trabajo –diarrea, lepra, tuberculosis, chagas y brucelosis– forman parte de una importante lista de dolencias de declaración obligatoria que figuran en la planilla C2 y han sido escogidas por su íntima relación con las condiciones de vida de la población.

Este indicador posee algunos inconvenientes que es necesario destacar. Se conocen solamente los casos declarados en las planillas de enfermedades de declaración obligatoria, las cuales son realizadas únicamente por los establecimientos dependientes del sistema de salud pública tanto en Argentina como en Paraguay. Por lo tanto, los datos no se refieren al total de la población ni al total de casos, lo cual marca un sesgo en la información.

Además, el registro se realiza por establecimiento asistencial, independientemente de la residencia del paciente, lo que distorsiona los resultados obtenidos, aumentando el valor de la incidencia en las áreas con mayor complejidad sanitaria y disminuyéndolo en las otras. Para solucionar en parte este inconveniente, el análisis de la incidencia de estas enfermedades se realiza a nivel de departamentos infiriendo que la población asiste a los establecimientos sanitarios correspondientes a su jurisdicción.

## Enfermedades diarreicas

Las **enfermedades diarreicas** constituyen uno de los principales problemas que afectan a la salud de la población infantil, menoscaban su bienestar y sobrecargan la demanda de los servicios sanitarios, representando una de las principales causas de muerte de menores de 5 años en países de América Latina y el Caribe, dónde la mayor letalidad se asocia con factores socioeconómicos, desnutrición y manejo inadecuado de los episodios diarreicos (Lozano et. al., 2004).

La diarrea puede ser aguda o crónica. La aguda,<sup>105</sup> generalmente es de tipo

---

**104** Para determinar la incidencia de estas enfermedades se tomó como numerador el promedio de ocurrencia de cada una de ellas en los años 1999, 00 y 01 y como denominador la población total del área, estimada para el año 2000.

**105** La enfermedad diarreica aguda (EDA), es una de las afecciones intervenidas por la estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), por ser una afección frecuente en los niños menores de 5 años. (OMS/OPS, 2004)

infeccioso, como consecuencia de una intoxicación alimentaria (alimento o bebida contaminados por bacterias, virus, parásitos) o bien porque la persona tiene reducidas las defensas de su organismo; también puede ser provocada por abuso de laxantes y cambios bruscos en la alimentación (aumento importante del contenido de fibra, excesos, viajes, etc.). La diarrea crónica, se produce cuando hay defectos en la absorción o en la digestión de ciertos nutrientes, debido a intolerancias (a la lactosa, al gluten) o alergias de origen alimentario o a determinadas enfermedades (enfermedad inflamatoria intestinal-crohn y colitis ulcerosa, colon irritable, entre otras).

Respecto a la morbilidad, se ha podido demostrar una ocurrencia promedio de cuatro episodios anuales por niño en Latinoamérica, pero debe tenerse en cuenta que la incidencia de enfermedad diarreica está en íntima relación con las condiciones sanitarias de la población, lo que se observa en Perú (8,6), Haití (7,0), República Dominicana (7,0); países donde el número de episodios de diarrea anuales por niño es considerablemente mayor que el valor promedio para la región. Si bien no se dispone de datos exactos sobre la eficacia de medidas tendientes a disminuir la diarrea, se sabe que la disponibilidad de agua, el saneamiento básico y la educación de la madre, logran disminuir la morbilidad por diarreas en un 35% (OPS, 1990).

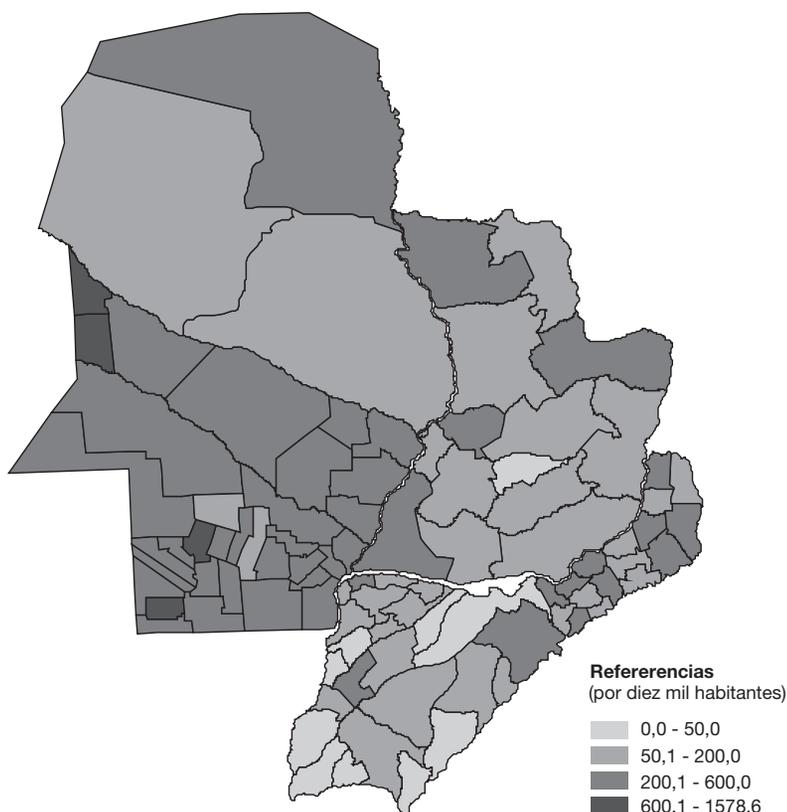
La población tiene menos posibilidades de padecer enfermedades diarreicas si posee acceso a agua limpia y cuenta con buenas instalaciones sanitarias, debido a que los microbios causantes de la diarrea se transmiten generalmente de persona a persona por la ruta fecal-oral, por ello es importante además, un comportamiento higiénico adecuado tanto personal como doméstico. Sin ellos, los beneficios sanitarios resultantes de la provisión y suministro de agua y saneamiento adecuado, son limitados (AHRTAG, 1994).

El alto porcentaje de hogares que carecen de un saneamiento adecuado en la región estudiada permite inferir que esta enfermedad puede ser uno de los principales problemas de salud de la población, especialmente en Paraguay y en las provincias argentinas de Chaco y Formosa

En el mapa 21 que representa la incidencia de esta enfermedad, se observa, en líneas generales, que las áreas donde habita la población más carenciada o con menor calidad de vida, en relación con el suministro de agua y las características del servicio sanitario, registran los mayores valores de incidencia. Llama la atención esta situación en las provincias de Chaco y Formosa.

## Mapa 21

### Incidencia de diarrea. Año 2000



Fuente: Estadísticas epidemiológicas 1999, 2000, 2001. Elaboración propia

## Lepra

La lepra (enfermedad de Hansen) es una dolencia infecto-contagiosa de evolución crónica, causada por el bacilo *mycobacterium leprae* que daña principalmente los nervios periféricos (aquellos nervios localizados fuera del cerebro y la médula espinal), la piel, la membrana mucosa de la nariz, los testículos y los ojos<sup>106</sup>.

La infección puede producirse a cualquier edad y la enfermedad manifestarse en cualquier época de la vida. Con respecto al sexo, parece ser unánime la opi-

**106** En la lepra *tuberculoides*, aparece una erupción cutánea formada por una o varias zonas blanquecinas y aplanadas. Estas áreas son insensibles al tacto porque las micobacterias han dañado los nervios. En la lepra *lepromatosa*, sobre la piel aparecen pequeños nódulos o erupciones cutáneas sobreelevadas, de tamaño y forma variables. El vello del cuerpo, incluidas las cejas y las pestañas, desaparece. La lepra *limitrofe* (borderline) es una situación inestable que comparte rasgos de ambas formas. En las personas con este tipo de lepra, su enfermedad tanto puede mejorar, en cuyo caso acaba pareciéndose a la forma tuberculoides, como empeorar, en cuyo caso resulta más parecida a la forma lepromatosa. (Merck Sharp y Dohme, 2004)

nión que la prevalencia es más alta en el sexo masculino y que la lepra no diferencia razas<sup>107</sup>.

Debido a que las bacterias que la causan se multiplican muy lentamente, los síntomas no suelen comenzar hasta por lo menos un año después de que la persona se haya infectado, si bien lo habitual es que aparezcan entre 5 y 7 años más tarde y a menudo muchos años después.<sup>108</sup>

Con respecto a la influencia de los factores sociales y económicos sobre la transmisión de esta enfermedad Giménez<sup>109</sup>, afirma:

“El nivel socioeconómico no es ajeno a la expansión de la lepra. La pobreza, la promiscuidad, la falta de obras sanitarias, configuran el escenario donde la prevalencia de la enfermedad parece ser más alta. La lepra ha desaparecido de los países desarrollados de Europa, en alguno de los cuales los pocos focos autóctonos o de importación, no constituyen un problema, presente ni potencial, de salud” (Giménez, 1979:12).

En 1990 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la propuesta de eliminar la lepra como problema de salud pública para el año 2000<sup>110</sup> (OPS, 1996). La meta se alcanzó a tiempo; el uso generalizado de la TMM<sup>111</sup> ha reducido la carga de morbilidad de forma espectacular (OMS, 2005).

A lo largo de los últimos 20 años, más de 14 millones de enfermos de lepra se han curado; de ellos, unos 4 millones desde 2000. La prevalencia de la enfermedad ha disminuido un 90%, de 21,1 por 10 000 habitantes a menos de 1 por 10 000 habitantes en 2000<sup>112</sup>. (OMS, 2005). En el período 1991-1996 la tasa de prevalencia en América Latina se redujo de 8,1 a 2,7 por 10.000 habitantes, lo que significó una disminución de 66,7% (OPS, 1998).

El nivel de morbilidad por esta causa se ha reducido espectacularmente: de 5,2 millones en 1985 a 805.000 casos en 1995; 753.000 al final de 1999 y 286.000 al final de 2004. La lepra ha sido eliminada en 113 de los 122 países en que la enfermedad era un problema de salud pública en 1985. (OMS, 2005)

Según la OPS, Argentina, junto a Cuba, México y República Dominicana lograron el objetivo de eliminación de la lepra. Sin embargo, los datos sobre la incidencia de esta enfermedad en las provincias analizadas, ponen de manifiesto áreas con valores muy superiores a la media nacional que ronda en 0,16 por 10.000 habitantes (OPS, 1998).

**107** Estudios realizados en Brasil por Bachelli demostraron que no hay mayor incidencia en una u otra raza.

**108** Una vez producida la infección, el período de incubación depende de numerosos factores, como ser: perfil inmunológico del enfermo, dosis infectante y virulencia del germen, frecuencia y duración de las exposiciones al riesgo (Giménez, 1979).

**109** Manuel M. Giménez, médico y experto en el tema fue director del Centro Dermatológico del Patronato del Enfermo de la Lepra de la provincia del Chaco.

**110** Por eliminar la lepra como problema de salud pública se entiende conseguir una prevalencia de menos de un caso por 10 000 personas.

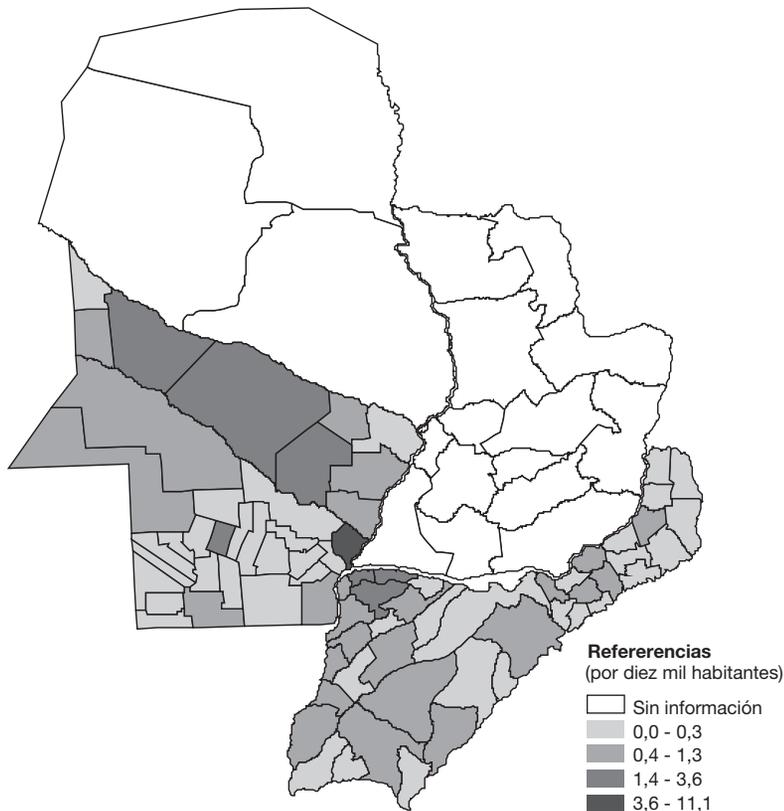
**111** La TMM consiste en tres medicamentos: dapsona, rifampicina y clofazimina. Esta combinación farmacológica mata al patógeno y cura al paciente.

**112** Desde 2001 se viene registrando una disminución anual del 20% de casos nuevos detectados.

En cuanto a la situación de la lepra en Argentina, la zona de mayor prevalencia se encuentra en la región del NEA, siendo las provincias de Formosa (2,69), el Chaco (2,05), Misiones (1,53) las de mayor prevalencia en el país. (Arias, 2004)

Mapa 22

Incidencia de lepra. Año 2000



Fuente: Estadísticas epidemiológicas 1999, 2000, 2001. Elaboración propia

Paraguay por su parte, según datos del 2005, junto a Brasil, Guyana, Santa Lucía y Surinam no ha logrado la meta de eliminación de la enfermedad, pero no se cuenta con información detallada por departamento.

Se puede observar en el mapa 11 que la mayoría de las áreas analizadas, especialmente Chaco, Formosa y Corrientes presentan valores muy por encima de la media nacional, superando en algunos casos más de 10 veces el índice nacional.

Si bien, no se cuenta con información de los casos de lepra por departamento en Paraguay, se conoce que para el año 2000 se registraron, en todo el país, 171 episodios y 106 en el año 2001.

## Tuberculosis

La **tuberculosis (TBC o TB)** ha sido una de las enfermedades más estudiadas y temidas desde los comienzos de la historia<sup>113</sup>. Actualmente no hay discusión sobre el carácter social de esta enfermedad, no sólo por sus causas, íntimamente relacionadas con las condiciones de vida de la población, sino por las consecuencias que genera en la sociedad. En la reunión realizada en la ciudad de Washington, DC, en octubre de 2001, en las oficinas del Banco Mundial, los representantes ministeriales de los países con mayor carga de tuberculosis, que comprende un 80% de la carga mundial de la enfermedad, los jefes de las agencias internacionales y representantes de los socios de STOP TB<sup>114</sup> reconocieron que la tuberculosis es un factor crítico persistente que contribuye a mantener la pobreza y como tal, es un impedimento para el desarrollo económico. (OPS, 2001)<sup>115</sup>

Se calcula que la TB cobra de los ingresos de las comunidades pobres, un costo económico anual equivalente a US\$ 12 mil millones de dólares, y puede traducirse en una reducción de la tasa de crecimiento del PBI per cápita de hasta 1% por año. (OPS, 2001)

Algunos estudios indican que, como consecuencia de la TB, se pierden en promedio entre tres y cuatro meses de tiempo laboral. Esto da lugar a un promedio de ingresos potenciales perdidos de 20 a 30% de los valores domésticos anuales. Para las familias de aquellos que mueren de la enfermedad, la pérdida adicional se cuantifica en valores cercanos a 15 años de ingresos, por la muerte prematura del enfermo con TB (OPS, 2001).

La TBC se ha combatido tradicionalmente mediante campañas tendientes a mejorar el nivel socioeconómico y el estado de salud, junto con la vacunación y la quimioterapia preventiva y curativa. Lo primero es de suma importancia, pero las otras medidas no están exentas de buenos resultados (Oficina Sanitaria Panamericana, 1994).

En los últimos años se ha producido, a nivel mundial, un incremento de la frecuencia de esta enfermedad, especialmente en las zonas marginales, debido a la alta desproporción entre las necesidades y los recursos disponibles, que han acentuado también las condiciones de pobreza en muchos países de América<sup>116</sup>.

Existen otros factores que, directa o indirectamente, influyen sobre el avance de la tuberculosis en el mundo: la aparición de la epidemia del SIDA que trae como una enfermedad oportunista a la tuberculosis, el aumento de la movilidad

113 El 24 de marzo de 1882, el médico alemán Robert Koch dio a conocer al mundo el agente causante de la tuberculosis, el *bacilo de Koch*.

114 STOP-TB es un movimiento social mundial contra la TB, cuenta con 300 miembros, cuya visión se enfoca a un mundo libre de tuberculosis y la misión se orienta a que todos los enfermos tengan acceso a diagnósticos y tratamientos gratuitos.

115 El tema propuesto para el Día Mundial de TB 2002 es "Detener la TB, combatir la pobreza". El tema indica que enfrentar la TB, una de las varias enfermedades que afectan a los pobres, es una manera de lograr mayor prosperidad mundial.

116 Cfr. Carbonetti, 1997.

territorial con migraciones desde países con alta incidencia y, el debilitamiento de la lucha contra la enfermedad (Carbonetti, 1997).

“La TB sigue provocando la muerte a aproximadamente dos millones de personas al año, en todo el mundo. La estrategia del tratamiento bajo DOTS/TAES<sup>117</sup> cura a los pacientes, salva las vidas, previene la propagación de la farmacorresistencia y reduce la transmisión de enfermedades; no obstante, según los cálculos de la OMS basados en los datos de 2001, sólo el 30% de los casos de TB activa están diagnosticándose y tratándose con los programas de TB y la estrategia DOTS/TAES. Las metas mundiales, el 70% de la detección de los casos y el 85% de curación de los enfermos detectados, deben alcanzarse para el año 2005 a fin de reducir a la mitad la prevalencia de TB y la mitad de las defunciones para el año 2010. Por consiguiente, acelerar la detección de los casos TB es fundamental”. (OPS, 2003:2)

En el año de 2001, los países de América notificaron a OPS/OMS la existencia de 229.860 casos de todas las formas de tuberculosis, con una tasa de 27,3 por 100,000 habitantes y los pacientes bacilíferos (BAAR+) fueron 129.527 lo que representa una tasa de 15,4 por 100,000 habitantes. En comparación con el total de casos notificados en el 2000, se observó una ligera disminución del 1,6%, mientras que los enfermos nuevos con baciloscopia positiva fueron similares a la captación del pasado año. (OPS, 2003)

En Argentina, en 2002 se notificaron 1.545 casos de tuberculosis de todas las formas<sup>118</sup> (tasa de 30,5 por 100.000 habitantes). En 2001 se registraron un total de 936 muertes por TBC, de las cuales 135 (14%) estuvieron asociadas al SIDA y 2 (0,2%) a meningitis tuberculosa. En relación con los datos brindados, en los últimos dos años se produjo un incremento de la enfermedad, tanto en jóvenes como en adultos mayores de 65 años. Esto revirtió la tendencia que se estaba dando desde 1980, hacia la disminución de nuevos casos (Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, 2005).

La tasa de incidencia de tuberculosis en todas las formas (TB), en Paraguay fue de 35,2 por 100.000 habitantes para el año 2000 y de 31,5 por 100.000 habitantes para el año 2001 (datos provisorios). Se notifican alrededor de 1000 casos de TB pulmonar al año, correspondiendo a una tasa de 16 por 100.000 habitantes, un rango de incidencia moderada según la OPS/OMS<sup>119</sup>. (OPS, 2002:108).

---

**117** La estrategia DOTS (tratamiento breve bajo observación directa)/TAES (tratamiento abreviado estrictamente supervisado), lanzada en 1994 en América, es una práctica costo-efectiva que posibilita detectar y curar los casos de tuberculosis. Esta estrategia que obtuvo respaldo y compromiso político, se basa en el diagnóstico de laboratorio y en el tratamiento con observación de la toma de medicamentos. DOTS/TAES consiste de cinco elementos clave: compromiso político para el control de la TBC; detección de casos de TBC a través de baciloscopia entre las personas que tengan síntomas; suministro regular e ininterrumpido de medicamentos antituberculosos de alta calidad; 6-8 meses de tratamiento estrictamente supervisado (lo que incluye la observación de la toma de los medicamentos) y sistemas de notificación para monitorear el progreso del tratamiento y el desempeño del programa (OPS, 2003).

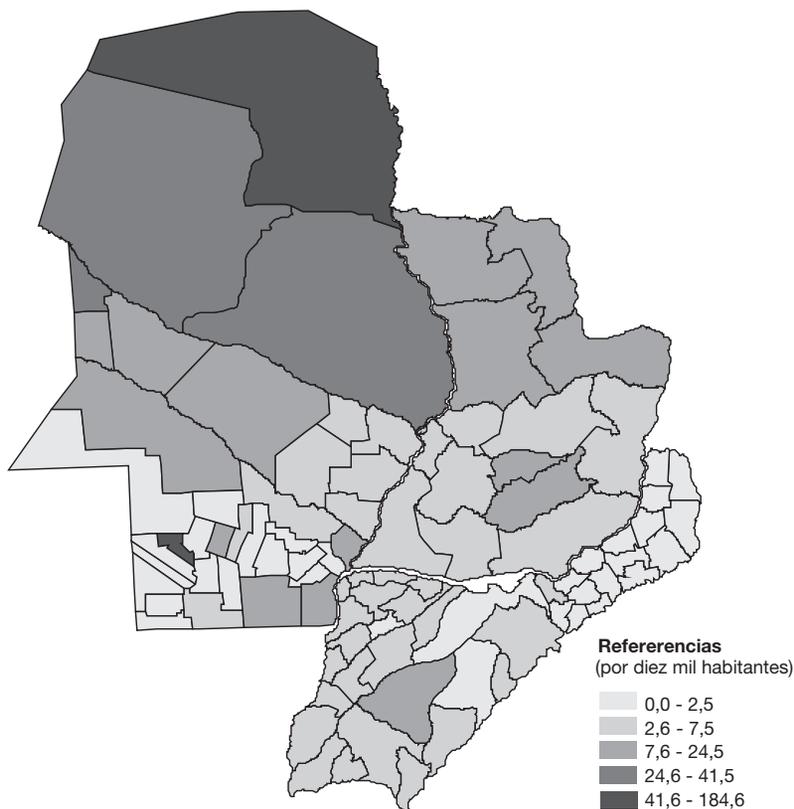
**118** La mayor concentración de abandono y fallecidos se incrementó en 2001, lo que refleja un diagnóstico tardío de los enfermos que asisten a las unidades de salud, falta de educación sanitaria y de divulgación del programa en los diferentes niveles.

**119** “Desde el año 2000 se implementa la estrategia TAES (tratamiento abreviado estrictamente supervisado) en 2 regiones sanitarias pilotos que son las III Cordillera y la VII Itapúa y se realizan asiduamente talleres de capacitación en el resto del país para la expansión de la misma”.(OPS, 2002:108)

En el mapa se observa una importante correlación entre la incidencia de esta enfermedad y las condiciones de vida descriptas en el capítulo correspondiente; los más altos valores se registran en los departamentos de Paraguay occidental y el oeste de las provincias argentinas de Chaco y Formosa que son, asimismo, los sectores más críticos teniendo en cuenta las variables socioeconómicas anteriormente analizadas.

Mapa 23

## Incidencia de tuberculosis. Año 2000



Fuente: Estadísticas epidemiológicas 1999, 2000, 2001. Elaboración propia

Es conveniente destacar la baja incidencia que presentan los departamentos de la provincia de Misiones, lo cual puede deberse a la mayor asistencia a los servicios de salud privados o a un subregistro de las enfermedades de declaración obligatoria.

Al analizar en forma particular la frontera, se observa una gran similitud a ambos lados del límite internacional, con excepción del tramo correspondiente a la citada provincia de Misiones.

Los sectores más críticos se encuentran en la frontera sobre el río Pilcomayo, en correspondencia con las jurisdicciones más deficitarias en relación a condiciones socioeconómicas de la población, lo que no hace más que confirmar la relación existente entre esta enfermedad y las condiciones de vida de la población.

## Enfermedad de Chagas

La tripanosomiasis americana, comúnmente llamada **enfermedad de Chagas**, es una enzootia muy propagada en América; su zona endémica se extiende aproximadamente desde los 42° de latitud norte hasta los 43° de latitud sur y afecta principalmente a la población rural y periurbana pobre cuya situación socioeconómica no le permite acceder a una vivienda digna<sup>120</sup>.

Numerosos estudios realizados confirman una y otra vez que los factores que determinan la presencia de esta enfermedad son de índole tanto biológica como social y que se vinculan estrechamente con las condiciones de pobreza que afectan a una buena parte de la población rural de América Latina; pasando en la actualidad a ser una enfermedad de poblaciones urbanas debido a los patrones de migración rural-urbana y a la transfusión de sangre en los hospitales<sup>121</sup>, puesto que existen tres vías principales de infección: la vectorial, la transfusional y la congénita.

La mortalidad anual por enfermedad de Chagas en América fue estimada en 23.000 defunciones en 1990 por el Banco Mundial y en 43.000 en 1995, por la Organización Mundial de la Salud (OPS, 1998).

En la Argentina, el área endémica es coincidente con la dispersión de su agente vector, el *Triatomino Infestans*, más conocido como vinchuca, que abarca las regiones de clima cálido y seco, especialmente las regiones del NO argentino. En el Paraguay el área afectada por el vector transmisor abarca aproximadamente el 90% de territorio nacional.

Argentina y Brasil desde la década de 1950 y Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay a partir de 1980, realizan actividades destinadas a eliminar al *trypanosoma cruzi*, agente causal de la enfermedad.

En 1991 estos países crearon una comisión intergubernamental encargada de elaborar un programa y plan de acción subregional con los objetivos de eliminar el vector *T. infestans* de las viviendas y sus alrededores en las áreas endémicas e interrumpir la transmisión transfusional de *T. cruzi*, entre otros. (OPS, 1998).

En Argentina, durante muchos años, la acción sanitaria para combatir la enfermedad giró en torno a dos ejes independientes. Por un lado, el tratamiento clínico a los enfermos y por otro la fumigación de viviendas, principalmente rurales, con insecticidas destinados a eliminar las vinchucas en las zonas endémicas. Pero en los últimos años el Instituto Nacional de Investigaciones sobre la

<sup>120</sup> Según estimaciones de la OMS existían en 1990 de 16 a 18 millones de personas infectadas por *Trypanosoma cruzi* en América Latina, y una población en riesgo de 100 millones (OPS, 1998).

<sup>121</sup> Cfr. Organización Panamericana de la Salud, 1994.

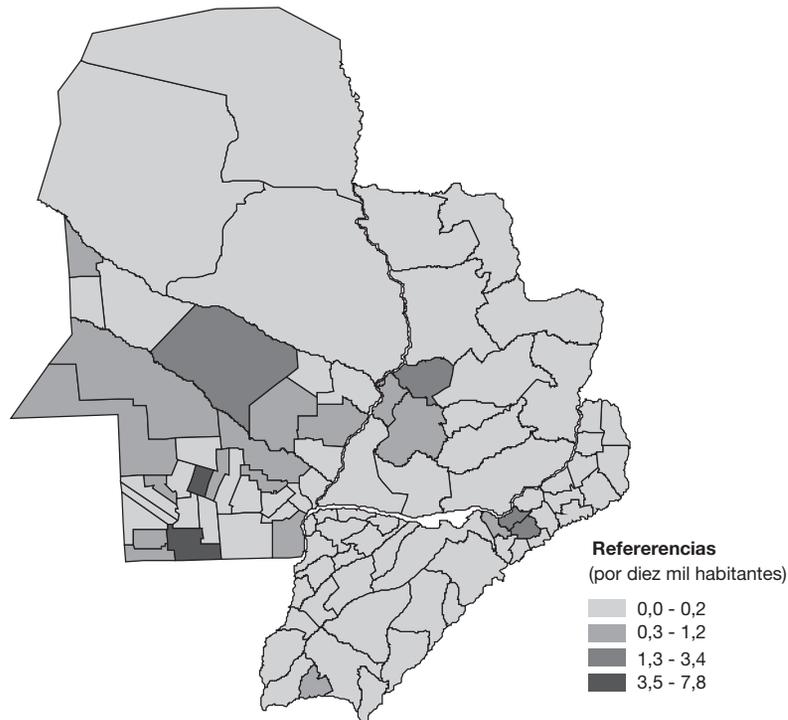
Enfermedad de Chagas (INDIECH) ha logrado reunir a las diferentes disciplinas dedicadas a trabajar sobre Chagas y al mismo tiempo realizar tareas in situ, lo cual tuvo consecuencias favorables en la población estudiada y abrió nuevas líneas de investigación (Benencia y Mercer, 1991).

En Paraguay, el objetivo del Plan Nacional es la prevención de la enfermedad mediante la interrupción de la transmisión vectorial. “La enfermedad de chagas constituye un grave problema de salud pública en el Paraguay, según la OPS, alrededor de 600.000 habitantes se encuentran infectados por el *Tripanosoma cruzi*, agente etiológico de la enfermedad” (MSPyBS, Inédito).

Según datos publicados en “Paraguay: situación de salud” (MSPyBS, Inédito) y obtenidos del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas, en 1999 se registraron en el Paraguay 346 casos, cifra muy similar a la de años anteriores<sup>122</sup>. Esta información no coincide con los datos proporcionados por la Dirección de Vigilancia Epidemiológica utilizados para la representación cartográfica de la incidencia de esta enfermedad.

**Mapa 24**

**Incidencia de Enfermedad de Chagas. Año 2000**



Fuente: Estadísticas epidemiológicas 1999, 2000, 2001. Elaboración propia

<sup>122</sup> En 1995 se registraron 367 casos, 337 en 1996, 337 en 1997 y 340 en 1998. (Ramírez, 2001)

La distribución espacial de este indicador hace pensar en un importante subregistro, especialmente teniendo en cuenta las características de esta enfermedad y las condiciones de las viviendas en gran parte de la región. Era de esperar una correlación directa entre la distribución de viviendas deficitarias analizada anteriormente (mapa 8) y la incidencia del Mal de Chagas, pero esto no se refleja en los valores alcanzados. Se supone que en el índice obtenido inciden otros factores, como ser la infraestructura sanitaria existente, que permite detectar la enfermedad.

De igual manera se observa una mayor incidencia en las provincias argentinas de Chaco y Formosa, en las que se distingue, en líneas generales, una distribución conforme a los niveles de vida y a la presencia de población rural (mapa 3)<sup>123</sup>.

En Paraguay, los mayores valores se registran en Asunción, en el departamento Central y en los próximos a éstos, lo que permite confirmar, de alguna manera, lo dicho anteriormente, que esta enfermedad se evalúa más por la disponibilidad de servicios asistenciales capaces de detectarla que por la presencia de la enfermedad misma.

Situación similar se observa en la provincia argentina de Misiones, dónde la mayor incidencia se localiza en los departamentos del suroeste, entre los que sobresalen Capital, Leandro N. Alem y Candelaria. Corrientes por su parte, registra valores muy bajos en todas las jurisdicciones.

## Brucelosis

La **brucelosis** es una de las zoonosis más difundidas, transmitida por diversos animales (ganado bovino, ovino, caprino y porcino, camellos y búfalos), mediante contacto directo con la sangre, la placenta, fetos o secreciones uterinas o por el consumo de productos de origen animal infectados y crudos (especialmente leche y productos lácteos).

Es causada por gérmenes del género *Brucella* y se transmite, directa o indirectamente de los animales. El hombre es susceptible a la infección por *B. melitensis*, *B. suis*, *B. abortus* y *B. canis*. La especie más patógena e invasora para el hombre es *B. melitensis*, seguida en orden decreciente por *B. suis*, *B. abortus* y *B. canis*. La brucelosis puede pasar clínicamente inadvertida o presentarse en una forma aguda muy llamativa<sup>124</sup>. Se caracteriza por ser una de las enfermedades más *proteiformes*, pudiéndose confundir con múltiples afecciones, motivo por el cual ha recibido el nombre de *enfermedad de las mil formas clínicas*<sup>125</sup>. (Marder et al., 2005)

---

123 Cfr. capítulos 2 y 3.

124 “El diagnóstico clínico de la brucelosis humana es con frecuencia difícil, al igual que el de laboratorio. El diagnóstico directo, mediante el aislamiento de la bacteria no es posible en todos los casos, lo que a su vez trae dificultad en la vigilancia del agente, ya que no se realiza su tipificación. Por eso el diagnóstico es ante todo serológico, teniendo en cuenta las respuestas inmunes celular y humoral que se puedan generar” (Marder et al, 2005:62)

125 “En general, los síntomas son tórpidos e inespecíficos, puede presentarse también como asintomática. Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre prolongada, artralgia, malestar, debilidad, diaforesis nocturna, anorexia, pérdida de peso, mialgias, dolor abdominal, cefaleas. Los signos físicos más habituales son la presencia de adenopatías y hepato-esplenomegalia, pero puede afectar otros órganos produciendo osteomielitis, sacroileitis, artritis periféricas

La brucelosis humana debida a *Brucella melitensis* tiene graves consecuencias de salud pública en las zonas donde se cría ganado ovino y caprino. En general, presenta grandes repercusiones mundiales en la salud de los seres humanos y la cría de animales, y en la mayoría de los países es una enfermedad notificable. Las medidas de control se basan en la prevención de los factores de riesgo. La vigilancia es un elemento clave para el manejo de los programas de prevención y control. (OPS, 2000:12)

En general, las zoonosis alcanzan mayor prevalencia en las áreas rurales, dónde la morbilidad elevada es frecuente y afecta la productividad, determinando cuantiosos daños económicos. Se calcula que las pérdidas causadas por la brucelosis bovina en América ascienden a 270 millones de dólares anuales. La incidencia y prevalencia de las zoonosis en las áreas urbanas ha aumentado y este hecho, junto con la inmigración de personas infectadas desde áreas rurales, facilita la transmisión de las zoonosis incrementando la carga de los servicios de salud<sup>126</sup> (OPS, 1990 y 1998).

Si bien existe un subregistro importante en la mayoría de los países con información disponible, ya sea por falta de diagnóstico comprobado o por deficiencias en el sistema de información, la incidencia de esta enfermedad, de acuerdo a los casos notificados, es muy fluctuante. La Argentina presentaba para 1985 una tasa de 0,51 por 10.000 habitantes, mientras que en año 1986 descendía a 0,19<sup>127</sup>; los casos notificados pasan de 1.552 a 594 respectivamente (OPS, 1990). El nordeste de Argentina es, justamente, una de las tres regiones de América<sup>128</sup> en las cuales la brucelosis caprina constituye un problema importante.

Países como México y Perú registran tasas muy similares a la Argentina, 0,69 y 0,56 por 10.000 habitantes respectivamente. Mientras que la incidencia en Estados Unidos y Colombia es considerablemente más baja, 0,01 y 0,02 por 10.000 habitantes respectivamente (OPS, 1990).

La mayor incidencia de esta enfermedad (mapa 25) se localiza en los departamentos del noroeste de Formosa y Chaco con valores muy superiores al promedio nacional, estos sectores presentan un importante porcentaje de población rural (mapa 3) dedicada fundamentalmente a la cría de ganado, lo que confiere un mayor riesgo a contraer esta enfermedad.

---

y espondilitis, miocarditis, endocarditis, infecciones de las vías genitourinarias, orquiepididimitis, meningoencefalitis, absceso hepático, abscesos esplénicos, neumonitis, derrame pleural, empiema, colecistitis. Se han descrito anemia, hemólisis, leucopenia, trombocitopenia por hipersplenismo, hemofagocitosis y afectación de la médula ósea". (Dietz Sánchez y Escribá Berro, 2005)

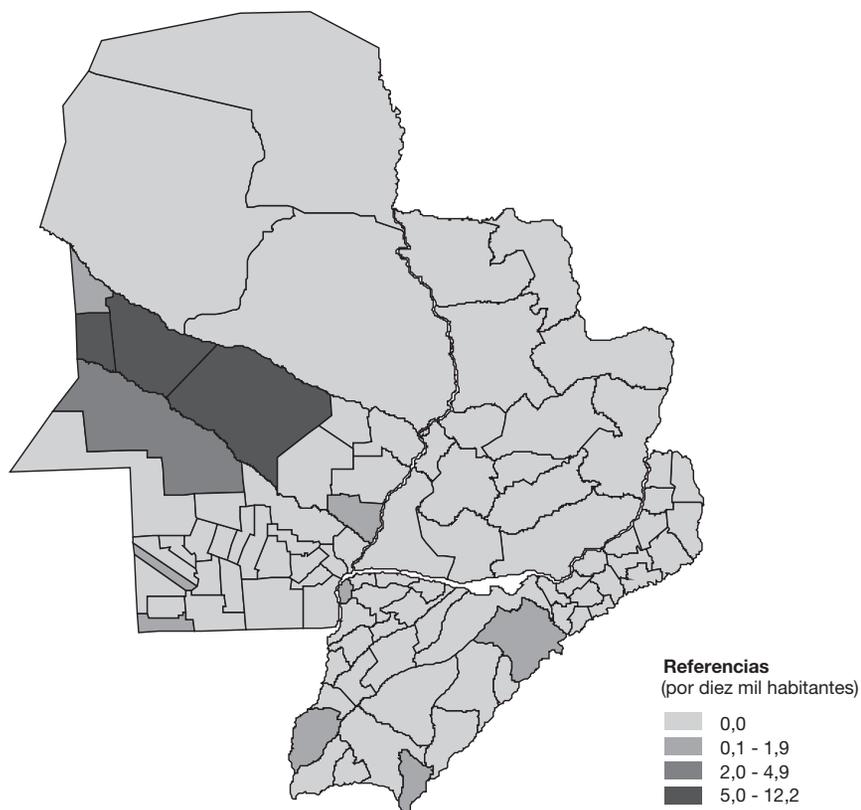
**126** "Es una enfermedad de aparición aguda o insidiosa, con fiebre continua, intermitente o irregular de duración variable, transpiración profusa, en particular durante la noche, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea, artralgia y dolor generalizado. Puede haber infección localizada de órganos". (OPS, 2000:12)

**127** En la Argentina, la tasa de incidencia de esta enfermedad se mantuvo más o menos constante (7,0 en 1978, 7,6 en 1979, 5,8 en 1980 etc.) durante mucho tiempo, por lo cual, el descenso experimentado entre 1985 y 1986 se debe a importantes logros en materia de prevención o, simplemente, a un importante subregistro en ese año.

**128** Las otras dos regiones son: el sudoeste de Estados Unidos y México y el Perú.

## Mapa 25

### Incidencia de brucelosis. Año 2000



Fuente: Estadísticas epidemiológicas 1999, 2000, 2001. Elaboración propia

Por su parte, en el Paraguay solamente el departamento Capital registra casos de brucelosis, esto hace suponer un importante subregistro.

En síntesis, al analizar la incidencia de estas enfermedades, se puede reafirmar lo anteriormente expuesto, que la existencia de diferencias en las condiciones de vida se refleja también en los indicadores de salud de la población. Los índices más desfavorables se localizan en los sectores con condiciones de vida más deficitarias.

En la frontera, los sectores más críticos se localizan en el tramo correspondiente al río Pilcomayo, a ambos lados del límite internacional, por su parte, la presencia de ciudades importantes confieren a los otros tramos características particulares.

## Capítulo 6

# Equipamiento sanitario y profesional

*Donde quiera que se ama el arte de la medicina,  
se ama también a la humanidad.*

*Platón*

Es universalmente reconocido que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano, así como un importante condicionante para lograr el desarrollo social y económico a largo plazo.

De acuerdo a este principio, reafirmado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, realizada en 1978 en Alma Ata<sup>129</sup> los representantes de los países de todo el mundo se comprometieron con el objetivo “Salud para Todos en el Año 2000”.

Compromiso que fue ratificado en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social realizada en Copenhague en 1995<sup>130</sup>, donde se estableció el objetivo de lograr el acceso universal y equitativo de toda la población a la educación y a la atención primaria de la salud<sup>131</sup>.

El concepto de atención primaria de la salud desarrollado en Alma-Ata contiene importantes connotaciones sociales y políticas. Por un lado, plantea claramente que no sólo se debe desarrollar una política abastecedora de servicios de salud sino que además se debe hacer frente a las causas coyunturales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud<sup>132</sup>.

Se establece además que la atención primaria comprende, entre otras actividades la información acerca de los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con la inclusión de la planificación familiar; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiando de

---

**129** La Conferencia de Alma-Ata (Kazajstán), en la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), fue apadrinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y estuvieron representados 151 estados con la participación de los ministros de salud de más de 100 países.

**130** En la Cumbre, que contó con la presencia de 117 jefes de Estado y de gobierno, junto con ministros de otros 69 países, los participantes se comprometieron a intentar resolver los graves problemas sociales del mundo abordando tres cuestiones fundamentales que interesaban a todos los países: la erradicación de la pobreza, la promoción del pleno empleo y el fomento de la integración social, especialmente de los grupos más desfavorecidos

**131** “Nos comprometemos a promover y a lograr los objetivos del acceso universal y equitativo a una educación de calidad, el nivel más alto posible de salud física y mental, y el acceso de todas las personas a la atención primaria de la salud, procurando de modo especial rectificar las desigualdades relacionadas con la situación social sin hacer distinción de raza, origen nacional, sexo, edad o discapacidad; a respetar y promover nuestras culturas comunes y particulares; a procurar fortalecer la función de la cultura en el desarrollo; a preservar las bases esenciales de un desarrollo sostenible centrado en las personas; y a contribuir al pleno desarrollo de los recursos humanos y al desarrollo social. El fin de estas actividades es erradicar la pobreza, promover un empleo pleno y productivo y fomentar la integración social.” (ONU, 1995:21)

**132** “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.” (OMS, 1978:3-4)

las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

Asimismo, se afirma la importancia de la participación comunitaria en el diseño y aplicación de políticas de atención primaria de la salud “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” y se recomienda “que los gobiernos estimulen y aseguren la plena participación de la comunidad mediante la difusión eficaz de la de la información pertinente, el incremento de la alfabetización y el establecimiento del marco institucional necesario que permita a los individuos, las familias y las comunidades hacerse responsables de su salud y bienestar” (OMS, 1978:3 y 27)

Frente a este compromiso, mundialmente aceptado, los gobiernos deberían desempeñar un rol esencial en la organización, el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

“La rectoría en materia de salud es la esencia misma del buen gobierno. En relación con cada país, esto significa establecer el sistema de salud mejor y más equitativo que sea posible. La salud de la gente siempre debe ser prioridad nacional, y la responsabilidad correspondiente del gobierno es continua y permanente. Por su parte, los ministerios de salud tienen que asumir gran parte de la función rectora de los sistemas de salud.

La política y las estrategias sanitarias tienen que incluir la prestación de servicios y el financiamiento privado, junto con el financiamiento y las actividades del Estado. Solo así será posible que los sistemas de salud en su totalidad puedan orientarse a lograr metas favorables al interés público. La rectoría abarca las tareas de definir la visión y la dirección de la política sanitaria, ejercer influencia por medio de la reglamentación y la defensa de la causa, y reunir información y utilizarla”(OMS, 2000:135).

Por otro lado, “la situación de salud de la población, en muchos países en desarrollo, permite afirmar que, la estrategia de la prestación universal de los servicios de salud es ineficiente y a la vez inequitativa, lo que representa un fracaso en cuanto a su principal objetivo de la equidad<sup>133</sup> sumado a la eficiencia”<sup>134</sup> (Barríos Kück, 2002:3).

Por tal razón, “los recursos públicos aplicados en la esfera del bienestar social deben estar destinados fundamentalmente a cubrir las necesidades de quienes no están en condiciones de sufragar por sí mismos la satisfacción de las mismas, y deben ser aplicados respondiendo a los principios de: focalización (identificar con la mayor precisión posible a los beneficiarios), subsidio a la demanda (traducir en la medida de lo posible el subsidio en poder de compra), evaluación a través de la medición del efecto y no del gasto, prioridad a los más necesitados, y equidad (entendida como compensación

**133** Equidad: Se refiere a la acción de priorizar a los más carenciados para lograr la igualdad de oportunidades. Es la opción de reducir la inequidad existente entre acceso - resultado. Este principio ayuda a establecer una oferta adecuada de servicios teniendo en cuenta las necesidades de la población afectada. (CIRD, 2002)

**134** Eficiencia: Es la opción que ofrece la mejor relación costos - resultados. Mide el costo asociado con el cumplimiento de los objetivos (menor costo o mejor uso de recursos). La eficiencia evita el derroche, el desaprovechamiento o uso no prioritario de los recursos que disminuyen la equidad social. De aquí la necesidad de minimizar costos y maximizar la productividad. (CIRD, 2002)

de las desventajas, mediante el trato desigual a quienes son socialmente desiguales)” (Duhau, 2001:313).

“La comunidad internacional cuenta con tecnologías y recursos económicos suficientes para hacer frente a la mayoría de estos desafíos sanitarios, pero hoy día muchos sistemas de salud nacionales son endeble, indiferentes a las necesidades, no equitativos e incluso inseguros. Lo que se necesita ahora es voluntad política para poner en marcha planes nacionales, junto con medidas de cooperación internacional para coordinar recursos, aprovechar los conocimientos y desarrollar sistemas sanitarios robustos que traten y prevengan las enfermedades y promuevan la salud de la población” (OMS, 2006:vi).

Al respecto, Katz (1993:15) señala que uno de los grandes problemas por los que atraviesa el sector salud en Argentina es “la marcada heterogeneidad interprovincial e interregional que se observa en la organización y el funcionamiento de los mercados de atención medicosanitaria”. Al respecto señala: “la Argentina es una mezcla extrema de gran modernidad por un lado y enorme subdesarrollo, por el otro”

Pero esta realidad no es privativa de Argentina; es la consecuencia macroestructural que el accionar del capitalismo mundial ha acentuado desde mediados de la década del 70, con el resurgimiento del liberalismo económico en detrimento del estado de bienestar que caracterizó a la segunda postguerra, y que aumentó la inequidad social y por lo tanto la brecha entre los que tienen y los que no.

Frente a este esquema teórico, y ante la realidad social analizada en los capítulos anteriores, es de esperar que los sistemas de salud respondan con eficiencia y equidad a las necesidades de la población a fin de compensar las diferencias existentes en las sociedades.

## **Sistemas de Salud**

“Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad es promover, restablecer o mantener la salud” “...tienen la responsabilidad no solamente de mejorar la salud de las personas sino de protegerlas contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad, y de tratarlas con dignidad” (OMS, 2000:6-9).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2000) los tres objetivos fundamentales que persiguen los sistemas de salud son:

- Mejorar la salud de la población a la que sirve.
- Responder a las expectativas de las personas.
- Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

“La mejora de la salud es, sin lugar a dudas, la meta primordial de un sistema de salud. Sin embargo, como la atención sanitaria puede ser catastróficamente costosa, y la necesidad de recibirla, imprevisible, los mecanismos para distribuir los riesgos y ofrecer

protección financiera son importantes. Por consiguiente, la otra meta de los sistemas de salud es la equidad de la contribución financiera. La tercera meta, o sea, la capacidad de respuesta a las expectativas de la población con respecto a asuntos que no están ligados a la salud, refleja la importancia de respetar la dignidad de la gente, su autonomía y el carácter confidencial de la información” (OMS, 2000:23).

Independientemente de la estructura, diseño o desempeño, se considera que las funciones generales que ejercen los sistemas de salud son: (Murray y Frenk, 2000; Figueras et al., 2002)

- *Prestación de servicios*: consiste en la combinación de insumos de un proceso de producción que lleva a proporcionar una serie de intervenciones. Los servicios de salud pueden distinguirse como personales y no personales<sup>135</sup>.
- *Financiamiento*: es el proceso mediante el cual se recaudan ingresos provenientes de fuentes primarias (hogares, empresas) y secundarias (gobiernos y organismos donantes), que se acumulan en fondos mancomunados (a excepción de los gastos de bolsillo) y se asignan a las actividades de prestación de servicios (compra y remuneración a los proveedores)<sup>136</sup>.
- *Generación de recursos*: los sistemas de salud incluyen no sólo a las instituciones que financian o prestan servicios, sino además abarca al conjunto de organizaciones que producen insumos para esos servicios, como son los recursos humanos, capital físico (instalaciones y equipo), bienes consumibles, información y conocimientos<sup>137</sup>.
- *Rectoría*: esta función supone definir las políticas y reglas de juego para el sistema en su conjunto, entre las que se puede destacar diseño del sistema global, evaluación del desempeño, fijación de las prioridades, promoción intersectorial y reglamentación y protección del consumidor.

## Sistema de salud de la República Argentina

En Argentina, la máxima autoridad nacional en materia de salud es el Ministerio de Salud, quien comparte con otros organismos del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un

**135** Los servicios personales son aquellos que reciben directamente los individuos, sean estos preventivos, de diagnóstico, terapéuticos o de rehabilitación, generen o no externalidades. Los servicios de salud no personales son las intervenciones aplicadas a las colectividades (ej. educación en salud a gran escala) o sobre componentes no humanos del entorno (ej. el saneamiento básico) (Murray y Frenk, 2000).

**136** Se identifican ocho mecanismos básicos para la movilización o recaudación de fondos: pagos en efectivo, seguro voluntario en función de los ingresos, seguro voluntario en función del riesgo, seguro obligatorio, impuestos generales, impuestos específicos, donaciones de organizaciones no gubernamentales y transferencias de organismos donantes. (Murray y Frenk, 2000; Gómez Camelo, 2005).

**137** Este conjunto está conformado por universidades y otras instituciones de formación, centros de investigación y empresas que producen tecnologías específicas (productos farmacéuticos, dispositivos y equipo) (Murray y Frenk, 2000).

valor indicativo, estando la adhesión a los mismos condicionada a las coincidencias en el plano político más general. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su órbita (Cetrángolo et al., 2002:3).

No obstante, el Ministerio de Salud es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional, comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación<sup>138</sup> (Belmartino, 1999: 291).

Ahora bien, teniendo en cuenta que las provincias poseen autonomía respecto a las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones, el poder de decisión del Ministerio de Salud de la Nación es acotado, siendo los gobiernos provinciales los responsables de la salud de sus habitantes a través de sus respectivos Ministerios y Secretarías.

Aunque los vínculos entre el Ministerio de Salud y las provincias se establecen a través del Consejo Federal de Salud (COFESA<sup>139</sup>), pueden observarse, en algunos casos, servicios superpuestos, situaciones de doble regulación y fiscalización y sobreabundancia de normas para habilitaciones y acreditaciones (Belmartino, 1999: 291).

Por otra parte, el sistema de salud en general resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el llamado de Obras Sociales y el privado. Esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar, puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas, que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuenta. (Acuña et al. 2002).

El *subsector público* funciona con financiación y provisión públicas, se encuentra principalmente integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial (responsables de la conducción sectorial en el ám-

---

**138** Entre los organismos dependientes del Ministerio de Salud pueden citarse: la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO) y el Instituto Nacional de Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad. También depende del MSAS la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Por último, dependen del MSAS como remanentes de las políticas de descentralización hospitalaria: el Hospital Nacional "Baldomero Sommer", el Hospital Nacional "Profesor A. Posadas", y la Colonia Nacional "Dr. Manuel Montes de Oca" y, la entidad más numerosa del sistema de Obras Sociales, el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

**139** El COFESA se creó en 1981 y es un organismo intejurisdiccional que está integrado por la autoridad de salud pública de más alto nivel en el orden nacional, a nivel provincial y de la ciudad de Buenos Aires y es presidido por el Secretario de Salud Pública de la Nación. Entre sus funciones se encuentran las de analizar los problemas de salud presentes en todo el país y en cada una de las provincias, la identificación de sus causas y la recomendación de cursos de acción orientados a lograr una política sectorial estable. En los hechos, este Consejo Federal no cumple el rol de coordinación que tiene asignado, tornándose confusas sus funciones reales.

bito de sus respectivas jurisdicciones) y la red de hospitales públicos y centros de salud que proveen asistencia sanitaria gratuita a toda la población<sup>140</sup>.

El subsector público sufrió, a lo largo de las últimas décadas, un proceso de descentralización que ha desplazado la dependencia de los servicios asistenciales nacionales hacia los niveles provincial y municipal, por lo tanto “las provincias tienen un papel relevante dentro del sector salud, puesto que realizan con sus propios recursos alrededor del 75% del gasto público destinado a la financiación de servicios de atención médica” (Acuña et al. 2002:11).

Por otra parte, si se tiene en cuenta la “capacidad instalada” del subsistema, considerando como indicador la cantidad de camas disponibles, vemos que el sector público es proporcionalmente el mejor posicionado dentro del sistema (Cuadro 4).

El *subsector de seguro social obligatorio*: está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado. La mayoría de las Obras Sociales brindan servicios a través de contratos con terceros prestadores, pues su capacidad instalada propia es muy escasa (Acuña et al. 2002:12).

Las obras sociales de régimen nacional, más de 300 instituciones a comienzos de la década del '90, son los agentes centrales del seguro de salud, dan cobertura al 50,2% de la población con seguro obligatorio (Belmartino, 1999: 290) y se encuentran bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) desde 1996 (Decreto 446/00). Las Obras Sociales provinciales son 23 instituciones que otorgan cobertura a un 29,41% de esta población, fundamentalmente empleados del sector público provincial y sus dependientes. (Acuña et al. 2002:13)

El *subsector privado* incluye tanto la oferta de profesionales de la salud independientes como la de establecimientos de salud (hospitales privados, clínicas, etc.) que atienden demandantes individuales pero, sobre todo, a los beneficiarios de las obras sociales mediante acuerdos individuales y colectivos que proveen

---

140 “Según datos de la Encuesta de Desarrollo Social (1997), se estima que la población que accede sólo a los servicios del salud de este subsector, constituye poco más de un tercio de la población (13,4 millones de personas), de las cuales, el 62,3% de la población posee algún tipo de cobertura social y el 37.6% solamente utiliza el hospital público” (Acuña et al. 2002:5).

diferentes modalidades de pago de servicios. Asimismo, el sector privado comprende entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga<sup>141</sup>.

“La coexistencia de los tres subsectores mencionados no está exenta de dificultades. Se ha argumentado que la oferta pública subsidia indirectamente las ineficiencias de los otros subsectores. En la actualidad, ha incrementado la demanda en el sector público por la creciente desocupación, la crisis económica y la fractura de la cadena de pagos en los subsectores privado y de la seguridad social” (OPS, 1998:7).

El incremento de los establecimientos sanitarios de 9.051 unidades en 1980 a 16.085 en 1995 fue más acentuado en las entidades sin internación, que duplicaron su número. En cambio, los establecimientos con internación crecieron sólo un 10% aproximadamente. La participación de los distintos subsectores también sufrió modificaciones; el subsector privado aumentó su participación de 44,6% en 1980 a 55,2% en 1995 y aparecen además los establecimientos de doble dependencia, oficial y privada (mixtos), modalidad que no existía años atrás (OPS, 1998).

**Cuadro 5**

**Disponibilidad de infraestructura sanitaria por subsector. Argentina, 1998.**

	Totales	Porcentaje según dependencia administrativa			
		Oficial	Obras sociales	Privado	Mixto
Establecimientos	16.085	43,3	1,4	55,1	0,2
Camas	155.749	53,3	2,8	43,1	0,1

Fuente: La salud en las Américas, 1998

Si bien el número de camas disponibles aumentó entre 1980 (145.690) y 1995, el indicador de camas por habitantes disminuyó a 4,5 por 1.000 habitantes. Es decir, el aumento de camas no se produjo al mismo ritmo que el incremento de la población<sup>142</sup>. Por otra parte, cabe mencionar que, si bien la disponibilidad de camas del sector público aún es proporcionalmente superior, ha sufrido una marcada declinación en las últimas décadas.

**141** Según un estudio de 2001 operan en Argentina 196 empresas de medicina prepaga, de ellas el 58% radican en la Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el Interior. El 65% de los asociados son adherentes individuales y el resto son afiliaciones corporativas. Las diez empresas líderes del mercado concentran aproximadamente el 46,3% de la facturación y el 41% de la demanda (Tobar, 2001).

**142** Según estudios de la OPS, entre 1964 y 1991 existió una tendencia general en los países de América Latina y el Caribe, a la disminución del número de camas por habitantes (OPS,1998).

## El sistema de salud en Paraguay

La Constitución Nacional de 1992 constituye el marco legal fundamental en el cual se apoyan las políticas de salud; en el artículo 68 hace referencia al derecho que tienen los ciudadanos a la salud: “El Estado protegerá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofe y de accidentes...”

En el artículo 69 promueve la creación de un Sistema Nacional de Salud “Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado”.

Este sistema fue creado en 1996 a través de la promulgación de la Ley 1.032, como parte de la estrategia de Reforma Sanitaria, con la finalidad de prestar servicio a todas las personas de manera justa y equitativa, operativa y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo. A través de este sistema se establecen conexiones intersectoriales e intrasectoriales que incorporan a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad de participar en actividades de salud.

En esta ley se introdujo, además, la descentralización administrativa de los servicios y la participación de las autoridades locales y la comunidad en la gestión de los servicios a través de los Consejos de Salud. (CIRD,2002)

El Sistema Nacional de Salud se encuentra estructurado de la siguiente forma<sup>143</sup>:

- El *Consejo Nacional de Salud*, que es el organismo encargado de la coordinación del sector salud en Paraguay, se encuentra constituido por instituciones públicas y privadas del sector salud y presidido por el Ministro de Salud, con la responsabilidad de coordinar y controlar los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas. El Consejo define los lineamientos técnicos de la Política Nacional de Salud y del Plan Nacional.
- Los *Consejos Regionales de Salud*, conformados por representantes de las diferentes organizaciones del sector, también cuentan con una mesa directiva integrada por un presidente, un vice-presidente y tres vocales. La presidencia es ejercida por el Secretario de Salud de la Gobernación.
- Los *Consejos Locales de Salud*, conformados por representantes de las diferentes organizaciones del sector, cuentan con una mesa directiva integrada por un presidente, un vice-presidente y tres miembros. La presidencia es ejercida por la Dirección de Higiene y Salubridad de la Municipalidad.

143 El organigrama del Sistema Nacional de Salud fue obtenido del **Manual para la definición de un conjunto de servicios de salud esenciales**. Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD). (2002)

Además las tres instancias anteriores, existe un comité ejecutivo, cuyas funciones son conducir, orientar, implementar, monitorear y evaluar el Plan Nacional de Salud y su presupuesto<sup>144</sup>.

Como fue expresado anteriormente, el Sistema tiene una función cooperativa y participativa, que aglutina tanto al sector público como privado responsable de la atención de salud en el Paraguay.

El *subsector público* está conformado por:

- *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)*<sup>145</sup>. Es la autoridad del poder ejecutivo que tiene la función de definir y dirigir la política sanitaria del gobierno central. Actúa como un órgano regulador, normatizador y fiscalizador de los distintos recursos del sector en áreas del ejercicio profesional, habilitación y acreditación de los efectores, medicamentos, alimentos y tecnología médica. Gerencia, normatiza, coordina y controla programas específicos de salud pública: salud materno infantil, nutrición, control de enfermedades prevenibles por vacuna, control de enfermedades transmisibles y zoonosis, saneamiento ambiental, fortalecimiento de los servicios de salud, coordinación de la participación comunitaria y la atención de los sectores marginales y asentamientos indígenas.
- El *Instituto de Previsión Social (IPS)*<sup>146</sup>. Es un organismo autónomo y autárquico con personería jurídica que posee patrimonio propio y que genera los recursos a ser presupuestados. Los beneficios que brinda a sus asociados incluyen: cobertura integral de la salud, maternidad, en caso de accidentes otorga un subsidio de desempleo por incapacidad transitoria y beneficios a largo plazo: jubilaciones por vejez y pensiones por incapacidad permanente. La cobertura en riesgos de enfermedad contempla atención médico quirúrgica y dental, cobertura completa de medicamentos, hospitalización, provisión de prótesis y ortopedia, leche para lactante; servicios mortuorios; ambulancia para traslado; anteojos; pago por reposo; pago por maternidad, etc. (MSPyBS, inédito).
- *Sanidad de las fuerzas armadas*. Tiene por objetivo prestar atención médica y paramédica al personal de las FF.AA. de la nación, militares en situación de retiro y veteranos de la guerra del Chaco y sus familiares. También presta atención a civiles en zonas donde no existen otros centros asistenciales, en cumplimiento del programa de acción cívica de las FF.AA<sup>147</sup>.

---

144 Los Consejos Locales de Salud se encuentran operando en casi todo el territorio nacional, mientras que los Consejos Regionales y Nacional no tienen una continuidad en sus acciones. Cabe destacar que el Consejo Nacional de Salud debe ser convocado por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social.

145 Sus gastos están financiados por el Tesoro Público, crédito público y, aunque en menor escala, también cuentan los generados por las propias instituciones oferentes de servicios de salud, fondos especiales y cooperaciones internacionales. (Barrios Kück, 2002)

146 Se financia con los aportes de empleados y empleadores del sector privado y el Estado aporta cierto porcentaje dentro del Régimen General. (Barrios Kück, 2002)

147 Sus recursos provienen del Presupuesto General de la Nación a través del asignado al Ministerio de Defensa. (Barrios Kück, 2002)

- *Sanidad Policial.* Ofrece prestaciones médico-hospitalarias a funcionarios y ex-funcionarios civiles y uniformados del Ministerio del Interior, y de la policía y a sus familiares como así también a presidiarios<sup>148</sup>.
- *Universidad Nacional de Asunción.* Presta servicios gratuitos o semigratuitos a población de bajos recursos.
- *Sanidad Municipal.* Realiza actividades de saneamiento ambiental, control de alimentos, desinfección de lugares públicos y recolección y eliminación de residuos sólidos. En cuanto a prestación de servicios médicos cuenta con un Policlínico Municipal que se encuentra en la Capital y seis Puestos Sanitarios ubicados en las zonas periurbanas. Brinda asistencia médica a obreros y familiares así como a sectores de la población de escasos recursos. Su cobertura poblacional es mínima y no tiene impacto en las estadísticas sanitarias.
- *Sanidad Departamental.* Por ley, el Secretario de Salud de la Gobernación es la autoridad máxima del Consejo Regional de Salud y coordina con los Municipios del departamento y del Gobierno Central. Actualmente ya fueron conformados 15 consejos regionales y 111 locales. Entre sus funciones, le corresponde participar en la administración de los servicios de salud de su área de influencia.
- *Entes autónomos y empresas estatales descentralizadas.* Itaipú Binacional y Yacyretá ofrecen prestaciones de salud y seguro médico a funcionarios, exfuncionarios y familiares en instalaciones sanitarias propias. Además aportan recursos para programas preventivos y de asistencia médica a toda la población de la zona de influencia de las represas. El Instituto Nacional del Indígena (INDI) posee un hospital situado en Limpio, destinado a la atención de la salud de los indígenas. Las aldeas S.O.S. cuentan con un hospital ubicado en Hohenau, y puestos sanitarios en Cevallos Cué, Luque y dos en San Ignacio.
- *Cruz Roja Paraguaya.* Es una entidad mixta financiada mediante aportes de una Fundación privada sin fines de lucro y el MSPyBS, que aporta los salarios del personal. Se dedica fundamentalmente a la atención materno-infantil de población de bajos recursos.
- El *subsector privado* es el menos conocido debido a la falta de información sobre el mismo; este sector se encuentra integrado por:
  - *Instituciones privadas sin fines de lucro.* Son generalmente organismos no gubernamentales (ONGs) entre las que se encuentran la Cámara Junior, Clubes de Leones, Derechos del Niño Deficiente (DENIDE), la Asociación de Padres y Amigos de deficientes mentales y físicos (APADEM), la fundación Banco de Ojos, etc., existen en el país alrededor de 20 organizaciones de este tipo.

<sup>148</sup> La fuente de financiamiento de sus servicios provienen de recursos asignados en el Presupuesto General de la Nación a través de la Policía Nacional y además cuenta con un seguro complementario en forma de prima fija. (Barrios Kück, 2002)

- *Instituciones privadas con fines de lucro.* Constituidas por los seguros de asistencia médica, hospitales, sanatorios, clínicas, policlínicos, laboratorios, etc. También existen actualmente 28 empresas de medicina prepaga que cubren alrededor 280.000 afiliados (MSPyBS, inédito).

## Equipamiento sanitario

El objetivo primordial de los servicios sanitarios es proteger y/o mejorar la salud, y la eficacia con que se logra ese objetivo depende de las prestaciones que se ofrecen y de la manera en que están organizadas. “La prestación eficiente de servicios sanitarios exige que los diversos recursos financieros se repartan de manera equilibrada entre los muchos insumos que se usan a tal fin” (OPS, 2000:83)

En un análisis general, la asistencia médico-sanitaria incluye, básicamente, tres clases de bienes y servicios diferentes: los servicios médicos, odontológicos y auxiliares (prestados por profesionales habilitados para ello), los medicamentos (elaborados por laboratorios farmacéuticos, intermediados por droguerías y vendidos al público en farmacias) y los servicios hospitalarios (brindados por hospitales públicos y clínicas y sanatorios privados).

En este apartado se realizará una comparación entre la disponibilidad de servicios hospitalarios existente en las diferentes jurisdicciones, a fin de evaluar el nivel del equipamiento y la infraestructura sanitaria disponible.

Como fue expresado anteriormente, en Argentina corresponde a cada Ministerio de Salud provincial la gerencia y gestión política y técnica para el cumplimiento de programas y actividades de salud en la respectiva jurisdicción política, por lo tanto, la prestación de servicios de salud es responsabilidad propia de cada gobierno provincial, a través de los ministerios o secretarías correspondientes.

En las cuatro provincias argentinas estudiadas, tanto el subsector público como el privado conforman una amplia red de servicios de salud, estructurada por niveles de complejidad. Si bien los respectivos ministerios tienen a su cargo la supervisión y control de los servicios privados, “no hay un plan sectorial que coordine el desarrollo de la capacidad instalada de las diversas instituciones. Cada una actúa por separado, lo que lleva a duplicaciones en las principales ciudades del país” (OPS, 1998:451).

Por otra parte, la autonomía de las provincias, en materia de salud, dificulta el análisis de la disponibilidad de los servicios de salud del sector público, porque se encuentran clasificados de diferente manera en cada una de ellas.

En el **Chaco**, los servicios asistenciales del sector público se clasifican de acuerdo a los siguientes niveles de complejidad:

- I - Rural. Puesto sanitario "B" rural, a cargo de un agente sanitario o auxiliar de enfermería. Asistencia normatizada (diagnóstico y tratamiento), promoción y prevención. Visitas médicas programadas. Ubicados en parajes o colonias de entre 100 y 500 habitantes.
- I - Urbano. Puesto sanitario "B" urbano, a cargo de un agente sanitario o auxiliar de enfermería. Asistencia normatizada (diagnóstico y tratamiento), promoción y prevención. Visitas médicas programadas. Ubicados en ciudades cabeceras de las zonas sanitarias.
- II - Puesto sanitario "A". Asistencia médica generalista, odontológica y de enfermería ambulatoria. Guardia pasiva.
- III - Hospital rural, con asistencia médica generalista, odontológica, y de enfermería con internación. Algunos tienen laboratorio y radiología. Guardia pasiva.
- IV - Hospitales cabecera de zona, con asistencia médica de las cuatro especialidades básicas (general, pediatría, cirugía y tocoginecología). Con laboratorio, radiología e internación. Guardias activas. Residencias de medicina general. Ubicados en las cabeceras de las zonas sanitarias.
- V - Centros de salud urbanos, con asistencia médica de las especialidades básicas (general, pediatría, cirugía y tocoginecología). La mayoría cuenta con atención odontológica<sup>149</sup>.
- VI - Hospitales de referencia provincial, referencia de asistencia médica de adultos y pediátrica, con especialidades y subespecialidades. Guardia activa y pasiva. Ubicados en cabecera de zona II (Presidencia Roque Saenz Peña) y zona I (Resistencia)<sup>150</sup>.
- VIII - Referencia de asistencia médica de adultos, con especialidades y subespecialidades. Guardia activa y pasiva. Centro de Medicina Bionuclear (CABIN). Ubicado en cabecera de zona I (Resistencia).

Por su parte, la provincia de **Formosa** clasifica los servicios asistenciales de la siguiente manera:

- A1 - Extensión del primer nivel de atención. A cargo de un auxiliar de enfermería o agente sanitario. Con servicio permanente de personal sanitario. Visitas médicas programadas.
- A2 - Primer nivel de atención. Constituye la cabecera del área programática. Asistencia médica generalista, agentes sanitarios o auxiliares de enfermería.
- A3R - Asistencia médica generalista, agentes sanitarios o auxiliares de enfermería. Atención de partos institucionales y salas de internación (hasta 8 camas en total). Puede llegar a albergar servicios médicos ambulatorios especializados (tocoginecología, pediatría, odontología).
- A4R - Al servicio de atención de partos institucionales se le suma el de diagnósticos clínicos (Rx, ecografías, laboratorio) Alberga servicios médicos ambulatorios es-

<sup>149</sup> Si bien, los centros de salud se clasifican como nivel V, a los efectos de medir la complejidad integran el nivel III.

<sup>150</sup> No existen servicios de nivel VII.

pecializados (tocoginecología, pediatría, odontología). Dispone además de quirófano sucio para la atención de emergencias. Posee servicio de guardia

- B1 - Primera referencia, cirugía de baja complejidad.
- B2 - Primera referencia, cirugía de mediana complejidad.
- C - Segunda referencia, patologías de alto riesgo, servicios especializados de internación y auxiliar de diagnóstico de mayor complejidad.

**Misiones** a su vez clasifica los establecimientos sanitarios de la siguiente manera:

Nivel I - Puesto de salud:(sin internación) Atención médica diaria o periódica, por médico general, control de tratamiento por auxiliar de enfermería, vacunación, entrega de leche, derivación de pacientes a otros establecimientos de mayor complejidad.

Nivel II - Consultorios externos periféricos: (sin internación) Atención médica integrada e integral, realizada diariamente por médico pediatra y clínicos. Atención de la embarazada por partera, control de tratamiento por enfermera, vacunación, entrega de leche, visita domiciliaria por enfermera y asistente social, traslado de pacientes derivados a centros asistenciales de mayor complejidad.

Nivel III - Unidad sanitaria: (con internación) Prestación médica permanente realizada por médico general, establecimiento dedicado preferentemente a la atención de la embarazada y del niño, atención odontológica, control de tratamiento por enfermera, vacunación, entrega de leche, traslado de pacientes derivados a centros asistenciales de mayor complejidad.

Nivel IV - Hospital de área: (con internación) Atención médica integrada e integral, correspondiente a las cuatro clínicas básicas: pediatría, clínica, cirugía y tocoginecología, prestaciones de laboratorio y radiología, prestaciones periódicas por parte de especialistas, atención odontológica, control de tratamiento por enfermera, vacunación, entrega de leche, traslado de pacientes derivados a centros asistenciales de mayor complejidad.

Nivel V - Hospital Base de Zona: (con internación) Atención médica integrada e integral, correspondiente a las cuatro clínicas básicas y especialidades como: otorrinolaringología, oftalmología, y traumatología, servicio de guardia permanente, atención odontológica, prestaciones de laboratorio y radiología, control de tratamiento por enfermera, vacunación, entrega de leche, traslado de pacientes derivados a centros asistenciales de mayor complejidad, docencia.

Nivel VI - Hospital central provincial : (con internación) Atención médica integrada e integral, correspondiente a las cuatro clínicas básicas y especialidades como: otorrinolaringología, oftalmología, y traumatología, cardiología, neurología, neurocirugía, etc., servicio de guardia permanente, servicio de cuidados intensivos, servicio de rehabilitación, prestaciones de laboratorio, radiología, hemoterapia, anatomía patológica, etc., atención odontológica, docencia e investigación.

Sin nivel de complejidad - Monoclínicos de salud mental, de enfermedades transmisibles y de geriatría.

La provincia de **Corrientes** por su parte considera los siguientes niveles de complejidad:

Nivel I - Establecimientos con atención exclusivamente ambulatoria; cuenta con visitas periódicas programadas de médico general y con atención permanente de enfermería. Funciona con marcado énfasis en medicina preventiva y constituye la conexión básica entre la comunidad y los servicios de salud.

Nivel II - Establecimientos con atención médica general brindada en consultorio externo o a domicilio. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para exámenes y terapéutica de rutina. Puede identificarse con un nivel de atención médica primaria.

Nivel III - Establecimientos que agregan internación general y atención odontológica periódica. Este nivel sirve habitualmente a poblaciones rurales.

Nivel IV - Establecimientos donde aparecen diferenciadas las cuatro clínicas básicas: Medicina, Cirugía, Pediatría y Tocoginecología, tanto en consultorio como en internación, y Odontología en forma permanente. En ellos, ya se encuentra cirugía como actividad regular y una mayor complejidad de los servicios de apoyo. En general, este nivel se halla ubicado en pequeños centros urbanos.

Nivel V - Establecimientos de atención exclusivamente ambulatoria, con diferenciación de Clínica Médica, Pediatría y Tocoginecología, aparece ligado a establecimientos de nivel VI o más, es decir, en zonas urbanas. Cuenta con laboratorio y radiología para exámenes de rutina.

Nivel VI - Establecimiento que disponiendo de las cuatro clínicas básicas se agregan algunas especialidades quirúrgicas, tanto en consultorio como en internación. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamientos ya presentes en el nivel IV se hacen más complejos, y aparecen Anatomía Patológica y Electrodiagnóstico. Sirve a centros urbanos de relativa importancia; con frecuencia constituye el nivel de mayor complejidad y es centro de derivación para una provincia

Nivel VII - Establecimiento como el nivel V, brinda atención exclusivamente ambulatoria pero se agregan especialidades quirúrgicas; cuenta con laboratorio y radiología. Se le supone asociado con un establecimiento de nivel VIII y por lo tanto está previsto para núcleos urbanos.

Nivel VIII - Establecimiento que dispone de una amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que en este nivel, incluyen sectores como Radioterapia, Medicina Nuclear y Cuidado Intensivo. Se lo encuentra en grandes conglomerados urbanos, a menudo como centro de docencia universitaria. El espectro de especialidades que cubre le permite resolver por sí mismo la mayor parte de los problemas médicos, por lo cual puede actuar como nivel de derivación regional.

Nivel IX - Establecimiento que alcanza la máxima complejidad disponible. La diferencia con el anterior (VIII) es solo cuantitativa y obedece a la mayor cantidad de subespecialidades, tanto en clínicas como en servicios intermedios y aún los generales. Puede actuar como nivel de absorción de la derivación regional o nacional.

En **Paraguay**, ante la necesidad de legislar la organización y el funcionamiento de los establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, se aprueba en 1970 el Decreto No. 16.649, que determina, entre otras cosas, los diferentes tipos de instituciones médicas existentes y los requisitos para la apertura de los mismos.

Mediante dicho decreto se fija la siguiente clasificación:

*Sanatorio*: es la institución destinada a la asistencia y curación de enfermos por medio de tratamiento higiénico, farmacológico u operatorio. Contará como máximo 30 camas.

*Hospital*: cumple las mismas funciones enunciadas para un sanatorio pero realiza además acciones preventivas y de adiestramiento de personal sanitario. Debe tener más de 30 camas.

*Clínica*: es un establecimiento donde trabaja un grupo de médicos que realizan atención ambulatoria

*Consultorio*: es un establecimiento donde trabaja un solo médico que realiza tratamiento del paciente en forma ambulatoria.

Los sanatorios y hospitales se clasifican en dos grupos:

*General*: son los que ofrecen los cuatro servicios básicos: clínica médica, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y otras especialidades.

*Especializado*: son los que ofrecen un solo servicio o una sola especialidad según la enfermedad o tipo de paciente que trata.

Las clínicas se clasifican de la siguiente forma:

*General o policlínicas*: instituciones donde se ofrecen servicios de dos o más especialidades médicas.

*Especializadas*: instituciones donde se ofrecen servicios de una sola especialidad médica.

El MSPyBS cuenta con un sistema regionalizado de servicios sanitarios, distribuidos en 18 Regiones Sanitarias, cuyas áreas geográficas corresponden a la división política de país. El MSPyBS ha iniciado un proceso de desconcentración administrativa hacia las Regiones Sanitarias, y los Consejos Regionales y Locales de Salud. Las Direcciones Regionales pueden ahora reclutar personal y redistribuir recursos entre los distintos programas; las Secretarías de Salud de las Gobernaciones Departamentales (cuyo titular es el Presidente del Consejo Regional de Salud) manejan recursos de menor magnitud, no utilizados dentro del plan (OPS, 2001).

El sistema regionalizado de servicios presenta cuatro niveles de atención y son:

Nivel I: Primario - Puestos de Salud y Dispensarios: se encuentran localizados en áreas rurales aisladas y dispersas. Con menos de 1000 habitantes (Dispensarios) y más de 6.000 habitantes (Puestos de Salud). Realizan acciones de promoción y protección de la salud y la atención de la patología más frecuente a través del personal auxiliar de en-
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

fermería o de obstetricia rural o voluntarios. No posee internación pero generalmente dispone de dos camas.

Nivel II: Básico - Centros de Salud: Se localizan en poblaciones rurales y periurbanas de más de 5.000 habitantes. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, atención ambulatoria y, hospitalaria, a través de personal médico, odontólogo, enfermera, obstetra, técnicos y auxiliares. Dispone de internación y el número de camas varía de 6 a 19.

Nivel III: Básico Complementario - Hospitales Regionales - H. Distritales: se localizan en poblaciones de más de 100.000 habitantes y constituyen el servicio de cabecera de cada Región Sanitaria y el de mayor complejidad. Realizan acciones de promoción y protección de la salud También realizan atención ambulatoria, hospitalaria y especializada en los cinco servicios generales a través de personal profesional, técnico y auxiliar.

Nivel IV: Hospital General y Hospital Especializado: Existe un Hospital General y ocho Hospitales Especializados. Su cobertura es nacional. Realizan atención especializada y constituyen centro de referencia terminal de la red de servicios regionalizados de salud. Son Hospitales de porte medio y grande (60 a 250 camas).

Por otra parte el IPS posee una estructura organizacional y funcional caracterizada por los niveles central y regional. Tiene acuerdos de cooperación con otras instituciones prestadoras de servicios y formadoras de recursos humanos en salud (MSPyBS, inédito).

Clasifica sus servicios sanitarios de acuerdo a 5 niveles de complejidad.

Nivel I: Corresponde a los Puestos Sanitarios tipo "B" cuya función es la de prestar servicios de promoción y protección de la salud y atención de la patología local más frecuente. Existen 41 establecimientos de este tipo.

Nivel II: Los puestos sanitarios tipo "A" ofrecen servicios de consulta externa de medicina general y odontología, a través de profesionales médicos y odontólogos. Existen 29 establecimientos tipo "A".

Nivel III: Son las Unidades Sanitarias. Éstas ofrecen servicios de consulta externa general y algunas especialidades (cardiología, dermatología, obstetricia, pediatría y otras especialidades). Dispone de camas de internación y partos. Existen 20 Unidades Sanitarias.

Nivel IV: Corresponde al Hospital Regional y brinda atención de consulta externa en Medicina y algunas especialidades. Realiza cirugía y atención de partos. Constituye en un Centro de Referencia de las instalaciones sanitarias más pequeñas. Existen 9 Hospitales Regionales, distribuidos estratégicamente.

Nivel V: Está destinado a brindar la más alta tecnología en el campo de la medicina. Dispone de Sectores de Urgencia, consultas externas, hospitalización, terapia intensiva de niños y adultos, neurología, cirugía cardíaca, etc. Brinda más de 22 especialidades médicas. Constituye el Hospital de referencia y contrareferencia del sistema. Está representado por el Hospital Central con asiento en la Capital, que cuenta con 550 camas. En la Capital dispone además de cinco Clínicas Periféricas: C. 12 de Junio; C. Nanawa; C. Boquerón; C. Ingavi y C. Zaballos Cué.

Como se puede observar, existe una importante similitud entre las dos clasificaciones, la diferencia radica en que el MSPyBS incluye en el nivel I a los establecimientos que el IPS clasifica en nivel I y II. El resto de los niveles son similares.

Según el informe del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social “Paraguay. Situación de salud” del año 2000, la capacidad física instalada de los tres subsectores, público, paraestatal y privado era de 1436 establecimientos aproximadamente<sup>151</sup>, (cuadro 6) de los cuales el 70% pertenecen al sector público y el 30% al sector privado. “Se estima que el subsector público brinda cobertura a la totalidad de la población del país. La distribución de sus servicios está dispuesta de tal forma que abarca zonas de baja densidad poblacional, poco rentables para el sector privado” (MSPyBS, inédito).

**Cuadro 6**

**Disponibilidad de Servicios Asistenciales por dependencia. Paraguay 2000**

	Hospitales generales y/o especializ.	Hospitales regionales o distritales	Centros de Salud y Unidades sanitarias	Puestos de salud, puestos sanitarios y enfermerías	Sanatorios	Clínicas	Total
MSPyBS <sup>1</sup>	12	36	127	680			813
IPS <sup>2</sup>	1	9	20	70		5	105
Sanidad Militar <sup>2</sup>	1	2	25	24			52
Sanidad Policial <sup>2</sup>	2			13			15
UNA <sup>2</sup>	1						1
Itaipú	3			4			7
SOS INDI <sup>2</sup>							
Cruz Roja <sup>2</sup>	1						1
UCA <sup>2</sup>	2						2
Privados <sup>2</sup>	33				127	280	285
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>48</b>	<b>167</b>	<b>756</b>	<b>127</b>	<b>285</b>	<b>1436</b>

Fuente: 1/ Departamento de Bioestadística MSPyBS Año 2001. 2/ Elaboración propia en base a datos extraídos de MSPyBS, Centro de Documentación “Paraguay Situación de Salud 2000”.

**151** Cabe mencionar que debido a la falta de información del subsector privado no se puede precisar exactamente el número de establecimientos.

Como se puede observar en el cuadro 6, de los 994 establecimientos asistenciales del sector público, 756 corresponden instituciones sin internación (puestos de salud, dispensarios, puestos sanitarios y enfermerías) y el resto a servicios asistenciales con internación. Con respecto al sector privado, el total de establecimientos con internación registrados en el país asciende a 304<sup>152</sup>; no se ha podido cuantificar el número total de establecimientos sin internación por falta de información correspondiente a consultorios médicos.

Para poder comparar la disponibilidad de equipamiento sanitario en las distintas jurisdicciones, se agrupó a los establecimientos en servicios de atención básica de salud, que son establecimientos sin internación, por un lado, y los establecimientos con internación, por otro.

Al observar el cuadro 7 se advierte una importante diferencia en cuanto a la cantidad total de establecimientos existentes en cada jurisdicción. De todas maneras, si se compara el total de servicios de salud pública, en relación con el total de población, independientemente del nivel de complejidad; en las provincias Argentinas, la mejor situación se observa en Formosa y Chaco con un índice de 4,6 servicios cada 10.000 habitantes, y 4,0 por 10.000 habitantes respectivamente. Corrientes por su parte, presenta el índice más bajo con 2,4 servicios por 10.000 habitantes y la provincia de Misiones se encuentra en una posición intermedia con 3,6 servicios cada 10.000 habitantes.

Con respecto a los departamentos fronterizos del Paraguay, Ñeembucú exhibe la mejor situación con más de 7 servicios por 10.000 habitantes. En contraposición, Central, Asunción y Alto Paraná revelan el escenario más crítico, si bien es importante aclarar que las dos primeras jurisdicciones, además de conformar un gran aglomerado, disponen de servicios mucho más especializados y de mayores dimensiones, tanto en equipamiento como profesional.

Si bien el número de servicios es importante, no da cuenta de la real disponibilidad de prestaciones. Por ello, con el fin de evaluar la disponibilidad, el acceso y la distribución de la prestación de servicios de salud, sería ideal contar con una serie de indicadores o bien con un indicador compuesto, pero la información disponible no permite compatibilizar los datos entre las jurisdicciones de uno y otro país; por tal motivo el número de camas hospitalarias disponibles es uno de los pocos índices útiles relacionados con la disponibilidad de recursos de salud (OPS, 2005).

---

152 Forman parte de este tipo de establecimientos los hospitales, sanatorios y las clínicas que tengan como mínimo cuatro camas.

**Cuadro 7****Establecimientos asistenciales del sector público por jurisdicción. 2001.**

Jurisdicción	Servicios sin internación	Servicios con internación	Servicios sin internación por 10.000 hab.	Servicios con internación por 10.000 hab.	Servicios totales por 10.000 hab.
<b>Chaco</b>	<b>351</b>	<b>44</b>	<b>3,6</b>	<b>0,4</b>	<b>4,0</b>
<b>Corrientes</b>	<b>178</b>	<b>48</b>	<b>1,9</b>	<b>0,5</b>	<b>2,4</b>
<b>Formosa</b>	<b>192</b>	<b>34</b>	<b>3,9</b>	<b>0,7</b>	<b>4,6</b>
<b>Misiones</b>	<b>309</b>	<b>35</b>	<b>3,2</b>	<b>0,4</b>	<b>3,6</b>
Concepción	52	6	2,9	0,3	3,2
San Pedro	77	10	2,4	0,3	2,7
Cordillera	24	18	1,0	0,8	1,8
Guairá	34	9	1,9	0,5	2,4
Caaguazú	50	12	1,1	0,3	1,4
Caazapa	40	8	2,9	0,6	3,4
<b>Itapúa</b>	<b>64</b>	<b>13</b>	<b>1,4</b>	<b>0,3</b>	<b>1,7</b>
<b>Misiones</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>1,9</b>	<b>1,0</b>	<b>2,8</b>
Paraguarí	31	14	1,4	0,6	2,0
<b>Alto Paraná</b>	<b>48</b>	<b>7</b>	<b>0,9</b>	<b>0,1</b>	<b>1,0</b>
<b>Central</b>	<b>48</b>	<b>23</b>	<b>0,4</b>	<b>0,2</b>	<b>0,5</b>
<b>Ñeembucú</b>	<b>53</b>	<b>4</b>	<b>6,9</b>	<b>0,5</b>	<b>7,5</b>
Amambay	19	3	1,7	0,3	1,9
<b>Canindeyú</b>	<b>33</b>	<b>3</b>	<b>2,4</b>	<b>0,2</b>	<b>2,6</b>
<b>Pte. Hayes</b>	<b>28</b>	<b>5</b>	<b>3,4</b>	<b>0,6</b>	<b>4,0</b>
A. Paraguay	21	4	18,1	3,5	21,6
<b>Boquerón</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>2,2</b>	<b>1,5</b>	<b>3,6</b>
<b>Asunción</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>0,6</b>	<b>0,4</b>	<b>1,0</b>

Se encuentran resaltadas las jurisdicciones que integran la frontera.

Fuente: Ministerios de Salud de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones y Departamento de Bioestadística, MSPyBS. 2001.

Paraguay dispone de aproximadamente 10.290 camas hospitalarias o sea 19,9 camas por 10.000 habitantes. Del total disponible, casi el 65% corresponde al sector público y el resto al sector privado<sup>153</sup>.

**Cuadro 8****Disponibilidad de camas por dependencia. Paraguay 1999, 2000 y 2001**

Dependencia	Camas
MSPyBS <sup>1</sup>	4035
IPS <sup>2</sup>	1195
Sanidad Militar <sup>3</sup>	651
Sanidad Policial <sup>3</sup>	130
UNA <sup>3</sup>	650
Privado <sup>3</sup>	3629
Total	10290

Fuente: 1/Departamento de Bioestadística, 2001. 2/IPS Informe de la Dirección Médica. 2001. 3/MSPyBS, Centro de Documentación "Paraguay Situación de Salud 2000"

Por su parte, las provincias argentinas presentan una relación camas/habitantes considerablemente superior. Misiones posee el menor índice con 32,1 camas por 10.000 habitantes; Formosa 34,9 y Corrientes y Chaco 37,9 y 42,5, respectivamente. Pero la participación del sector público y privado es muy heterogénea; en la provincia del Chaco existe un predominio del sector privado (56%) mientras que en Corrientes y Formosa el sector público concentra el 65 % y 59% respectivamente (cuadro 9).

**Cuadro 9****Número de camas disponibles en establecimientos asistenciales. Nordeste 2001**

Provincia	Sector público	Sector privado	Total
Corrientes	2299	1226	3525
Chaco	1837	2347	4184
Formosa	997	692	1689
Misiones	1547	1552	3099

Fuente: Ministerio de salud

Como fue expresado anteriormente, los servicios de salud pueden ser ofrecidos tanto por los sectores público como privado, pero las fuerzas del mercado no aseguran que todas las personas tengan acceso al conjunto mínimamente aceptable de los beneficios de la salud. Por ello se hace necesaria la participación del estado, a través de una modalidad solidaria, especialmente en aquellos ámbitos geográficos en los cuales existen recursos insuficientes, a fin de lograr que todas las personas tengan acceso a la atención sanitaria de acuerdo a sus necesidades reales de salud y que dicha situación no dependa exclusivamente de la capacidad de pago que tengan. "Dado que los recursos son limitados siempre habrá forma de racionamiento, pero el precio no deberá ser el criterio principal para determinar quien recibe asistencia y de que tipo" (OPS; 2000:53).

“En una sociedad pluralista y justa, toda persona, independientemente de su posición social, debe tener derecho a la mejor calidad de atención de salud, lo que es posible lograr por la concurrencia de los sectores públicos y privados hacia los intereses de la salud pública como un todo” (Sans e Hidalgo, 2002:170).

Es de esperar que el sector privado elija concentrar sus esfuerzos en áreas de mayor nivel socioeconómico, mientras que es siempre deseable que el sector público disponga de mayor cantidad de recursos en aquellas áreas que presentan altos niveles de pobreza o altos porcentajes de población sin cobertura. Si esto no fuese así, la realidad sería muy preocupante.

La distribución espacial de la disponibilidad de camas del sector público, (mapa 26) permite afirmar, en una primera aproximación, mayor capacidad de equipamiento sanitario en las provincias Argentinas con respecto a país vecino.

En Paraguay se observa, además de una menor disponibilidad de camas, una distribución considerablemente inequitativa<sup>154</sup> ya que los mayores índices se registran en Asunción, con una disponibilidad de más de 33 camas por diez mil habitantes, muy superior a las registradas en el resto del territorio, que no superan las 14 camas por diez mil habitantes, como es el caso del departamento Ñeembucú.

“Por otra parte, si bien la entrega de servicios por parte del MSPyBS a través de todos los niveles de prestación y complejidad es progresiva, se sugiere un mayor grado de focalización por grupos objetivos para mejorar y ampliar la cobertura y lograr disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible, esto es disminuir la desigualdad y la exclusión y aumentar la igualdad de obtener acceso a servicios de salud cuando sean necesarios, independientemente de la capacidad de pago, ubicación geográfica, grupo étnico, marginados, etc. (Barrios Kück, 2002:15)

En el Nordeste argentino existe una situación relativamente diferente; en primer lugar, se registran índices considerablemente superiores a los observados en el vecino país, por otra parte, se percibe una distribución más equitativa; en general los departamentos con condiciones socioeconómicas más desfavorables<sup>155</sup> poseen mayor atención por parte de los gobiernos provinciales. Esto demuestra la preocupación de los respectivos ministerios por brindar a toda la población acceso a los servicios de salud.

En lo que se refiere a las jurisdicciones fronterizas, como fue expresado anteriormente, existe un importante desequilibrio entre ambos países. A excepción de Asunción, el resto del territorio fronterizo –y no fronterizo– del lado paraguayo presenta un importante déficit, en comparación con los territorios localizados del lado argentino.

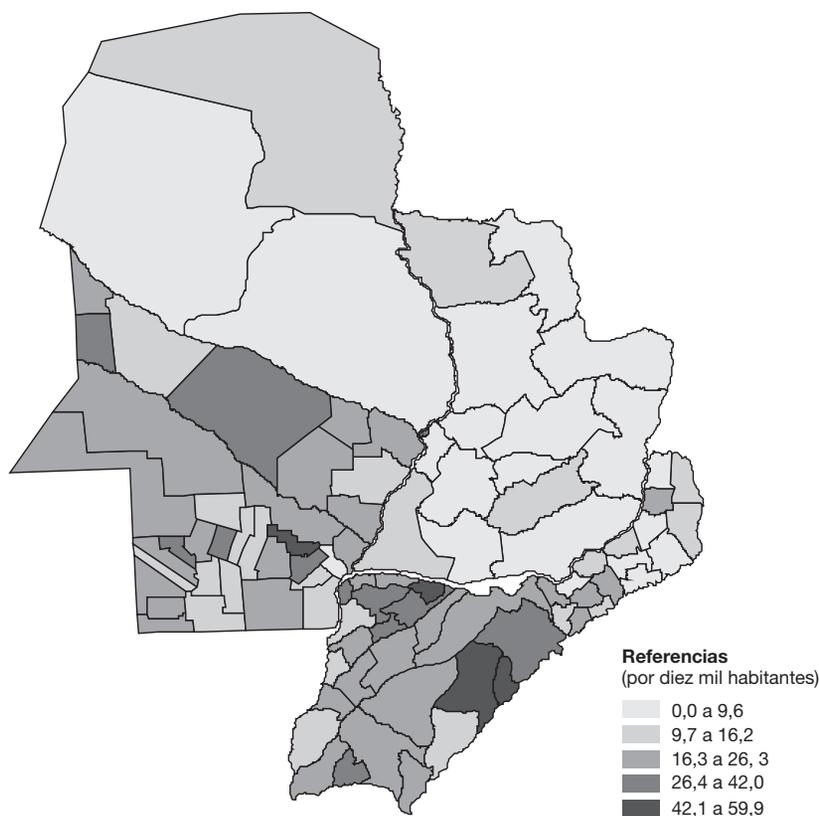
---

154 “La distribución de gastos por departamento... permite ver una asignación inequitativa de los gastos de Asistencia Médica General del programa de Acción del MSPyBS. Ya que no son coherentes con las necesidades de la población de cada departamento...” (Barrios Kück, 2002:26)

155 Tal es el caso de los departamentos localizados en el norte y noroeste de las provincias de Chaco y Formosa y en el centro de la provincia de Corrientes y en el este de Misiones.

Mapa 26

## Disponibilidad de camas del sector público. Año 2001



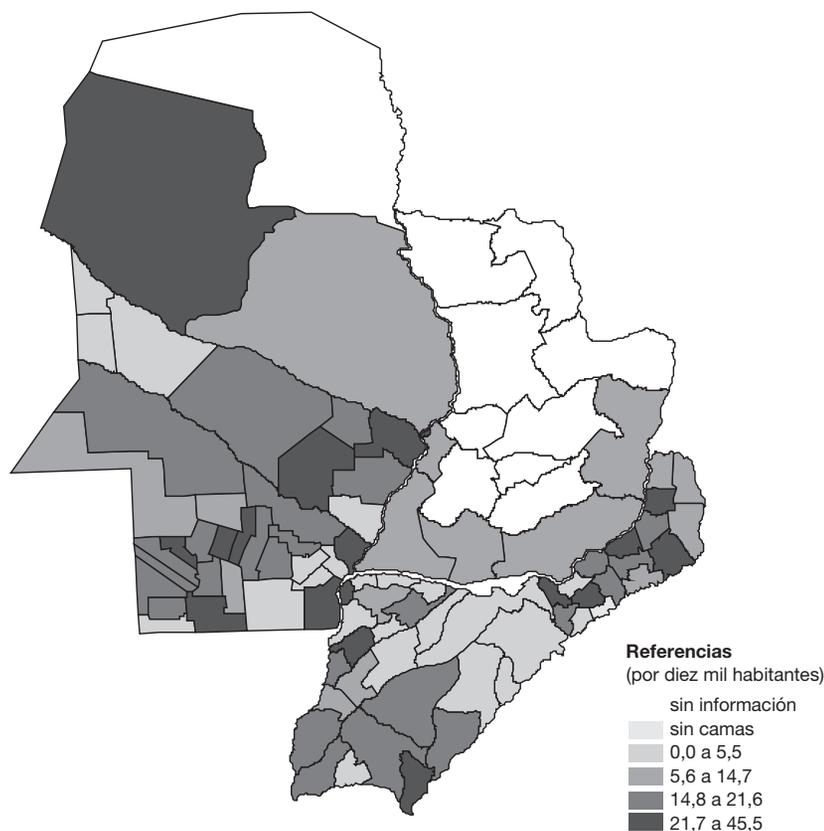
Fuente: MSPyBS de Argentina y Paraguay. Elaboración propia

La distribución de camas del sector privado, como era de esperar, presenta un patrón espacial considerablemente diferente. En general, la mayor disponibilidad se registra en los departamentos que albergan a las ciudades capitales y centros urbanos importantes<sup>156</sup>, mientras que los distritos con menor proporción de población o con condiciones socioeconómicas más desfavorables presentan índices muy bajos, e inclusive en algunos de ellos no existe la participación privada.

En Paraguay, si bien se cuenta únicamente con información correspondiente a los departamentos que conforman la frontera, es importante resaltar la situación del departamento Boquerón con una disponibilidad de más de 40 camas por diez mil habitantes, este contexto obedece a la presencia de centros asistenciales correspondientes a la población menonita existente en la región<sup>157</sup>.

**156** La atención privada se basa principalmente en la prestación de servicios en los consultorios y unidades hospitalarias pequeñas y medianas, con fines de lucro, por lo tanto su localización depende fundamentalmente de la disponibilidad de obtener beneficios económicos.

**157** Entre los centros asistenciales pueden destacarse: Sanatorio Eirene-Filadelfia, Sanatorio Fernheim, Sanatorio Loma Plata y Hospital Concordia-Neuland.

**Mapa 27****Disponibilidad de camas del sector privado. Año 2001**

Fuente: MSPyBS de Argentina y Paraguay. Elaboración propia

Al analizar exclusivamente los departamentos fronterizos del lado argentino, merece una mención especial la frontera misionera, con una significativa dotación de camas hospitalarias pertenecientes al sector privado; situación diferente se observa en el sector correntino, cuyos departamentos carecen de servicios privados.

Es importante resaltar, además, la condición del departamento Pilcomayo en el noreste de la provincia de Formosa, con una importante disponibilidad de servicios privados. Esta situación puede, de alguna manera, estar relacionada con la movilidad de la población en relación a los servicios de salud, la presencia de cercana de Asunción puede constituir un importante “mercado” para los servicios privados argentinos.

Este hecho que podría explicar también la situación de los departamentos misioneros, dónde la movilidad de población fronteriza es considerable.

En el mapa 28, que representa una síntesis de las camas disponibles (públicas y privadas) por 10.000 habitantes, es perfectamente perceptible la diferencia exis-

tente entre ambas jurisdicciones nacionales; Paraguay presenta una realidad notablemente más crítica que las provincias argentinas, si bien hay que destacar la situación de Asunción y el departamento Boquerón.

En el primer caso, Asunción, no sólo es capital nacional, sino que es la jurisdicción con mejores condiciones de vida lo que, de alguna manera, coadyuva a la mayor presencia de servicios privados, pero es de esperar que el sector público oriente sus esfuerzos a los sectores más desprotegidos, y Boquerón, por su parte, es el resultado de la importancia que se otorga a los cuidados de la salud en las colonias menonitas occidentales.

Por otro lado, las provincias argentinas presentan una distribución más homogénea. Los sectores que carecen de servicios privados, fundamentalmente porque las condiciones socioeconómicas o la cantidad de población no los hacen rentables, poseen servicios públicos que equiparan los requerimientos de la población en materia de salud.

Estas características generales se traducen asimismo a los sectores de la frontera, que presentan, como fue expuesto anteriormente, una marcada diferencia según sea uno u otro país. Los departamentos paraguayos, a excepción de los antes mencionados –Asunción y Boquerón– se encuentran en una posición muy desventajosa en relación a sus pares argentinos, si bien hay que destacar que el departamento Ñeembucú posee una mejor situación en relación al resto de las jurisdicciones paraguayas.

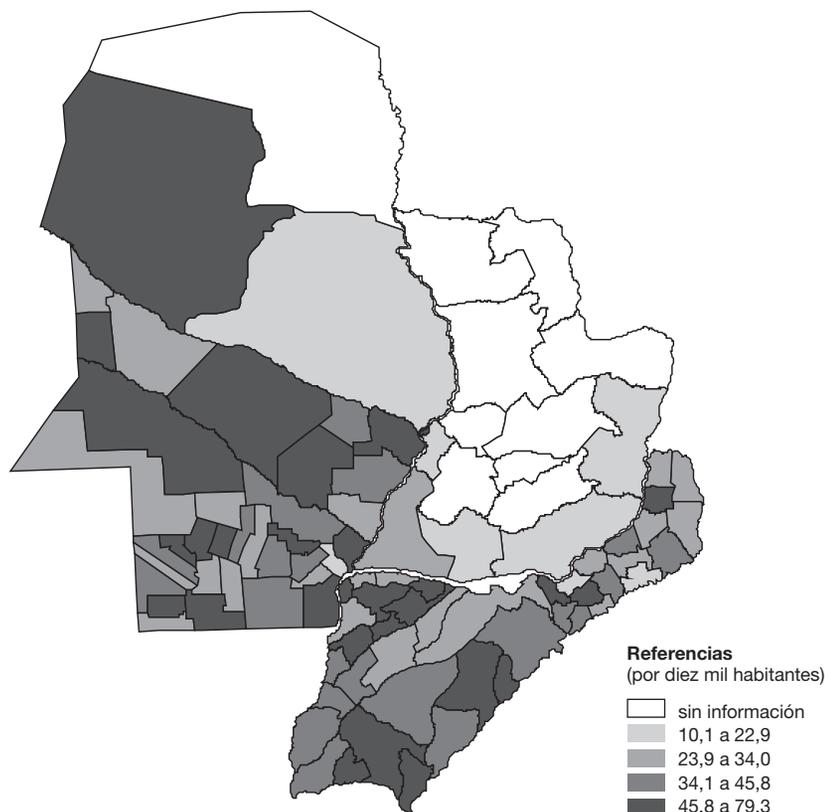
En la frontera Argentina la mejor posición, en relación a la disponibilidad de camas, se localiza en los departamentos que contienen a las capitales provinciales o a ciudades importantes.<sup>158</sup> Esta particularidad revela de alguna manera, la alta correlación que existe entre este indicador y los niveles de urbanización.

---

158 Tal es el caso, ya descrito del departamento Pilcomayo en el noreste de la provincia de Formosa.

Mapa 28

Disponibilidad de camas del sector público y privado. Año 2001



Fuente: MSPyBS de Argentina y Paraguay. Elaboración propia

## Disponibilidad de profesionales médicos

Para lograr los objetivos de las políticas y programas sanitarios, se requieren distintos tipos de recursos: humanos, económicos, materiales, etc., de los cuales el recurso humano es el más importante, ya que todas las modalidades de atención de la salud dependen de la existencia de personal capacitado. Pero a pesar de la gran importancia de los recursos humanos para el sector salud, se ha prestado muy poca atención a la planificación de los mismos.

“Los recursos humanos constituyen uno de los factores decisivos para provocar cambios en los sistemas de salud acordes con las necesidades y demandas de la población<sup>159</sup>; sin embargo, se reconoce que ha sido un aspecto olvidado por las agendas políticas de la reforma del sector, que ahora empieza a ganar prioridad” (OPS, 2002:373).

159 “Los recursos humanos son la base del sistema de salud: El desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población”. (OPS,2005:1)

Numerosos autores (Salinas et al., 1989; Rodriguez et al., 1994; Masciadri, 1997) que han analizado la disponibilidad de recursos humanos en salud, coinciden en la dificultad para obtener información, por la disparidad de registros utilizados, por la presencia de datos contradictorios dentro y entre fuentes, o bien por la ausencia de información.

Según un informe de la Dirección de Profesionales y Establecimientos de Salud del MSPyBS del Paraguay, para el año 2000 se encontraban registrados un total de 25.809 trabajadores de la salud. Cabe destacar que este dato no refleja el número real de profesionales que están en actividad, ya que muchos pudieron haber dejado la práctica profesional o haber fallecido.

La mayor parte de la fuerza de trabajo en el sector salud está constituida por los médicos, con el 25% del total (6.425) y los auxiliares de enfermería con el 24% (6.087). Del total de profesionales, 14.745 poseen títulos universitarios, 2.533 son técnicos y 8.531 auxiliares. (M.S.P. y B.S. Dirección de Control de Profesiones y Establecimientos de Salud).

Cuadro 10

**Disponibilidad de recursos humanos en salud. Paraguay 2000**

Profesión	Total
Médicos	6425
Auxiliar de enfermería	6087
Enfermero universitario	1114
Odontólogos	1986
Químicos	3436
Farmacéuticos	1236
Psicólogos	882
Otros	4643

Fuente: Dirección de Control de Profesiones y Establecimientos de Salud - M.S.P. y B.S.

Como fue explicado oportunamente, en Paraguay, no fue posible acceder a registros de médicos, por lo que el análisis en profundidad de los profesionales de la salud es exclusivo para las cuatro provincias argentinas.

La obtención de datos sobre la disponibilidad real de médicos en las provincias argentinas analizadas consumió un tiempo considerable, debido a la complejidad de las tareas que se tuvieron que realizar, tal como se explicara en el capítulo I.

Datos aportados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ponen de manifiesto que la República Argentina se encuentra en una situación favorable, en cuanto a la disponibilidad de recursos médicos, con respecto a otros países de América Latina (OPS,1998).

Sin embargo, al observar las tasas de mortalidad infantil, utilizadas en este caso como indicador de las condiciones de salud de la población, se puede suponer que en Argentina existiría una ineficiente utilización de los recursos humanos ya que, en comparación con otros países, no logra aún resultados satisfactorios. En el grupo de naciones americanas seleccionadas por tener menor índice de mortalidad infantil, Argentina presenta la relación médicos/habitantes más alta, a excepción de Cuba. Sobresalen por su eficiencia Chile y Costa Rica.

**Cuadro 11**

**Equipamiento profesional. Países seleccionados**

País	Med./hab. por 10000 1997	Tasa de mortalidad infantil 1996 (%)
Argentina	26,84	22
Chile	11,04	12
Costa Rica	14,11	12
Cuba	53,04	7,9
Canadá	22,91	6

Fuentes: OPS, 1998. Banco Mundial, 1999.

Por otra parte, si bien la oferta de médicos puede considerarse buena en Argentina, no se puede afirmar lo mismo en lo que respecta a su distribución regional; existen importantes diferencias entre la capital y las provincias, entre jurisdicciones ricas y pobres y al interior de las mismas<sup>160</sup>. En el 2001, en la provincia de Córdoba la relación era 44 médicos por diez mil habitantes; en Buenos Aires, 34 médicos por diez mil habitantes<sup>161</sup>, mientras que en las provincias del nordeste, en conjunto, la relación era de 18 médicos por diez mil habitantes, siendo la provincia de Corrientes la mejor posicionada, con 23 médicos por diez mil habitantes, mientras que Chaco, Misiones y Formosa presentan una tasa de 17, 15 y 14 médicos por diez mil habitantes respectivamente.

### Composición demográfica de la población médica

La composición por sexo de la población médica pone de manifiesto un predominio de varones (gráfico 11). En el Chaco, el 64 % de los médicos son varones, lo que determina un índice de masculinidad de 175%. En Formosa, la diferencia es aún mayor, con un 67 % de los médicos e índice de masculinidad de 200 varones por cada 100 mujeres. En Paraguay, es aún más evidente, el 69% de los profesionales médicos acreditados corresponden al sexo masculino, que representa un índice de masculinidad de 222 hombres por cada 100 mujeres.

**160** "La distribución geográfica de los profesionales denota la falta de lineamientos de política que promuevan su radicación en determinadas áreas de acuerdo con las necesidades de salud de la población". (Abramzón., 2005):

**161** Los datos del total de médicos por provincia fueron obtenidos de Abramzón. (2005): Recursos Humanos en Salud en Argentina en 2004. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires.

Estos índices llegan al infinito en el caso de los profesionales que superan los 70 años de edad y son muy elevados particularmente entre los mayores de 50 años<sup>162</sup>. La medicina ha sido por mucho tiempo una carrera universitaria preferentemente para varones, además de la más tardía formación superior para las mujeres.

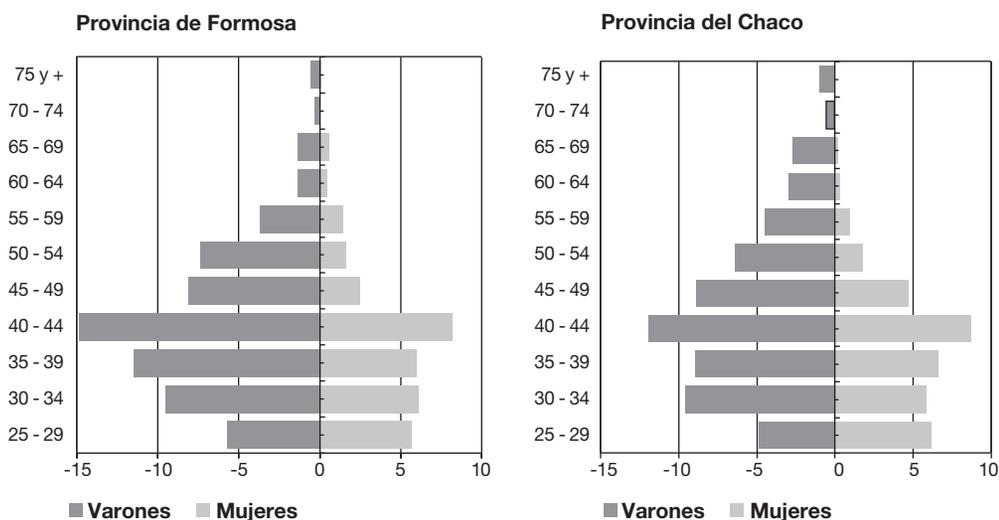
Entre los adultos y adultos jóvenes la presencia femenina se refuerza. El rápido proceso de feminización de la matrícula, ha provocado un relativo equilibrio entre sexos en los grupos de edades correspondientes a menores de 40 años y hasta marca el predominio femenino entre los médicos que inician su desempeño profesional.

Esta particularidad se observa tanto en la provincia del Chaco como en Formosa y podría deberse a dos motivos: menor edad de las mujeres a la hora de matricularse o un proceso de feminización muy acelerado. Por lo tanto, es de esperar una modificación de la estructura por sexo en los próximos años. Parecería además, que la feminización de la matrícula médica comenzó en la provincia del Chaco antes que en las otras provincias.

El grado de feminización, también se puede inferir de la desigual composición por sexo de los ingresantes a la carrera de medicina. Según datos de la UNNE, en el año 1992 comenzaron la carrera de medicina 1.178 alumnos de los cuales 743 (63%) eran mujeres y 435 (27%) varones, situación que pareciera ser cada vez más notoria en 2007 de un total de 1271 inscriptos el 70,2% corresponde al sexo femenino.

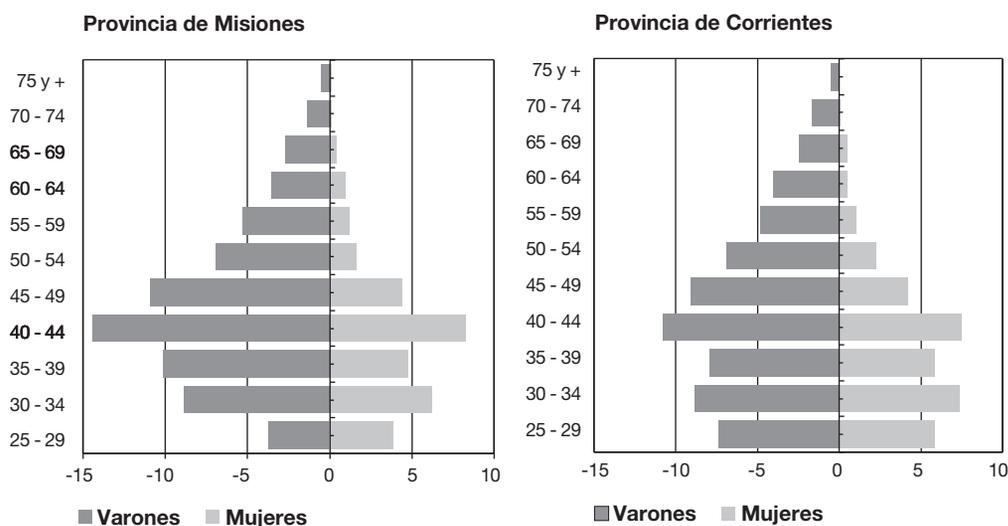
**Gráficos 11**

**Composición por sexo y edad de la población médica. Nordeste, 2000**



**162** De todas maneras es posible suponer que la presencia de los médicos de más de 70 años es porque aún no han sido dados de baja por jubilación.

## Gráficos 11 (cont.)



Fuente: Dirección de Fiscalización Sanitaria. Elaboración propia

Las medidas de tendencia central ponen de manifiesto un mayor número de profesionales entre los 40-44 años, especialmente entre los varones. Llama la atención, en las pirámides, el marcado dominio de esas edades. Pareciera que un importante número de profesionales se radicó en estas provincias hace unos 20 años atrás, lo que merece una mayor investigación.

## Cuadro 12

### Medidas de tendencia central de la composición por edad de los profesionales médicos. (en años). Nordeste, 2000

	Chaco			Formosa			Corrientes			Misiones		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T
Media	44	38,5	42	42	39	41	44	39	42	45	40	43,5
Mediana	43	39	41	41	38	40	43	38	41	40	43	42
Moda	40	42	40	42	42	42	41	43	43	43	42	42

Fuente: Dirección de Fiscalización. Elaboración propia.

La edad media y la mediana de las mujeres, relativamente menor que la de los varones, reflejan claramente la más reciente incorporación de éstas a la medicina.

Con respecto a la nacionalidad<sup>163</sup>, existe un amplio predominio de argentinos, especialmente en la provincia del Chaco, 96.2 %, y en Corrientes 94% en tanto Formosa se sitúa en 90%. Entre las otras nacionalidades presentes predominan los paraguayos, seguidos por médicos provenientes de otros países vecinos.

Esta información puede estar sólo ligeramente sesgada por la adopción de la ciudadanía Argentina y no declarada o registrada en el momento de la inscripción en el registro provincial.

Cuadro 13

**Distribución de médicos por nacionalidad. Nordeste, 2000**

	Argentino	Naturalizados	Paraguayos	Otros	Ignorados
Chaco	96.2	0.2	1.4	1.3	0.8
Formosa	90.1	3.4	4.5	0.7	1.2
Corrientes	94.2	1.7	1.9	2.1	0.1

Fuente: Dirección de Fiscalización. Elaboración propia.

### Médicos según condición de especialidad

Si bien las Direcciones Provinciales de Fiscalización son el ente autorizado por ley a certificar y habilitar el ejercicio profesional especializado, el conocimiento empírico permite comprobar que existen profesionales que ejercen una determinada especialidad sin estar debidamente registrados<sup>164</sup> o, en el peor de los casos, debidamente acreditados.

La condición de especialidad es uno de los indicadores comunmente utilizados para medir el nivel de complejidad de la práctica médica, tomándose como índice la relación médicos especialistas / médicos generales o bien médicos especialistas / población total (Salinas y otros, 1989).

En la provincia del Chaco, la matrícula especializada en relación con la matrícula general representa el 55 %<sup>165</sup>, en Misiones y Corrientes el 54% y 44% respectivamente. En la provincia de Formosa, la relación matrícula especializada / matrícula general es tan sólo del 14 %, muy inferior a la registrada en las demás provincias. Esto indicaría una importante carencia de profesionales especializados, lo que alerta sobre la escasa complejidad de la práctica médica, o señalaría un subregistro de especialistas, lo que da cuentas de la deficiencia del registro<sup>166</sup>.

**163** La base de datos de la provincia de Misiones no cuenta con información sobre nacionalidad.

**164** Basta detenerse en los avisos clasificados de los diarios locales, para encontrar especialidades ofrecidas por profesionales no registrados o matriculados en dicha especialidad.

**165** Cabe aclarar que existen mayor número de matrículas registradas porque existen profesionales que tienen más de una especialidad, pero en este caso se consideró sólo al profesional, independientemente de la cantidad de especialidades registradas.

**166** Debido al reducido número de especialistas en esta provincia, el análisis por sexo y por universidad de egreso no permite observar tendencias. A título ilustrativo se hace notar que el 14% de los varones poseen especialidad, en las mujeres el porcentaje asciende a 15%.

Entre las especialidades más comunes sobresalen las denominadas especialidades básicas como pediatría, tocoginecología, clínica médica, y cardiología.

**Cuadro 14**

**Primeras cinco especialidades médicas. Nordeste, 2000**

Especialidad	Chaco	Formosa	Corrientes	Misiones
	%	%	%	%
Pediatría	14.1	17.1	17.3	20.6
Tocoginecología <sup>167</sup>	11.8	11.1	12.5	18.9
Clínica médica	7.5	3.4	8.9	4.8
Cirugía <sup>168</sup>	7.5	12.8	9.9	14.6
Cardiología	5.2	9.4	8.0	6.3

Fuente: Direcciones de Fiscalización Sanitaria

En números absolutos, hay más especialistas varones, indudablemente porque existen más médicos de este sexo. Pero de igual manera se observa una mayor tendencia a la especialización por parte de profesionales de sexo masculino; la situación de mayor diferencia se observa en la provincia de Misiones, donde la relación especialistas varones/médicos varones es de 53%, mientras que en las mujeres se reduce a 40%. En la provincia del Chaco es de 58% y 50% respectivamente, relación que se reduce en Corrientes a 45% y 41%.

Hay un claro patrón de distribución geográfica de los especialistas; debe señalarse que en la provincia de Chaco, el 73% se encuentran radicados en Resistencia, la capital provincial, y el 17% en Presidencia Roque Sáenz Peña, la segunda ciudad. El 10% restante se distribuye en toda la provincia. Aún así quedan zonas pobremente atendidas.

En Formosa, del total de especialistas matriculados, el 54% se localiza en la capital y el 40% en la ciudad de Clorinda, con lo cual queda virtualmente agotada la oferta de especialidades.

Esta gran concentración de especialistas en las principales ciudades se repite nuevamente en Corrientes, donde la capital concentra el 71% de los mismos. En Misiones la distribución es más equilibrada, la ciudad de Posadas reúne el 57% de los médicos especialistas, un 10% se localiza en Eldorado, y el resto se distribuye en toda la provincia.

Si tenemos en cuenta que la condición de especialidad es uno de los indicadores comunmente utilizados para medir el nivel de complejidad de la práctica médica, la gran concentración de especialistas en algunas zonas o distritos y la escasez o inexistencia en otras, ponen de manifiesto que la complejidad sanitaria

<sup>167</sup> Incluye tocoginecología y ginecología

<sup>168</sup> En cirugía se incluyeron todas las cirugías específicas como ser: cardiovascular, gastroenterológica, general, de tórax, infantil, pediátrica, plástica, vascular, oncológica.

en la región es realmente deficitaria, o por lo menos desequilibrada, especialmente en Chaco y Formosa.

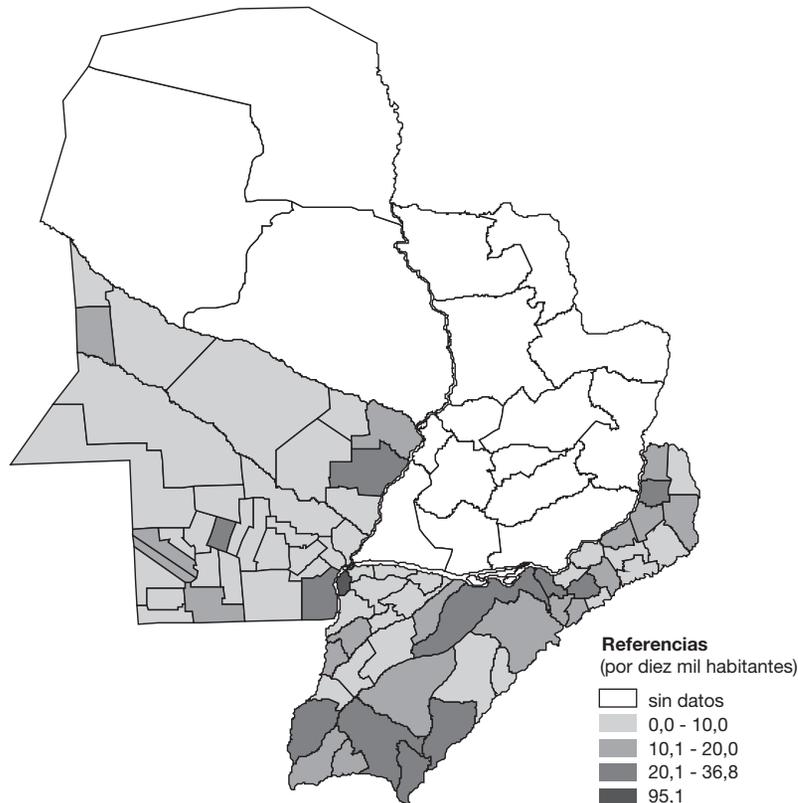
Con respecto a la frontera hay que destacar nuevamente que presenta un escenario de privilegio. La presencia de ciudades como Formosa, Clorinda, Posadas, Eldorado, en el límite mismo del país y otras muy próximas, como Resistencia y Corrientes, sitúan a este sector en una posición ventajosa con respecto al resto de la región.

### Distribución geográfica de los profesionales médicos

La relación médico/habitante es una de las medidas más usuales para analizar la equidad en la atención de la salud. En el año 2000, Corrientes es la que presentaba la situación más favorable, en términos generales, 29 médicos por 10.000 habitantes; en las provincias de Chaco y Misiones la relación disminuiría a 18 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en la provincia de Formosa, esta relación se reducía a 14 médicos por 10.000 habitantes.

Mapa 29

Disponibilidad de médicos por diez mil habitantes. 2001



Fuente: Direcciones Provinciales de Fiscalización Sanitaria. Elaboración Propia

En Paraguay la situación es considerablemente más crítica, con una relación de 12 médicos por 10.000 habitantes<sup>169</sup>.

Pero la distribución de los recursos médicos en estas cuatro provincias argentinas es espacialmente irregular, ya que la distribución de la población también lo es; pero la concentración en la radicación supera a la de la población.

En el mapa 29 se puede observar la gran disparidad existente en las provincias, y cómo el patrón de distribución está directamente relacionado con la presencia de centros urbanos y sus jerarquías. Los departamentos correspondientes a las capitales provinciales poseen más de 20 médicos cada 10.000 habitantes, llegando a casos extremos como en Corrientes con 95 médicos cada 10.000 habitantes, mientras que otras áreas no alcanzan a 8 médicos cada 10.000 habitantes como es el caso de la mayoría de las jurisdicciones de Formosa, y los departamentos del oeste del Chaco, los del noreste de Misiones y la mayoría de unidades administrativas de noroeste del Corrientes.

Al analizar este indicador, se observa que la situación de los sectores fronterizos depende, fundamentalmente, de la presencia de las capitales provinciales o ciudades importantes.

En síntesis, cualquier sea el indicador que se utilice para evaluar la disponibilidad de equipamiento sanitario, todos señalan:

- Una situación más deficitaria en Paraguay con relación a la observada en las provincias argentinas, si bien es importante destacar la ciudad de Asunción con una mejor disponibilidad de equipamiento sanitario tanto público como privado, y el departamento Boquerón con los centros asistenciales correspondientes a la población menonita.
- La presencia de mayor disponibilidad de servicios en los sectores fronterizos en relación a los territorios no fronterizos, en las dos jurisdicciones nacionales, debido fundamentalmente a la presencia de ciudades importantes a ambos lados del límite internacional.
- En la frontera, las mejores condiciones se registran en el tramo sobre el río Paraguay situación que obedece nuevamente a la presencia de centros urbanos destacados.
- Una distribución relativamente equitativa del equipamiento sanitario del sector público en las provincias argentinas analizadas.

Estas situaciones, sin lugar a dudas influyen en las condiciones de salud de la población y además generan una movilidad espacial en búsqueda de mejor atención sanitaria, especialmente de paraguayos a Argentina en los lugares de mayor dinamismo, como Posadas-Encarnación, Formosa-Alberdi y de argentinos a centros asistenciales más especializados de la capital paraguaya.

---

170 Estimación realizada en base a los datos proporcionados por la Dirección de Control de Profesionales y Establecimientos de Salud - M.S.P. y B.S.

## Consideraciones finales

*Hemos aprendido a volar como los pájaros, a nadar como los peces,  
pero no hemos aprendido el arte de vivir juntos, como hermanos.*

*Martin Luther King*

Es importante resaltar que, frente al proceso de globalización que se está implementando en el mundo, y del proceso de integración que desde algunos años, se está llevando a cabo en América mediante el MERCOSUR, se debe concebir a las fronteras como un lugar de convergencia, de afinidad, de coalición entre dos sociedades separadas por un límite jurídico resultante de un largo proceso histórico.

Cuando la escala de análisis es a nivel nación, ambos países, Argentina y Paraguay, presentan importantes asimetrías en su desarrollo económico, en sus representaciones políticas, en sus organizaciones institucionales, en el modelo de relaciones sociales y en sus manifestaciones culturales, pero estas diferencias se minimizan cuando se analizan los territorios de frontera; puede decirse que existen mayores contrastes hacia el interior del mismo país que a ambos lados del límite internacional.

Desde el punto de vista poblacional, Argentina se encuentra desde hace unas décadas en una etapa avanzada de la transición demográfica, con un crecimiento poblacional relativamente bajo y una estructura por edad considerablemente envejecida, mientras que Paraguay recién en los últimos cinco años se halla en plena transición demográfica, con una composición por edad más joven.

El estudio de la estructura por edad de una población es uno de los aspectos centrales de la demografía, ya que tiene decisiva importancia por sus repercusiones de orden social, económico y médico. Desde el punto de vista social determina, entre otras cosas, la implementación de servicios acordes a las necesidades de la población, escuelas, programas especiales para niños más pequeños, fuentes de trabajo para la población adulta y servicios asistenciales especiales, geriátricos, destinados a la población de la tercera edad. Condiciona igualmente una mayor o menor proporción de activos y pasivos desde el punto de vista económico y las características de un sistema racional de seguridad social.

Desde del punto de vista médico, que es uno de los temas centrales en éste trabajo, determina grandes diferencias en los problemas fundamentales. En la infancia y juventud se manifiestan en mayor grado las enfermedades infecciosas, en contraste con las poblaciones viejas en que destacan los problemas crónicos y degenerativos propios del adulto y del anciano. En las primeras, tienen interés especial la atención materna e infantil, saneamiento, inmunizaciones y fomento de la salud, mientras que en las poblaciones viejas aparecen como importantes los sistemas de diagnóstico precoz, la atención de los adultos y ancianos y la rehabilitación.

Al analizar las características demográficas de la población de las cuatro provincias del Nordeste argentino, éstas presentan mayores similitudes con el vecino país que con la media nacional.

Aún más, el estudio de la estructura por edad en el ámbito de la frontera permite distinguir que, si bien existen diferencias entre los distintos sectores en que se la dividió, no se observan mayores discrepancias entre las jurisdicciones a uno y otro lado del límite internacional.

La frontera a lo largo del río Pilcomayo posee un importante porcentaje de población joven y predominio de población masculina, a diferencia de la frontera sobre el río Paraguay, con una población más envejecida y mayoritariamente femenina y por último, la correspondiente al río Paraná, registra niveles intermedios en relación a la estructura por edad y una equiparación por sexo.

Por otra parte, las diferencias en cuanto a la estructura de la población, según condición urbano-rural, son muy importantes especialmente cuando se analiza a nivel de país. Argentina, desde hace ya unas décadas presenta una población predominantemente urbana –mas del 89%–, mientras que Paraguay, si bien, de acuerdo al último censo los habitantes urbanos superaron a los rurales –56%– los porcentajes son considerablemente diferentes.

Estas diferencias se reducen al observar los niveles de urbanización de las provincias argentinas, si bien éstas presentan porcentajes de población urbana superiores a los del vecino país, distan considerablemente de los niveles nacionales.

Por otra parte hay que destacar que, independientemente del país, la frontera, en comparación con los territorios aledaños, presenta mayores niveles de urbanización, como consecuencia de la presencia de ciudades en las riberas, especialmente del río Paraguay \_Gran Asunción, Pilar, Alberdi en Paraguay y Formosa, Clorinda y Resistencia en Argentina- y del río Paraná -Ciudad del Este, Encarnación, Posadas, Puerto Iguazú y Corrientes\_.

La existencia de estas ciudades obedece fundamentalmente a la historia de colonización que tuvieron estas regiones y no a la condición de frontera. El medio natural del territorio, la presencia de los grandes ríos que facilitaron la penetración y las comunicaciones desde épocas prehispánicas, determinaron la ocupación y el desarrollo de las áreas ribereñas.

Es importante destacar lo anterior porque los mayores niveles de urbanización en las jurisdicciones argentinas por un lado, y en la frontera en comparación con los territorios “extrafronterizos” por otro, van a condicionar de alguna manera las características socioeconómicas de la población y la disponibilidad de los servicios sanitarios.

Como fue expresado en el capítulo correspondiente, uno de los objetivos específicos de éste trabajo es la caracterización socioeconómica de la población. Al respecto, es fundamental aclarar que para este análisis se seleccionaron indicadores que permitieran, por un lado, analizar las condiciones de vida de la población y, por otro, que fueran compatibles con los censos nacionales de ambos países, condiciones indispensables para la determinación de los mismos.

El análisis espacial de estas variables permite concluir, en términos generales, la existencia de mejores condiciones en las provincias argentinas, con respecto a la situación en Paraguay.

El patrón espacial de los indicadores analizados permite distinguir que las condiciones más aceptables se registran en los departamentos y distritos relacio-

nados con los principales centros urbanos, como ser cabeceras de departamentos/distritos, y en especial, ciudades capitales de provincia, el aglomerado urbano de Asunción y núcleos del departamento Central y Paraguairí.

Las situaciones de mayor precariedad se localizan en los departamentos y distritos alejados hacia el Oeste y el Norte en la región del Chaco central y meridional por un lado, los distritos centrales del Paraguay oriental por otro, y, finalmente, los departamentos del triángulo Noroeste de Corrientes y de la banda del Uruguay en Misiones.

Por otra parte, se puede determinar que las regiones fronterizas presentan mejores condiciones de vida que los territorios “extrafronterizos”, situación que se encuentra siempre en relación con lo urbano, siendo las áreas más críticas aquellas que se localizan en la frontera del río Pilcomayo, tanto en Paraguay como en Argentina, en concordancia con los sectores menos urbanizados.

Esta situación, como fuera expuesta anteriormente, se relaciona más con los niveles de urbanización existentes y, fundamentalmente, con la presencia de ciudades importantes, producto de una historia particular, que con la condición de frontera. Si bien a ello se ha agregado posteriormente un crecimiento mayor que deviene, ahora sí, propiamente, de su condición fronteriza, especialmente en los sectores de mayor dinamismo en el intercambio de bienes y personas, esta situación no se registra en los tramos de frontera de escaso dinamismo, como la del Pilcomayo.

En síntesis, existe una conjunción de factores que operan desde las condiciones ambientales, la evolución histórica de la ocupación y el desarrollo del territorio hasta el dinamismo actual, determinando la situación de mejores condiciones socioeconómicas detectadas.

Es importante señalar estas diferencias espaciales, por su íntima relación con las condiciones de salud detectadas. Independientemente del indicador utilizado para analizar la situación de salud de la población –Mortalidad infantil, de 1 a 4 años, materna o incidencia de enfermedades– todos revelan un modelo espacial acorde con las condiciones socioeconómicas.

Antes de analizar los niveles de mortalidad infantil registrados en la frontera, cabe recordar que las tasas de mortalidad infantil del Paraguay corresponden a la mortalidad registrada y que la Dirección de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay estima un subregistro de defunciones de aproximadamente el 50%. Esto aplicado a las tasas correspondientes aumenta los niveles de mortalidad infantil en aproximadamente 20 puntos. Es muy importante tener en cuenta esta situación al comparar las condiciones de salud a ambos lados de la frontera.

Si bien en el capítulo correspondiente se cuestionó la calidad de los registros, especialmente en la provincia de Formosa, no se cree que estos lleguen a los niveles de subregistro de Paraguay.

En los sectores fronterizos, los mayores registros de mortalidad, se localizan en la frontera sobre el río Pilcomayo, sin que se observen diferencias entre ambos márgenes. Este sector se caracteriza por poseer las condiciones de vida más desfavorables, bajos niveles de urbanización y un alto porcentaje de población aborigen, variables íntimamente relacionadas con altas tasas de mortalidad.

En la frontera sobre el río Paraguay, la presencia de Asunción y el departamento Central, caracterizado por altos niveles de urbanización y mejores condiciones de vida, permite observar más bajas tasas de mortalidad infantil y de niños de 1 a 4 años, especialmente de lado paraguayo, si bien hay que recordar el importante subregistro de defunciones infantiles que presenta Paraguay.

Por otra parte, el sector fronterizo correspondiente al río Paraná presenta, a lo largo de toda la frontera, una situación más crítica en la ribera paraguaya, especialmente en el tramo correspondiente a la provincia de Misiones.

Es importante destacar nuevamente que estas diferencias se mantienen cuando se analiza la incidencia de las enfermedades seleccionadas.

En respuesta a los patrones de salud detectados, es imperativo, que en las áreas de frontera, el tratamiento a estos problemas se realice en forma conjunta mediante programas binacionales, que aborden la problemática en conjunto, es decir, se requerirá de un manejo y abordaje binacional de la salud en la zona fronteriza, especialmente en los sectores de mayor dinamismo, porque los numerosos cruces fronterizos que se dan hacia ambos lados de la frontera pueden determinar un problema en la salud pública.

Si bien las condiciones socioeconómicas no son los únicos factores que influyen sobre la salud, se encuentran entre los principales; por lo tanto una de las herramientas más efectivas para disminuir los riesgos de la salud, es mejorar la calidad de vida de la población, mediante el acceso a viviendas adecuadas, y servicios esenciales, como ser agua potable, saneamiento, etc., responsables de gran número de enfermedades.

Otro de los factores importantes para el mejoramiento de la salud es el acceso y accesibilidad de la población a los servicios de salud. En este sentido, cualquiera sea el indicador que se utilice, todos concluyen en que la situación en el Paraguay es marcadamente más crítica que del lado argentino, lo cual sumado a las condiciones socioeconómicas existentes, se reproduce en las tasas de mortalidad que registra, teniendo en cuenta los datos estimados.

En toda la frontera paraguaya sobresale, como un enclave, la ciudad de Asunción, con una mejor disponibilidad de equipamiento sanitario tanto público como privado, y el departamento Boquerón con los centros asistenciales correspondientes a la población menonita.

En las provincias Argentinas, los indicadores utilizados para analizar la oferta sanitaria muestran una distribución relativamente equitativa del equipamiento sanitario del sector público. Los sectores dónde la atención médica privada es

escasa, son atendidos por los sistemas de salud estatales que destinan gran parte de sus esfuerzos hacia las zonas más desfavorecidas.

Del lado argentino, la presencia de ciudades importantes confieren a la frontera características muy especiales en cuanto a la disponibilidad de equipamiento sanitario y profesional.

Cabe recordar que estas ciudades cuentan con la mayor complejidad sanitaria de la región, como así también, con la mayor disponibilidad de profesionales médicos.

Con respecto al sector de la salud pública, se localizan en el área los hospitales de mayor nivel de complejidad y capacidad de atención.

La frontera argentina concentra el 55% del total de camas disponibles del sector público en las cuatro provincias y el 56% de la población total. Con respecto al equipamiento sanitario privado la situación es aún más beneficiosa para el área, ya que cuenta con el 66% de las camas disponibles de dicho sector que como oportunamente se analizó, concentra sus prestaciones preferentemente en las ciudades importantes.

Reforzando todo lo anterior, se destaca que la frontera argentina reúne el 74% de los médicos matriculados en las cuatro provincias y más del 80% de los especialistas.

En síntesis, el área fronteriza concentra el 60% del total de camas disponibles en las cuatro provincias, para atender al 56% de la población de las mismas.

De todas maneras, debemos señalar nuevamente que esa situación beneficiada de la frontera, no deviene necesariamente de su condición fronteriza, sino del mismo proceso histórico indicado y de la consecuente presencia de centros urbanos importantes.

Por otra parte, cabe aclarar que si bien este sector presenta las mejores condiciones en comparación con el resto, esto no significa de ninguna manera que las mismas sean las óptimas; aún existen importantes problemas de salud por solucionar, altos niveles de mortalidad que se deben reducir y servicios esenciales que hay que implementar.

Retomando la idea inicial, es importante entender a las fronteras como territorios con una idiosincrasia particular que los hace diferentes. En la franja fronteriza se produce el fenómeno que Martínez (1994:10) denomina como “ambiente fronterizo”, indicando con él la totalidad de características y procesos que separan a las fronteras de otras regiones del país, dentro de las cuales ocupan un lugar destacado la interacciones transnacionales tanto desde el punto de vista económico, social, cultural y porqué no, familiar.

La frontera es el resultado de una relación, de un encuentro, de la interacción de dos sociedades más o menos diferentes, de dos realidades sociales, económicas, culturales, políticas que pueden tener mucho o poco en común, pero que en la “frontera” se unen, se combinan generando una realidad única.

Para los pobladores fronterizos, es indudable que la frontera constituye un lugar de encuentro entre dos naciones, que les permite diseñar una estrategia de vida diferente.

El poblador fronterizo “vive de la frontera”; “la nacionalidad es una variable que tiene una importancia secundaria en las zonas de fronteras, ya que en estas áreas de interfase se profundizan los intercambios de manera significativa y es frecuente la doble nacionalidad, procesos de hibridización cultural o de mezcla de nacionalidades” (Palau, 1995:3)

En las fronteras, permeables, dinámicas, donde los intercambios poblacionales son importantes, las diferencias entre los estados nacionales se minimizan, las poblaciones dejan de tener las características propias de su país para adquirir las cualidades de poblador fronterizo con matices propios, producto de la conjunción de las dos sociedades, de las dos culturas.



- Abed, Luis César (1993) **La enfermedad en la historia, una aproximación política, cultural y socioeconómica**. Dirección General de Publicaciones, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Abramzón, Mónica (2006) "Recursos humanos en salud en Argentina. Un desafío pendiente". **Revista de Salud Pública**. Vol. X. N° 1. Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.
- Acuña, Carlos y Mariana Chudnovsky (2002) **El Sistema de Salud en Argentina**. Universidad de San Andrés. ([http://burbuja.udesu.edu.ar/departamentos/economia/mariano\\_tomasi/cedi/dts/dt60.pdf](http://burbuja.udesu.edu.ar/departamentos/economia/mariano_tomasi/cedi/dts/dt60.pdf))
- AHRTAG (Appropriate Health Resources & Technologies Action Group Ltd.). (1993-1994). **Noticias sobre IRA**. AHRTAG N° 25, ed. esp..
- AHRTAG (Appropriate Health Resources & Technologies Action Group Ltd.) 1992 **Diálogo sobre la Diarrea**. AHRTAG N° 42, ed. esp..
- Álvarez-Dardet Díaz, Carlos (s/f) "Globalización y salud". **Políticas y Planes de Salud**. ([http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_polit\\_plan\\_2.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_polit_plan_2.htm)).
- André, Yves y Bailly, Antoine (1998) "Las representaciones espaciales de los territorios y del mundo". **Perspectivas: revista trimestral de educación comparada**, vol. XXVIII, N° 2. Oficina Internacional de Educación, OIE. Ginebra, Suiza.
- Arce, Hugo E. (1997) **Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina**. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 59. CEPAL Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Arias, Antonio E. (2004) **Lepra**. <http://www.webmedicaargentina.com.ar/TEMAS/lepra.htm>.
- Arredondo, Armando (1992) "Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad". **Caderno. Saúde Pública Vol 8 N° 3**. Río de Janeiro. (<http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05.pdf>).
- Arroyo, Fernando (1994) **Subdesarrollo y tercer mundo**. Cincel Kapelus, Bogotá.
- Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (2005) "Tuberculosis: un problema global de salud pública". **Boletín de temas de salud**. Año 12 N° 108. <http://www.medicos-unicipales.org.ar/bts0505.htm#1>.
- Audibert, Alejandro (1892) **Los límites de la antigua provincia del Paraguay**.- La Economía de Iustoni Hnos. y Cia, Buenos Aires.
- Avilés, Luis A. y Arturo Jiménez Cruz (s/f) "Frontera, Migración y Muerte: El Sida y La Operación Guardián" **El Bordo: Retos de Frontera**. Vol. 3 Universidad Iberoamericana del Noroeste. [http://www.tij.uia.mx/elbordo/vol03/bordo3\\_front\\_migra2.html](http://www.tij.uia.mx/elbordo/vol03/bordo3_front_migra2.html).
- Ayala, Félix (1987) **Salud pública en el Paraguay. Una aproximación diagnóstica**. Documento de Trabajo 8, BASE-IS, Asunción.
- Bajraj, Reinaldo y Jorge Bravo (1993) "Una visión sintética del ajuste económico y sus consecuencias demográficas en América Latina". **Notas de Población** Año XXII N° 59. CELADE. Santiago de Chile.

- Banco Mundial (1993) **Informe sobre el desarrollo mundial 1993**. Washington D.C..
- Banco Mundial (1999) **Informe sobre el desarrollo mundial**. Ed. Mundi-Prensa, Madrid.
- Barceló Pérez C., Guzmán Piñeiro R, et al. (2003) "Vivienda y salud en residentes en el municipio de Centro Habana. Ambiente físico". **Revista Cubana de Higiene y Epidemiología**, vol.41, no.2-3. La Habana.
- Barreto Otazú, César A. y Ramón Ramírez Parada (1997) **Reforma previsional. Elementos de análisis**. Serie Estudios Vol 15. CEPRO. Asunción.
- Barrios Kück, María Elizabeth (2002) **Equidad en el gasto público en salud en Paraguay**. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Asunción.
- Barrios, Oscar S. (1997) "Características de las condiciones de vida en el Paraguay". **Población y Desarrollo** 13. FNUAP, Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Económicas. San Lorenzo, Paraguay.
- Bassols Batalla, Ángel (1997) "Crisis y reestructuración en áreas de frontera" **Geographikós, 6º Encuentro de Geógrafos de América Latina, Territorios en redefinición. Lugar y Mundo en América Latina**. N° 8, Año 7, 2do. Semestre. Buenos Aires.
- Batista Moliner, Ricardo; Gisele, Coutin Marie y Pablo, Feal Canizares (2001) "Condiciones de vida y salud materno-infantil". **Revista Cubana de Salud Pública**, vol.27, N°.2.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662001000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200006&lng=es&nrm=iso).
- Beck, Hugo y Norma Meichtry (1999) "Paraguayos en el Nordeste Argentino en la primera mitad del siglo XX. Demografía e integración". **XIX Encuentro de Geohistoria Regional. Corrientes**.
- Behn Rosas, Hugo (1992) **Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina**. CELADE, Serie B, Santiago de Chile.
- Behn, Rosas, Hugo (1979. "Socio-economic determinants of mortality in Latin America". **Proceedings of the Meeting on Socioeconomic Determinants and Consequences of Mortality**. OMS. Geneva.
- Belmartino, Susana (1999) **Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?**, Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Benencia, Roberto y Hugo Mercer (1991) "Migración estacional, trabajo precario y enfermedad de Chagas" **Desarrollo Económico**. Revista de Ciencias Sociales, Vol. 31, N° 121. Capital Federal, Argentina.
- Bermejo, Pedro Mas. (2002). "Salud ambiental, desarrollo humano y calidad de vida en las Américas" **Libro de la Cumbre de Río a Johannesburgo** (PNUMA). PNUMA, OPS, INE.
- Bettcher, Douglas and Heather Wipfli (2001) "Towards a more sustainable globalisation: the role of the public health community". **Journal of epidemiology and community health** Vol.55. <http://jech.bmj.com/cgi/content/extract/55/9/617>.
- Blanco, Jorge y otros (1997) "Integración y frontera: una revisión conceptual". **6º Encuentro de geógrafos de América Latina**. Instituto de Geografía, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Bolsi, Alfredo y Norma Meichtry (1982. **Realidad y política migratoria en el nordeste argentino**. Cuadernos de Geohistoria Regional N° 7. IIGHI, Resistencia.
- Bravo, Jorge (1997) "Demographic consequences of economic adjustment in Chile". **Demographic Responses to Economic Adjustment in Latin America** (G. Tapinos, A. Mason & J. Bravo, eds.). Oxford.

- Breilh, J. y Granda, E. (1984) "Un marco teórico sobre los determinantes de la mortalidad". **Memorias del Congreso Latinoamericano de Población** (Programa de Investigaciones Sociales sobre Población en América Latina, vol. 1) Universidad Nacional Autónoma de México/El Colegio de México. México, D.F.
- Brezzo, Liliana M. (2004) "La guerra de la Triple Alianza en los límites de la ortodoxia: mitos y tabúes". **Universum, vol.19, no.1**.  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-23762004000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-23762004000100002&script=sci_arttext).
- Bronfman, M. (1993) **Multimortalidad y Estructura Familiar: Un Estudio Cualitativo de las Muertes Infantiles en las Familias**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- Bruniard, Enrique (1993) **Paraguay (Ensayo de interpretación geográfica)** Cuadernos de Geohistoria Regional N° 27. Resistencia. Argentina.
- Bruniard, Enrique y Alfredo Bolsi (1975) "El proceso histórico y los caracteres demográficos y socioeconómicos de la ciudad de Resistencia". **Folia Histórica del Nordeste**, N° 1, Resistencia.
- Bucher, Enrique y Jorge Abalos (1981) "Análisis de los factores que inciden en el control de la vinchuca en la región Chaqueña Argentina". **Symposia, VI Jornadas Argentinas de Zoología**.
- Bustamante, Jorge A. (1989) "Frontera México-Estados Unidos: Reflexiones para un marco teórico" **Frontera Norte**, Vol. 1, núm. 1, el Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, B. C.
- Carbonetti, Adrián. **La tuberculosis en la ciudad de Córdoba. Historia socio-demográfica de una enfermedad. 1906-1947**. CEA, Universidad Nacional de Córdoba, Tesis de Maestría.
- Carrizosa A., Flecha O., Gaete R., Martínez E, Ortellado M. (1996) **Diagnóstico sobre la situación del sector salud en el Paraguay**. Serie Estudios Vol 11. CEPPO. Asunción
- Carrizosa, Agustín (1996). **La reforma de la seguridad social en el Paraguay: el caso del sector salud**. Serie Estudios Vol 12. CEPPO. Asunción.
- CELADE (1986) **Paraguay: la mortalidad infantil según variables socioecómicas y geográficas, 1955-1988**. Serie A, N° 172. Santiago de Chile.
- CELADE (2005) "Transición demográfica. Cambios en la estructura poblacional: Una pirámide que exige nuevas miradas". **Temas de Población y Desarrollo N° 1**. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.
- Celton Dora (1995) "La declinación de la mortalidad en la Argentina". **II Jornadas Argentinas de Estudios de la Población (AEPA)**. H. Senado de la Nación. Buenos Aires.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población (1991) **Encuesta Nacional de Demografía y Salud**. Centro Paraguayo de Estudios de Población, Asunción, Paraguay y Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc. Columbia, Maryland USA.
- CEPA (Comite Ejecutivo para el Estudio de la Pobreza en la Argentina) (1994) **Mapas de la pobreza en la Argentina**. Buenos Aires.
- CEPAL (1995) **Alojar para el desarrollo: una tarea para los asentamientos humanos**. Reunión Regional de América Latina y el Caribe preparatoria de Hábitat II. Santiago de Chile. <http://habitat.aq.upm.es/iah/cepal/a003.html>.
- CEPAL, UNICEF y SECIB (2001) **Construir Equidad desde la Infancia y la Adolescencia en Iberoamérica**. <http://www.oei.es/observatorio2/cepal.htm>.

- Cerrutti, Marcela y Emilio Parrado (2001) "Migración laboral de trabajadores paraguayos a la Argentina: entrada a los mercados trabajo y trayectorias ocupacionales". **Estudios Migratorios Latinoamericanos** N° 48, año 16. CEMLA, Buenos Aires.
- Cetrángolo Oscar y Florencia Devoto (2002) **Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual.** [http:// www.eclac.cl](http://www.eclac.cl).
- Chackiel, Juan (1984) "La mortalidad en América Latina: Niveles, tendencias y determinantes". **Memorias del Congreso Latinoamericano de Población** (Programa de Investigaciones Sociales sobre Población en América Latina, vol. 1). Universidad Nacional Autónoma de México/El Colegio de México. México.
- Chackiel, Juan (2004) **La Dinámica demográfica en América Latina.** Serie Población y Desarrollo N° 58. CEPAL, CELADE. Santiago de Chile.
- Chackiel, Juan y Jorge Martínez (1993) "Transición demográfica en América Latina y El Caribe desde 1950". Documento presentado en la Conferencia Latinoamericana de población sobre la transición demográfica en América Latina y el Caribe, vol. 1, México, D.F.
- CIRD (2002) **Manual para la definición de un Conjunto de servicios de salud esenciales.** Centro de información y recursos para el desarrollo (CIRD), Asunción, Paraguay.
- Cusininsky, Marcos y Ana R Díaz-Mañez (1995) "La salud de los niños menores de 6 años". **Infancia y condiciones de vida.** INDEC, Buenos Aires.
- De Keijzer, Benno (1998) "Paternidad y transición de género". En B. Schmuckler y A. Langer (eds.). **Familias y relaciones de género en transformación.** The Population Council/EDAMEX. México.
- De Zarasqueta, Pedro (1996) "Políticas de salud". **La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales.** Instituto de Investigaciones "Gino Germani", Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- DGEEC (Dirección de Estadística, Encuestas y Censos) (1995) **Paraguay. Atlas de Necesidades Básicas Insatisfechas.** Asunción.
- DGEEC (Dirección de Estadística, Encuestas y Censos) (1999) **Población en el Paraguay.** Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, Fernando de la Mora, Paraguay.
- DGEEC (Dirección de Estadística, Encuestas y Censos) (2005) **Paraguay. Atlas de Necesidades Básicas Insatisfechas.** Asunción.
- Díaz Pérez, Viriato (1973) **La Revolución Comunera del Paraguay. Antecedentes históricos. Desarrollo. (2A. PARTE)** Palma de Mallorca.
- Dietz Sánchez, Edid y Damián Escribá Berro (2005) "Artritis como forma de presentación de la brucelosis. Reporte de un caso". **Pediatría Vol. 32, N° 2** Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría.  
[http://www.spp.org.py/revistas/ed\\_2005/artritis\\_vol2\\_2005.htm](http://www.spp.org.py/revistas/ed_2005/artritis_vol2_2005.htm).
- Duarte Oviedo, Plinio (1996) "Salud, población y desarrollo". **Población y Desarrollo** 10. FNUAP, Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Económicas. San Lorenzo, Paraguay.
- Duhau, Emilio (2001) "Política social, pobreza y focalización. Reflexiones en torno al programa de educación, salud y alimentación" **Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina:Parte III. Políticas Sociales y Gobiernos Locales.** Comp. Alicia Ziccardi CLACSO. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

- Engels, Federico (1963) "Prefacio a la situación de la clase obrera en Inglaterra". En: Marx C, Engels F. **Obras escogidas**. Editora Política, La Habana.
- Engels, Federico (1981) "La situación de la clase obrera en Inglaterra". En **Escritos de juventud 2**. Fondo de Cultura Económica México.
- Evans R, Barer M, Marmor T. (1996). **¿Por qué alguna gente está sana y otra no?**. Ediciones Díaz Santos. Madrid, España.
- Fábregas Puig, Andrés (1996) "Desde el sur, una revisión del concepto de frontera" **Revista Fronteras**, año 1, vol. 1, CNCA, México.
- Fantín, María Alejandra (1998). "El concepto salud enfermedad: una construcción social." **Temas de Población**. Cuadernos Docentes N° 7. Instituto de Investigaciones Geohistóricas - CONICET, Resistencia.
- Fantín, María Alejandra (1999) "Diferenciales socioeconómicos y salud en Chaco y Formosa" **Folia Histórica del Nordeste 14**. Instituto de Investigaciones Geohistóricas - CONICET e Instituto de Historia - Facultad de Humanidades - UNNE. Resistencia.
- Fantín, María Alejandra (1999) **Condiciones socioeconómicas y salud en el Gran Resistencia a comienzos de la década de 1990**. Centro de Estudios Avanzados. U.N.Córdoba, Córdoba.
- Fantín, María Alejandra (2004) "La mortalidad infantil en relación con las condiciones socioeconómicas en la frontera argentino-paraguaya". **Población y Desarrollo N° 27**. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Asunción, y UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas. San Lorenzo, Paraguay.
- Feachem R. (2001) "Globalisation is good for your health, mostly". **British Medical Journal Vol. 323**. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7311/504>.
- Feres, Juan Carlos y Xavier Mancero (2001) **El método de las necesidades básicas insatisfechas y sus aplicaciones en América Latina**. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos. División de Estadística y Proyecciones Económicas. CEPAL-ECLAC: Santiago de Chile.
- Figueras, J. et al. (2002) "Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?". **Gaceta Sanitaria 16 (1)** <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v16n1/v16n1a01.pdf>.
- Flood, M. Cristina V. de. (1997) **Gasto y financiamiento en salud en Argentina**. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 57. Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Flood, M. Cristina V. de. (1997) **Mujer y salud**. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 58. Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Formiga, Nidia (2003) **El proceso de redistribución espacial en las últimas décadas. El caso del sudoeste bonaerense**. Biblioteca Digital RAM. [http://redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ARGEN034\\_Formiga.pdf](http://redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ARGEN034_Formiga.pdf).
- Foschiatti de Dell'Orto, Ana María (1991) **El desarrollo urbano y las particularidades demográficas del Chaco y su capital entre 1960 y 1990**. Demográfica: Revista de Estudios de Población N° 4. Grafos, Resistencia.
- García, Víctor y Domingo Primante (1990) **Mortalidad**. CELADE, San José.
- Giménez, Manuel M. (1979) **Epidemiología de la lepra**. Resistencia.
- González Pérez, G., A. M. Gálvez González y Melfa Jaramillo Villarreal (1988) "Factores socioeconómicos y mortalidad infantil en Ecuador, 1970-1981" **Revista Saúde pública N° 22 N° 4**. Sao Paulo.

- Grimson, Alejandro (2001) "Fronteras, estados e identificaciones en el Cono Sur", (Daniel Mato, comp.) **Estudios Latinoamericanos sobre Cultura y Transformaciones Sociales en tiempos de globalización**. Caracas y Buenos Aires: UNESCO y Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Grushka, Carlos O. (1995) "Mortalidad adulta en Argentina. Tendencias recientes, causas y diferenciales". **Notas de Población N° 61**. CELADE, Santiago de Chile.
- Guerrero Hernández, M. T., Fritche Tamiset, J. et al. (2006) "Diseño y construcción de sanitarios ecológicos secos en áreas rurales". **Revista Cubana de Salud Pública. Vol.32, N°.3**. La Habana, Cuba.
- Gutierrez, Ramón y Ernesto Maeder (1995) **Atlas histórico del nordeste argentino**. Instituto de Investigaciones Geohistóricas, Conicet, Fundanord y Universidad Nacional del Nordeste. Resistencia.
- Guy Howard, Water y Jamie Bartram (2003) **Domestic Water Quantity, Service Level and Health** Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. (Resumen ejecutivo) ([http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/diseases/wsh0302/es/print.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/wsh0302/es/print.html)).
- Guzmán José Miguel y Susana Schkolnik (2002) "América Latina: los censos del 2000 y el desarrollo social" **NOTAS de Población N° 75**. CEPAL/CELADE.
- Huirán, Rodolfo y José Luis Ávila (2002) "Delimitación de la franja fronteriza del norte de México". **La situación demográfica de México. 2002**. Consejo Nacional de Población. México, D. F.
- Ibacache Burgos, Jaime (1997) **La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural**. <http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.htm>.
- INDEC (1984) **La pobreza en la Argentina**. INDEC, Buenos Aires.
- INDEC (1990) **La pobreza urbana en la Argentina**. INDEC, Buenos Aires.
- INDEC (1992) **Censo '91**. Serie B. INDEC, Buenos Aires.
- INDEC (1993) **Anuario estadístico de la República Argentina 1993**. INDEC, Buenos Aires.
- INDEC (1995) **Atlas estadístico de la República Argentina 1995**. INDEC, Buenos Aires.
- INDEC (1996) **Estimaciones de la población por departamento. Período 1990-2005**. INDEC, Buenos Aires.
- INDEC (1997) **La migración internacional en la Argentina: sus características e impacto**. Estudios 29. Buenos Aires
- INDEC (1998) **Anuario estadístico de la República Argentina 1998**. Buenos Aires.
- INEC y MINSa (1999) **Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud** Managua, Nicaragua.
- Infante, Claudia y Loraine Schlaepfer (1994) "Las variables socioeconómicas en la investigación en salud pública en México". **Salud Pública Vol. 36 N° 4**. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Jiménez San Emeterio, J. Camps Rubiol, T Montón Alvarez, J.L. (1998) **Tratamiento de la diarrea aguda infantil en atención primaria**. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol. 22-N° 5- España. [www.msc.es/biblioPublic](http://www.msc.es/biblioPublic).
- Katz, J. et al. (1993) **El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento**. Fondo de Cultura Económica, Serie Economía, Buenos Aires.
- Katzman Gareri, V. (1989) "La heterogeneidad de la pobreza: el caso de Montevideo". **Revista de la Cepal N° 37**. Santiago, Chile.
- Kessler, Gabriel (1996) "Empobrecimiento y salud: nuevos riesgos, condiciones de acceso y exclusión". **La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales**. Instituto de Investigaciones "Gino Germani", Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

- Kliksberg Bernardo (1994) "El rediseño del Estado para el desarrollo socioeconómico y el cambio. Una agenda estratégica para la discusión". **Revista de Administración Pública. Ensayos Contemporáneos**. Instituto Nacional de Administración Pública. México.
- Kliksberg, Bernardo (2000) "Los escenarios sociales en América Latina y el Caribe". **Revista Panamericana de Salud Pública Vol. 8**. Organización Panamericana de la Salud
- Kuri-Morales, Pablo, Fernando Galván; Patricia Cravioto, Luis Alberto Zárraga Rosas, y Roberto Tapia-Conyer (2006) "Mortalidad en México por influenza y neumonía (1990-2005)". **Salud Pública Méx 2006; Vol. 48 N° 5**. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- Labonte, Ronald (2001) "Liberalisation, health and the World Trade Organisation". **Journal of epidemiology and community health Vol. 55**.  
<http://jech.bmj.com/cgi/content/full/55/9/620>.
- Lalonde M. (1974) **Nouvelles perspectives de la santé des canadiens**. Ministère de Santé Nationale et du Bien-être Social. Ottawa.
- Lattes, Alfredo (2000) "Población urbana y urbanización en América Latina". **II Jornadas Iberoamericanas de Urbanismo sobre las Nuevas Tendencias de la Urbanización en América Latina**, Quito, Ecuador. <http://www.flacso.org.ec/docs/sfcllates.pdf>.
- Livi-Bacci, Massimo (1993) **Introducción a la Demografía**. Editorial Ariel S.A. Barcelona.
- Llusar Granell, Vicenta (2004) "Vivienda y salud". **Revista Open Life n° 24**. [www.openliferevista.com](http://www.openliferevista.com).
- López Arellano, Oliva (2004). **Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas**. XI Curso-Taller Legislación de Salud: Marco Regulatorio para la Extensión de la Protección Social en Salud. OPS/OMS-CIESS. <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/hp-xi-taller04-pres-lopez-arellano.pdf>.
- Lopez Trigal, Lorenzo y Benito del Pozo, Paz (1999) **Geografía Política**. Ediciones Cátedra. Madrid.
- Louro Bernal Isabel (2003) "La familia en la determinación de la salud". **Revista Cubana Salud Pública**; 29. [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29\\_1\\_03/spu07103.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_1_03/spu07103.pdf).
- Lozano J, Paipilla S, Galindo M. (2004) "Enfermedad diarreica aguda". En: Ucrós S, Caicedo A, Llano G (eds). **Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia**. Editorial Médica Panamericana. Bogotá.
- Macció, Guillermo A. y Ana María Damonte (1996) "La mortalidad de la niñez y en la adolescencia en el Uruguay". **Notas de población**. N° 63, CELADE, Santiago de Chile.
- Maeder Ernesto y Ramón Gutierrez (2003) **Atlas del desarrollo urbano del Nordeste argentino**. Instituto de Investigaciones Neohistórica - Conicet, Universidad Nacional del Nordeste. Resistencia, Chaco.
- Marder, G.; Franco Sycz, A.E.; Czernik, G.E.; Durán, G. (2005) "Seroprevalencia de brucelosis en hemodonantes del Banco de Sangre de Corrientes, Argentina". **Revista Veterinaria Vol. 16 N° 2**. Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE) .Corrientes, Argentina.
- Marmora, L y Cassarino, M (1998) "La variable migratoria en el MERCOSUR". Curso Interamericano sobre migraciones internacionales. Mar del Plata.
- Marmora, L. (1996) "Políticas migratorias en el MERCOSUR". **Diálogo Iberoamericano Vol. 1** Nueva York.

- Marshall, Adriana y Dora Orlansky (1983) "Inmigración de países limítrofes y demanda de mano de obra en la Argentina, 1940 - 1980" **Desarrollo Económico No 89** Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires.
- Martínez, Oscar (1994) **Border People: Life and society in the U.S. - México Borderlands**. Tucson, AZ., The University of Arizona Press.
- Masciadri, Viviana, A. (1997) **Diagnóstico y proyección de la demanda y de la oferta de personal de salud de la provincia de Córdoba: enfermeros, médicos y odontólogos**. CEA, Universidad Nacional de Córdoba, Tesis de Maestría.
- Massé, Gladys et al. (1995) "Los datos del censo nacional de población y vivienda 1991. Una evaluación cuali-cuantitativa de su calidad". **AEPA, III Jornadas Argentinas de Estudios de Población**. Santa Rosa.
- McKeown, Thomas (1976) **The Modern Rise of Population**. Londres: Edward Arnold.
- Medina Lois, Ernesto y Ana María Kaempffer (s/f) **Elementos de Salud Pública**. Biblioteca digital de la Universidad de Chile. [http://mazinger.sisib.uchile.cl/repositorio/lb/ciencias\\_quimicas\\_y\\_farmacologicas/medinae/cap2/5b1.html](http://mazinger.sisib.uchile.cl/repositorio/lb/ciencias_quimicas_y_farmacologicas/medinae/cap2/5b1.html).
- Meichtry, Norma C. (1998) "Integración regional y cambios en la movilidad territorial de la población del nordeste argentino". En: E. Muscar Benasayag (coord. comp.). **Innovación y desarrollo en Latinoamérica: Nuevas dinámicas en ciudades y regiones**. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Meichtry, Norma C. (1999) "Integración, fronteras y movilidad espacial de la población". **Folia Histórica del Nordeste 14**. Instituto de Investigaciones Geohistóricas - CONICET e Instituto de Historia - Facultad de Humanidades - UNNE. Resistencia.
- Meichtry, Norma C. y María Alejandra Fantín (2003) "Frontera y territorios aldeaños. Condiciones socioeconómicas en Paraguay y el Nordeste" **Cuarto Encuentro Internacional Humboldt "Geografía de la Integración"**. Puerto Iguazú, Argentina.
- Meichtry, Norma y Hugo Beck (2002) "Caracterización demográfica de la inmigración limítrofe en el Nordeste de Argentina en la primera mitad del siglo XX". En: H. A. Silva (Dir. Gral.) **Historia de las migraciones limítrofes en el cono sur de América. Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay**. Vol. 1, Argentina, México, D. F., Instituto Panamericano de Geografía e Historia.
- Meichtry, Norma. (1997). "Tendencias demográficas recientes en Argentina y en las provincias del Nordeste". **Décimo Sexto Encuentro de Geohistoria Regional**, Instituto de Investigaciones Geohistóricas, CONICET. Resistencia.
- Mendieta, E; Battaglia, V; Villalba, B (2001) "Mortalidad neonatal en el Paraguay: análisis de los indicadores". **Pediatría. Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría** Volumen 28 - Número 1 Asunción, Paraguay.
- Merck Sharp y Dohme (2004) "Lepra" **Manual Merck de información médica para el hogar** Merck Sharp & Dohme de España, S.A.Madrid, España Ed Océano. [http://www.msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_17/seccion\\_17\\_182.html](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_17/seccion_17_182.html).
- MMWR (1998) **Maternal mortality, United States, 1982-1996**. (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00054602.htm>).
- Montoya Silvia y Jorge Colina. **La Reforma de Obras Sociales en Argentina: Avances y Desafíos Pendientes** Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC/CIID) <http://www.idrc.ca/>.
- Montoya, Silvia (1997) **Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina**. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 60. Naciones Unidas. Santiago de Chile.

- Morales Paúl, Isidro (1989) **Política exterior y relaciones internacionales**, Academia de Ciencias Políticas y Sociales. Caracas.
- Mosley, W. y Chen, L. (1984) "An analytical framework for the study of child survival in developing countries". **Population and Development Review**, 10. The Population Council. New York.
- MSPyBS (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) (1998) **Paraguay. Indicadores de Mortalidad 1996**. Asunción.
- MSPyBS (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) (1999) **Paraguay. Indicadores de Mortalidad 1997**. Asunción.
- MSPyBS (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) (2000) **Recursos humanos del sector salud en el Paraguay. Estudio situacional**. Asunción.
- MSPyBS (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) (Inédito) **Paraguay. Situación de Salud 2000**. MSPyBS. Centro de Documentación Elaborado por la Dra. María Elena Ramírez de Rojas. Asunción.
- Müller, María S. (1984) **Mortalidad infantil y desigualdades sociales en Misiones**. Cuadernos del CENEP N° 25-26, CENEP, Buenos Aires.
- Murray, C. y J. Frenk (2000) "Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud". Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos No. 3. <http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/bu0542.pdf>.
- Nicholls, Eric S. (1993) "Diferencia de mortalidad en las enfermedades transmisibles según el nivel socioeconómico: el caso de América Latina". **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Vol 115, n° 3. Washington, D.C.
- Novick, Susana; Hener, Alejandro; Dalle, Pablo (2005) **El proceso de integración Mercosur: de las políticas migratorias y de seguridad a las trayectorias de los inmigrantes**. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, (Documentos de Trabajo 46). Buenos Aires.
- OIM (1992). **Migraciones en América Latina**. Oficina Internacional para las Migraciones, Santiago.
- OMS (1978) **Alma-Ata 1978 Atención primaria de la salud**. Serie: Salud para todos N° 1. Ginebra.
- OMS (1978) **Atención primaria de la salud**. Informe conjunto del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra.
- OMS (1987) **Vivienda y salud; agenda para la acción**. OMS, Ginebra. <http://www.bvsde.paho.org/eswww/fulltext/vivienda/vivisalu/vivisalu.html>.
- OMS (2000) **Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud**. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- OMS (2004) **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**. 115ª reunión. [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_35-sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_35-sp.pdf)
- OMS (2004). **Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed**. WHO, UNICEF, and UNFPA. Ginebra.
- OMS (2005) **Lepra**. Nota descriptiva N°101. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/index.html>.
- OMS (2005) **Primera actualización: imperativos y oportunidades para el cambio**. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. [http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/ImpandOpp%20Span.pdf](http://www.who.int/social_determinants/strategy/ImpandOpp%20Span.pdf).
- OMS, OPS (1990) **Las condiciones de salud en las Américas** - volumen I y II. Washington, D.C.

- OMS, OPS (1995) **Enfermedades diarreicas: prevención y tratamiento**. 2 ed. Washington DC.
- OMS, OPS (2004) **Manual de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia**. Washington, DC: OMS/OPS.
- OMS, OPS (2004) **Manual de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia**. Washington, DC: OMS/OPS.
- OMS, UNICEF (1996) **Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach**. 1° ed. Geneva.
- OMS/UNICEF (2000) **Informe sobre la evaluación Mundial del Abastecimiento de Agua y Saneamiento en 2000**. Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia 2000. EEUU.
- ONU (1978) **Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas** Nueva York, USA.
- OPS (1996) “La eliminación de la lepra en las américas” **Boletín Epidemiológico Vol. 17 N° 3**. [http://www.paho.org/spanish/sha/epibul\\_95-98/bs963lep.htm](http://www.paho.org/spanish/sha/epibul_95-98/bs963lep.htm).
- OPS (1997) **Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud**. Décima revisión. Vol. 2. OPS. Washington.
- OPS (1998) **Perfil de los Sistemas y Servicios de Salud de Argentina**. Área de desarrollo estratégico de la salud. Unidad de políticas y sistemas de salud. Organización Panamericana de la Salud.  
<http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeargentina-ES.pdf>.
- OPS (2000) “Definiciones de caso: Brucelosis, Carbunco (Ántrax) y Rabia”. **Boletín Epidemiológico, Vol. 21 No. 3**. Washington, DC.
- OPS (2000) **Informe anual del director. El progreso en la salud de la población**.  
<http://www.paho.org/Spanish/D/ar2000-1.pdf>.
- OPS (2001) “Desigualdades en la Mortalidad Infantil en la Región de las Américas: Elementos Básicos para el Análisis”. **Boletín epidemiológico Vol. 22 N° 2**.  
[http://www.paho.org/spanish/sha/be\\_v22n2-DesigualdadesI M.htm](http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n2-DesigualdadesI M.htm).
- OPS (2001) **Perfil del sistema de servicios de salud Paraguay**. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS.
- OPS (2001) **Stop Tuberculosis** Vol. 4, No. 2. [www.paho.org/Spanish/AD/DPC/ CD / tb-bol-2001-4-1-feb.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-bol-2001-4-1-feb.pdf).
- OPS (2002) **Día Mundial de la TB** Vol. 5, No. 1. [www.paho.org/Spanish/AD/DPC/ CD/ tb-bol-2002-5-1-feb.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-bol-2002-5-1-feb.pdf).
- OPS (2002) **II Reunión Conjunta de la Red de Vigilancia para Enfermedades Emergentes en el Amazonas y la Región de Cono Sur**.  
[www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=SPA&ID=48&PRGRP=docs\\_gen - 37k -](http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=SPA&ID=48&PRGRP=docs_gen-37k)
- OPS (2002) **La salud en las Américas. V.1**, Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.
- OPS (2003) **Tuberculosis** Vol. 6, No. 1. [www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-bol-2003-6-1-feb.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-bol-2003-6-1-feb.pdf)
- OPS (2004) **Análisis de Salud y Área de Sistemas de Información. Iniciativa regional de datos de salud central; Glosario de indicadores**. Washington, DC.
- OPS (2004) **Situación de salud en las Américas: Los indicadores básicos 2004**, OPS/AIS.
- OPS (2005) **Estadísticas sanitarias mundiales 2005**. ED. OMS. Ginebra.

- OPS (2005) **Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en Salud y Desarrollo Local**. Unidad de Entornos Saludables Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental OPS/OMS (<http://www.paho.org/>).
- OPS, OMS (2003) Monitoreo de la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas 132.a Sesión del Comité Ejecutivo CE132/19 Washington, D.C,
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (1998) **Las condiciones de salud en las Américas**. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de Salud (2002) **La salud es un derecho humano, pero... ¿y la equidad?** Información de prensa 12 de diciembre de 2002 Washington, DC, <http://www.paho.org/spanish/DPI/100/100feature48.htm>.
- Otálvora, Edgar C. (2003) "Frontera en tiempos de globalización. El proyecto ZIF". **Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales**, vol. 9, N° 1. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Palau Viladesau, Tomás (1995) **Residencia y migración en la frontera paraguayo-argentina. El caso Formosa-Alberdi**. Documento de Trabajo 70, BASES-IS, Asunción.
- Palau, T. y C. Verón (1989) **Una contribución preliminar para el estudio de la frontera en el Paraguay y su impacto socio-económico**. Documento de Trabajo No. 17 BASE-IS, Asunción.
- Palau, Tomás (1998) Migraciones limítrofes entre Paraguay y la Argentina: el caso de la provincia de Formosa. **Estudios Migratorios Latinoamericanos** N° 40-41, año 13/14. CEMLA, Buenos Aires.
- Pineault R, Develauy C. (1987) **La planificación sanitaria. Conceptos, Métodos y Estrategias**. Masson. Barcelona.
- Pineault, Raynald y Calore Develuy (1988) **La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias**. Masson, S.A. Barcelona, España.
- PNUD (2005) **Informe sobre el Desarrollo Humano 2005**. Publicado para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Ed. Mundi-Prensa
- Rapaport, Jonatan (2000) "Indicadores de Salud". **Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo**. <http://dicc.hegoa.efaber.net/listar/mostrar/124>.
- Rapaport, Jonatan (2000) "Salud y enfermedad". **Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo**. <http://dicc.hegoa.efaber.net/listar/mostrar/199>.
- Recalde, Felipe (1999) **Reforma sanitaria: política de estado en salud**. Documento de Trabajo 98, BASE-IS, Asunción.
- Recchini de Lattes Zulma (1973) "El Proceso de Urbanización en la Argentina: Distribución, Crecimiento y algunas características de la población urbana". **Desarrollo Económico: revista de ciencias sociales**. Vol. XII N° 48. Revista de ciencias sociales del Instituto de Desarrollo Económico y Social. Buenos Aires.
- Redondo Adriana (1996) "Políticas sanitarias y salud colectiva (1983-1991)". **La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales**. Instituto de Investigaciones "Gino Germani", Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Renard, Pierre (1992) Population et frontières: problématiques et méthodes. **Espace Populations Societes**, vol. 2. Populations et frontières France, Université des sciences de Lille-Flandres-Artois, U.F.R. de Géographie.
- Repetto, Fabián et al (2001) **Transferencia Educativa hacia las provincias en los años 90: Un estudio Comparado**, Fundación Gobierno y Sociedad, y Grupo Sophia, Buenos Aires.

- Repetto, Fabián et al. (2001). **Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino**. Documento de trabajo N°55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires.
- Rey Balmaceda, Raúl (1979) **Límites y fronteras de la República Argentina**. Editorial OIKOS. Buenos Aires.
- Rojas María del Carmen (2004) “La vivienda precaria urbana marginal y su relación con la salud de la población en el proceso de sustentabilidad. Un enfoque teórico para la estimación del riesgo y la vulnerabilidad”. **I Congreso de Asociación Latino Americana de Población**, ALAP. Caxambú, Brasil.
- Saavedra Peláez, Fernando (2001) “La población según zonas ecológicas”, en José Gómez de León Cruces y Cecilia Rabel Romero (Coord.). **La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI**, CONAPO-FCE, México.
- Sanghvi, Tina y John Murray (1997) **Mejoramiento de la salud infantil a través de la nutrición: El Paquete Mínimo de nutrición**. Arlington, Va.: Proyecto Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), para la Agencia Internacional Estadounidense para el Desarrollo (USAID). [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNACM888.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACM888.pdf).
- Sans, Mónica y Hidalgo, Pedro C. (2002) “Los sistemas de salud de Cuba y Uruguay en el contexto de América Latina: una reflexión”. **Ciencia & saúde coletiva, Vol.7, N°.1**. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n1/a15v07n1.pdf>.
- Santillo, M. (1998) “Estudios e investigaciones recientes sobre migraciones internacionales en países integrantes del MERCOSUR”. **Seminario regional sobre globalización y migración internacional en Latinoamérica y el Caribe: Tendencias y Perspectivas para el siglo XXI**. Santiago de Chile.
- Sassone, Susana y otros (1999) “Política de frontera en la Argentina y la reestructuración territorial” **AEPA, V Jornadas Argentinas de Estudios de Población**. Universidad Nacional de Luján. Luján.
- Sojo, Ana (1998) “Los compromisos de gestión en salud en Costa Rica, con una perspectiva comparativa”. **Revista de la CEPAL** 66. Santiago de Chile.
- Speranza A M, Orazi V, Manfredi L, Sarasqueta P. (2005) “Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas. Hospitalización abreviada: Un modelo de atención basado en evidencias altamente efectivo para descender la mortalidad infantil” **Archivos Argentinos de Pediatría. Vol.103, N°3**. Buenos Aires.
- Tafani, Roberto (1997) **Reforma al sector salud en Argentina**. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 53. Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Terris M. (1999) “Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública”. **Promoción de la salud: una antología**. Washington DC: OMS; (publicación Científica No. 557). Citado por Guerrero Hernández et al. 2006.
- Tobar, Federico (2001) “Economía de la reforma del Seguro de Salud en Argentina”. **Documento de trabajo. Programa de Investigación Aplicada**. <http://www.isalud.org>.
- Tuirán, Rodolfo y José Luis Ávila (2002) “Delimitación de la franja fronteriza del norte de México”. **Situación Demográfica de México, 2002**. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2002/07.pdf>
- UNFPA (2004) **Mortalidad Materna - Actualización 2004. El parto en buenas manos**. [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/377\\_filename\\_mmupdate05\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/377_filename_mmupdate05_spa.pdf).
- UNFPA (2007) **Estado de la Población Mundial 2007: Liberar el potencial del crecimiento urbano**. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Nueva York.

- UNICEF (1992) **Estado Mundial de la Infancia 1992**. UNICEF, Nueva York. Estados Unidos.
- UNICEF (1993) **Estado Mundial de la Infancia 1993**. UNICEF, Nueva York. Estados Unidos.
- UNICEF (1996) **El Progreso de las Naciones**. 1º ed. UNICEF-OMS NewYork.
- UNICEF (1998) **Estado mundial de la infancia 1998**. UNICEF, Nueva York. Estados Unidos
- Valero Martínez, Mario (2000) "Fronteras, espacios por la innovación y el cambio social: apreciaciones a partir de la experiencia venezolana". **Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales N° 69**. Universidad de Barcelona.
- Vapñarsky, César, Gorojovsky, Néstor (1990) **El crecimiento urbano en la Argentina**. IIED-Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires.
- Villarreal Pérez, Jesús Zacarías (2000) "Liderazgo en Salud Pública y Sensibilización Cultural para el Manejo Binacional de la Salud" **Revista Salud Pública y Nutrición**. Vol 1 No.1. Universidad Autónoma de Nueva León. México.
- Wagstaff, Adam (2002) "Pobreza y desigualdades en el sector de la salud". **Revista Panamericana de Salud Publica** Vol. 11 N° 6-5. Organización Mundial de la Salud. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10717.pdf>.
- Werner David y David Sanders (2000). **Cuestionando la Solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil**. HealthWrights: <http://www.healthwrights.org/spanish/Libros/question.htm>.
- WHO, World Health Organization (1986), **Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion**. <http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>.
- Zurita, Alfredo. (1995). **El mercado de la competencia regulada: solución para la atención médica en el noreste argentino**. Mimeo, Universidad Nacional del Nordeste.



## Anexo 1

### *Declaración de Alma-Ata*

#### **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978**

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil nueve cientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

#### **I**

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

#### **II**

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

#### **III**

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

#### **IV**

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

#### **V**

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entere en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los

pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

## VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

## VII

La atención primaria de salud:

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;

7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

### VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

### IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

### X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional y internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

## Anexo 2

### *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*

*La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000." Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.*

### Promoción de la salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

### *Prerequisitos para la salud*

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites.

### *Promocionar el concepto*

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

### *Proporcionar los medios*

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las

gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

#### *Actuar como mediador*

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están involucradas como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de **actuar como mediadores** entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

#### *La participación activa en la promoción de la salud implica:*

##### *La elaboración de una política pública sana*

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto.

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

##### *La Creación De Ambientes Favorables*

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades

y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

#### *El reforzamiento de la acción comunitaria*

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

#### *El desarrollo de las aptitudes personales*

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

#### *La reorientación de los servicios sanitarios*

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos.

Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

### *Irrumpir en el futuro*

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

### *El compromiso a favor de la promoción de la salud*

Los participantes en esta conferencia se comprometen:

- a intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores;
- a oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas;
- a eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades;
- a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos, sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; y del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general;

- a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo;
- a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen el mejor desafío e inversión social y a tratar el asunto ecológico global de nuestras formas de vida.

La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza en favor de la salud.

### *Llamada a la acción internacional*

La Conferencia insta a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados aúnan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta CARTA, el objetivo "Salud para Todos en el año 2000" se hará realidad.

**Anexo 3***Población total, por sexo y área urbana-rural. Paraguay 2002, Argentina 2001***REPÚBLICA DEL PARAGUAY**

JURISDICCIÓN	POBLACIÓN				
	TOTAL	VARONES	MUJERES	URBANA	RURAL
<b>DPTO. CONCEPCION</b>	<b>179.450</b>	<b>90.838</b>	<b>88.612</b>	<b>68.521</b>	<b>110.929</b>
Concepción	72.555	35.874	36.681	43.661	28.894
Belén	9.112	4.628	4.484	1.496	7.616
Horqueta	52.573	27.093	25.480	9.946	42.627
Loreto	15.731	8.045	7.686	3.138	12.593
San Lázaro	9.715	5.021	4.694	6.949	2.766
Yby Ya'ú	19.764	10.177	9.587	3.331	16.433
<b>DPTO. SAN PEDRO</b>	<b>318.698</b>	<b>167.776</b>	<b>150.922</b>	<b>55.855</b>	<b>262.843</b>
San Pedro de Ycuamandiyú	29.097	15.043	14.054	7.927	21.170
Antequera	3.426	1.726	1.700	2.592	834
Choré	36.019	19.129	16.890	2.187	33.832
General Elizardo Aquino	21.607	11.466	10.141	2.814	18.793
Itacurubí del Rosario	11.083	5.741	5.342	3.771	7.312
Lima	10.390	5.474	4.916	2.152	8.238
Nueva Germania	4.202	2.240	1.962	1.156	3.046
San Estanislao	49.249	25.742	23.507	13.202	36.047
San Pablo	3.645	1.943	1.702	620	3.025
Tacuati	11.301	5.968	5.333	1.988	9.313
Unión	5.406	2.907	2.499	1.581	3.825
25 de Diciembre	9.147	4.857	4.290	681	8.466
Villa del Rosario	11.623	5.864	5.759	5.117	6.506
General Isidoro Resquín	22.350	11.858	10.492	1.936	20.414
Yataity del Norte	12.480	6.608	5.872	1.327	11.153
Guayaibí	31.359	16.677	14.682	2.009	29.350
Capiibary	25.841	13.787	12.054	3.383	22.458
Santa Rosa del Aguaray	20.473	10.746	9.727	1.412	19.061
<b>DPTO. CORDILLERA</b>	<b>233.854</b>	<b>120.470</b>	<b>113.384</b>	<b>77.855</b>	<b>155.999</b>
Caacupé	42.127	21.002	21.125	19.131	22.996
Altos	11.496	5.983	5.513	4.355	7.141
Arroyos y Esteros	19.001	10.071	8.930	2.049	16.952
Atyrá	13.310	6.976	6.334	4.222	9.088
Caraguatay	11.568	6.045	5.523	1.602	9.966
Emboscada	12.225	6.337	5.888	5.153	7.072
Eusebio Ayala	17.968	8.964	9.004	7.773	10.195
Isla Pucú	6.643	3.400	3.243	1.561	5.082
Itacurubí de la Cordillera	9.859	4.925	4.934	3.527	6.332

JURISDICCIÓN	POBLACIÓN				
	TOTAL	VARONES	MUJERES	URBANA	RURAL
Juan de Mena	5.486	2.962	2.524	523	4.963
Loma Grande	2.858	1.538	1.320	401	2.457
Mbocayaty del Yhaguy	4.051	2.129	1.922	635	3.416
Nueva Colombia	3.565	1.909	1.656	601	2.964
Piribebuy	19.594	9.968	9.626	9.617	9.977
Primero de Marzo	6.019	3.210	2.809	795	5.224
San Bernardino	9.491	4.896	4.595	3.877	5.614
Santa Elena	5.703	2.965	2.738	1.110	4.593
Tobatí	23.295	12.178	11.117	9.751	13.544
Valenzuela	5.581	2.924	2.657	713	4.868
San José Obrero	4.014	2.088	1.926	459	3.555
<b>DPTO. GUAIRÁ</b>	<b>178.650</b>	<b>91.975</b>	<b>86.675</b>	<b>61.341</b>	<b>117.309</b>
Villarrica	55.200	27.028	28.172	38.961	16.239
Borja	9.222	5.096	4.126	298	8.924
Cap. Mauricio J. Troche	9.095	4.790	4.305	2.321	6.774
Coronel Martínez	6.526	3.395	3.131	1.374	5.152
Félix Pérez Cardozo	4.774	2.486	2.288	537	4.237
Gral. Eugenio A. Garay	6.824	3.557	3.267	991	5.833
Colonia Independencia	22.351	11.834	10.517	1.441	20.910
Itapé	6.728	3.525	3.203	1.624	5.104
Iturbe	9.393	4.931	4.462	4.244	5.149
José Fassardi	6.046	3.205	2.841	424	5.622
Mbocayaty	6.647	3.348	3.299	2.130	4.517
Natalicio Talavera	3.417	1.786	1.631	1.672	1.745
Ñumí	3.346	1.742	1.604	863	2.483
San Salvador	3.207	1.662	1.545	796	2.411
Yataity	3.909	1.918	1.991	1.808	2.101
Dr. Bottrell	1.390	753	637	220	1.170
Paso Yobai	20.575	10.919	9.656	1.637	18.938
<b>DPTO. CAAGUAZU</b>	<b>435.357</b>	<b>225.324</b>	<b>210.033</b>	<b>137.581</b>	<b>297.776</b>
Coronel Oviedo	84.103	42.127	41.976	48.773	35.330
Caaguazú	98.136	49.979	48.157	48.941	49.195
Carayaó	13.234	6.949	6.285	2.038	11.196
Dr. Cecilio Báez	6.173	3.193	2.980	1.862	4.311
Santa Rosa del Mbutuy	10.989	5.762	5.227	1.439	9.550
Dr. Juan Manuel Frutos	19.128	9.985	9.143	4.413	14.715
Repatriación	29.503	15.321	14.182	2.177	27.326
Nueva Londres	4.110	2.140	1.970	718	3.392
San Joaquín	14.930	7.934	6.996	1.700	13.230
San José de los Arroyos	15.299	7.756	7.543	5.027	10.272
Yhú	34.737	18.643	16.094	1.999	32.738

JURISDICCIÓN	POBLACIÓN				
	TOTAL	VARONES	MUJERES	URBANA	RURAL
Dr. J. Eulogio Estigarribia	24.634	12.735	11.899	9.921	14.713
R.I. 3 Corrales	7.666	4.090	3.576	242	7.424
Raúl Arsenio Oviedo	27.734	14.780	12.954	1.327	26.407
José Domingo Ocampos	9.198	4.872	4.326	1.512	7.686
Mcal. Francisco S. López	7.330	4.014	3.316	633	6.697
La Pastora	4.440	2.291	2.149	327	4.113
3 de Febrero	8.818	4.759	4.059	985	7.833
Simón Bolívar	4.938	2.647	2.291	746	4.192
Vaquería	10.257	5.347	4.910	2.801	7.456
<b>DPTO. CAAZAPA</b>	<b>139.517</b>	<b>72.649</b>	<b>66.868</b>	<b>25.008</b>	<b>114.509</b>
Caazapá	22.372	11.533	10.839	5.990	16.382
Abaí	26.175	13.774	12.401	2.640	23.535
Buena Vista	5.340	2.773	2.567	1.416	3.924
Dr. Moisés Bertoni	4.616	2.399	2.217	330	4.286
Gral. Higinio Morínigo	5.499	2.864	2.635	1.242	4.257
Maciel	3.957	2.069	1.888	431	3.526
San Juan Nepomuceno	24.243	12.425	11.818	6.937	17.306
Tavaí	13.354	7.183	6.171	656	12.698
Yegros	5.958	3.104	2.854	1.067	4.891
Yuty	28.003	14.525	13.478	4.299	23.704
<b>DPTO. ITAPÚA</b>	<b>453.692</b>	<b>233.924</b>	<b>219.768</b>	<b>139.045</b>	<b>314.647</b>
Encarnación	93.497	46.025	47.472	67.173	26.324
Bella Vista	9.193	4.779	4.414	2.098	7.095
Cambyretá	27.808	13.931	13.877	526	27.282
Capitán Meza	10.384	5.459	4.925	499	9.885
Capitán Miranda	8.667	4.475	4.192	1.933	6.734
Nueva Alborada	6.533	3.461	3.072	270	6.263
Carmen del Paraná	6.165	3.144	3.021	3.905	2.260
Coronel Bogado	17.065	8.594	8.471	9.388	7.677
Carlos Antonio López	17.622	9.595	8.027	1.306	16.316
Natalio	19.456	10.165	9.291	2.266	17.190
Fram	6.923	3.608	3.315	3.414	3.509
General Artigas	11.042	5.812	5.230	3.957	7.085
General Delgado	6.611	3.406	3.205	1.454	5.157
Hohenau	9.685	4.820	4.865	4.974	4.711
Jesús	5.560	2.907	2.653	2.186	3.374
Leandro Oviedo	4.353	2.301	2.052	288	4.065
Obligado	11.441	5.879	5.562	5.593	5.848
Mayor Otaño	12.157	6.337	5.820	4.198	7.959
San Cosme y Damián	7.322	3.840	3.482	2.045	5.277
San Pedro del Paraná	28.598	15.060	13.538	5.260	23.338

JURISDICCIÓN	POBLACIÓN				
	TOTAL	VARONES	MUJERES	URBANA	RURAL
San Rafael del Paraná	20.434	10.963	9.471	423	20.011
Trinidad	6.873	3.523	3.350	2.417	4.456
Edelira	22.287	11.623	10.664	1.623	20.664
Tomás Romero Pereira	27.239	14.255	12.984	5.004	22.235
Alto Verá	13.799	7.437	6.362	529	13.270
La Paz	3.076	1.629	1.447	328	2.748
Yatytay	11.415	5.926	5.489	2.523	8.892
San Juan del Paraná	7.091	3.672	3.419	1.191	5.900
Pirapó	6.754	3.568	3.186	1.673	5.081
Itapúa Poty	14.642	7.730	6.912	601	14.041
<b>DPTO. MISIONES</b>	<b>101.783</b>	<b>51.709</b>	<b>50.074</b>	<b>50.165</b>	<b>51.618</b>
San Juan Bautista	16.563	8.275	8.288	9.822	6.741
Ayolas	15.219	7.749	7.470	10.851	4.368
San Ignacio	24.003	11.828	12.175	13.716	10.287
San Miguel	5.253	2.684	2.569	1.178	4.075
San Patricio	3.570	1.803	1.767	1.536	2.034
Santa María	7.385	3.930	3.455	1.981	5.404
Santa Rosa	17.612	9.150	8.462	6.816	10.796
Santiago	6.751	3.516	3.235	2.049	4.702
Villa Florida	2.576	1.295	1.281	1.977	599
Yabebyry	2.851	1.479	1.372	239	2.612
<b>DPTO. PARAGUARÍ</b>	<b>221.932</b>	<b>114.676</b>	<b>107.256</b>	<b>51.150</b>	<b>170.782</b>
Paraguarí	22.154	11.053	11.101	8.307	13.847
Achay	14.863	7.881	6.982	2.704	12.159
Caapucú	7.249	3.709	3.540	2.296	4.953
Gral. Bernardino Caballero	6.449	3.385	3.064	1.120	5.329
Carapeguá	30.758	15.723	15.035	5.427	25.331
Escobar	7.935	4.175	3.760	260	7.675
La Colmena	5.234	2.651	2.583	2.491	2.743
Mbuyapey	13.035	6.910	6.125	2.341	10.694
Pirayú	15.003	7.668	7.335	3.856	11.147
Quiindy	18.431	9.547	8.884	4.522	13.909
Quyquyhó	6.865	3.609	3.256	798	6.067
San Roque G. de Santa Cruz	10.641	5.623	5.018	2.849	7.792
Sapucaí	6.010	3.163	2.847	1.877	4.133
Tebicuarymí	3.804	2.063	1.741	337	3.467
Yaguarón	25.984	13.218	12.766	6.788	19.196
Ybycuí	20.887	10.756	10.131	4.630	16.257
Ybytí	6.630	3.542	3.088	547	6.083

JURISDICCIÓN	POBLACIÓN				
	TOTAL	VARONES	MUJERES	URBANA	RURAL
<b>DPTO. ALTO PARANÁ</b>	<b>558.672</b>	<b>284.393</b>	<b>274.279</b>	<b>370.589</b>	<b>188.083</b>
Ciudad del Este	222.274	111.134	111.140	222.274	---
Presidente Franco	52.826	26.183	26.643	47.246	5.580
Domingo Martínez de Irala	6.734	3.593	3.141	862	5.872
Dr. Juan León Mallorquín	16.243	8.368	7.875	6.918	9.325
Hernandarias	63.248	31.818	31.430	47.266	15.982
Itakyry	23.765	12.804	10.961	2.866	20.899
Juan E. O'Leary	16.367	8.517	7.850	2.926	13.441
Ñacunday	8.403	4.524	3.879	787	7.616
Yguazú	8.748	4.612	4.136	3.042	5.706
Los Cedrales	9.003	4.857	4.146	2.237	6.766
Minga Guazú	48.006	24.616	23.390	14.806	33.200
San Cristóbal	7.670	4.081	3.589	434	7.236
Santa Rita	16.427	8.313	8.114	8.572	7.855
Naranjal	11.921	6.157	5.764	1.994	9.927
Santa Rosa del Monday	11.287	5.955	5.332	1.569	9.718
Minga Porá	11.180	5.935	5.245	1.393	9.787
Mbaracayú	8.337	4.473	3.864	449	7.888
San Alberto	11.523	5.945	5.578	4.221	7.302
Iruña	4.710	2.508	2.202	727	3.983
<b>DPTO. CENTRAL</b>	<b>1.362.893</b>	<b>670.112</b>	<b>692.781</b>	<b>1.177.738</b>	<b>185.155</b>
Areguá	44.566	22.409	22.157	10.009	34.557
Capiatá	154.274	76.613	77.661	154.274	---
Fernando de la Mora	113.560	53.845	59.715	113.560	---
Guarambaré	16.687	8.313	8.374	8.846	7.841
Itá	50.391	25.368	25.023	17.469	32.922
Itauguá	60.601	30.547	30.054	45.577	15.024
Lambaré	119.795	57.152	62.643	119.795	---
Limpio	73.158	36.643	36.515	73.158	---
Luque	185.127	91.423	93.704	170.986	14.141
Mariano R. Alonso	65.229	32.208	33.021	65.229	---
Nueva Italia	8.525	4.445	4.080	2.481	6.044
Ñemby	71.909	35.429	36.480	71.909	---
San Antonio	37.795	18.819	18.976	37.795	---
San Lorenzo	204.356	98.888	105.468	204.356	---
Villa Elisa	53.166	25.871	27.295	53.166	---
Villeta	22.429	11.376	11.053	10.106	12.323
Ypacaraí	18.530	9.188	9.342	9.073	9.457
Ypané	25.421	12.794	12.627	5.972	19.449
J. Augusto Saldívar	37.374	18.781	18.593	3.977	33.397

JURISDICCIÓN	POBLACIÓN				
	TOTAL	VARONES	MUJERES	URBANA	RURAL
<b>DPTO. ÑEEMBUCÚ</b>	<b>76.348</b>	<b>38.825</b>	<b>37.523</b>	<b>39.211</b>	<b>37.137</b>
Pilar	27.980	13.563	14.417	24.300	3.680
Alberdi	7.283	3.719	3.564	5.999	1.284
Cerrito	4.647	2.447	2.200	1.035	3.612
Desmochados	1.613	837	776	236	1.377
Gral. José E. Díaz	3.642	1.856	1.786	1.242	2.400
Guazú Cuá	1.928	1.051	877	291	1.637
Humaitá	2.888	1.503	1.385	1.314	1.574
Isla Umbú	2.784	1.474	1.310	319	2.465
Laureles	3.241	1.666	1.575	674	2.567
Mayor José D. Martínez	3.904	2.023	1.881	886	3.018
Paso de Patria	1.708	934	774	818	890
San Juan B. de Ñeembucú	5.185	2.606	2.579	373	4.812
Tacuaras	3.280	1.777	1.503	287	2.993
Villa Franca	920	528	392	432	488
Villa Oliva	3.254	1.783	1.471	639	2.615
Villalbín	2.091	1.058	1.033	366	1.725
<b>DPTO. AMAMBAY</b>	<b>114.917</b>	<b>57.234</b>	<b>57.683</b>	<b>77.504</b>	<b>37.413</b>
Pedro Juan Caballero	88.189	43.423	44.766	64.592	23.597
Bella Vista	9.611	4.830	4.781	5.334	4.277
Capitán Bado	17.117	8.981	8.136	7.578	9.539
<b>DPTO CANINDEYÚ</b>	<b>140.137</b>	<b>74.554</b>	<b>65.583</b>	<b>35.055</b>	<b>105.082</b>
Salto del Guairá	11.298	5.872	5.426	6.653	4.645
Corpus Christi	13.303	7.294	6.009	1.338	11.965
Curuguaty	57.387	30.393	26.994	9.493	47.894
Villa Igatimí	17.483	9.447	8.036	2.342	15.141
Itanará	2.076	1.119	957	284	1.792
Ypehú	5.893	3.132	2.761	1.761	4.132
Gral. Francisco C. Alvarez	8.884	4.784	4.100	2.692	6.192
Katuete	7.489	3.972	3.517	3.545	3.944
La Paloma	6.373	3.266	3.107	3.929	2.444
Nueva Esperanza	9.951	5.275	4.676	3.018	6.933
<b>DPTO PRESIDENTE HAYES</b>	<b>82.493</b>	<b>42.530</b>	<b>39.963</b>	<b>28.894</b>	<b>53.599</b>
Benjamín Aceval	13.309	6.693	6.616	6.865	6.444
Pto. Pinasco	3.948	2.091	1.857	808	3.140
Villa Hayes	57.217	29.543	27.674	15.823	41.394
Nanawa	4.830	2.506	2.324	4.830	— — —
José Falcón	3.189	1.697	1.492	568	2.621
<b>DPTO BOQUERÓN</b>	<b>41.106</b>	<b>21.337</b>	<b>19.769</b>	<b>16.418</b>	<b>24.688</b>
Mcal. José F. Estigarribia	41.106	21.337	19.769	16.418	24.688

JURISDICCIÓN	POBLACIÓN				
	TOTAL	VARONES	MUJERES	URBANA	RURAL
<b>ALTO PARAGUAY</b>	<b>11.587</b>	<b>6.101</b>	<b>5.486</b>	<b>4.395</b>	<b>7.192</b>
Fuerte Olimpo	5.029	2.658	2.371	1.696	3.333
La Victoria	6.558	3.443	3.115	2.699	3.859
<b>ASUNCION</b>	<b>512.112</b>	<b>238.815</b>	<b>273.297</b>	<b>512.112</b>	<b>---</b>

### REPÚBLICA ARGENTINA

JURISDICCIÓN	POBLACIÓN				
	TOTAL	VARONES	MUJERES	URBANA	RURAL
<b>PROV. DE CORRIENTES</b>	<b>930.991</b>	<b>459.458</b>	<b>471.533</b>	<b>739.040</b>	<b>191.951</b>
Bella Vista	35.350	17.840	17.510	25.393	9.957
Berón De Astrada	2.294	1.180	1.114	0	2.294
Capital	328.868	157.804	171.064	319.807	9.061
Concepción	18.411	9.540	8.871	7.973	10.438
Curuzú Cuatía	42.075	20.569	21.506	34.466	7.609
Empedrado	14.721	7.406	7.315	7.861	6.860
Esquina	30.372	15.093	15.279	17.431	12.941
General Alvear	8.147	4.078	4.069	6.934	1.213
General Paz	14.775	7.496	7.279	7.327	7.448
Goya	87.349	42.828	44.521	66.709	20.640
Itatí	8.774	4.336	4.438	6.084	2.690
Ituzaingó	30.565	15.522	15.043	23.491	7.074
Lavalle	26.250	13.567	12.683	11.205	15.045
Mburucuyá	9.012	4.509	4.503	6.038	2.974
Mercedes	39.206	19.729	19.477	30.961	8.245
Monte Caseros	33.684	16.822	16.862	27.005	6.679
Paso de los Libres	46.326	22.940	23.386	40.494	5.832
Saladas	21.470	10.727	10.743	14.139	7.331
San Cosme	13.189	6.686	6.503	3.498	9.691
San Luis Del Palmar	16.513	8.284	8.229	10.644	5.869
San Martín	12.236	6.122	6.114	6.025	6.211
San Miguel	10.252	5.314	4.938	3.994	6.258
San Roque	17.951	9.100	8.851	8.813	9.138
Santo Tome	54.050	27.456	26.594	46.184	7.866
Sauce	9.151	4.510	4.641	6.564	2.587
<b>PROV. DEL CHACO</b>	<b>984.446</b>	<b>491.148</b>	<b>493.298</b>	<b>784.695</b>	<b>199.751</b>
Almirante Brown	29.086	15.233	13.853	22.263	6.823
Bermejo	24.215	12.163	12.052	13.854	10.361

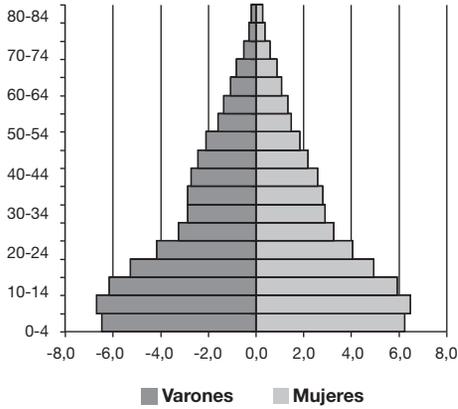
JURISDICCIÓN	POBLACIÓN				
	TOTAL	VARONES	MUJERES	URBANA	RURAL
Comandante Fernández	88.164	43.007	45.157	76.794	11.370
Chacabuco	27.813	13.813	14.000	22.573	5.240
12 De Octubre	20.149	10.460	9.689	14.585	5.564
2 De Abril	7.435	3.874	3.561	4.402	3.033
Fray J. S. María de Oro	10.485	5.419	5.066	5.929	4.556
General Belgrano	10.470	5.340	5.130	8.105	2.365
General Donovan	13.385	6.859	6.526	9.517	3.868
General Guemes	62.227	32.246	29.981	28.985	33.242
Independencia	20.620	10.656	9.964	13.426	7.194
Libertad	10.822	5.449	5.373	7.855	2.967
Libertador Gral. San Martín	54.470	27.774	26.696	35.175	19.295
Maipú	24.747	12.904	11.843	14.096	10.651
Mayor Luis J. Fontana	53.550	26.547	27.003	44.908	8.642
9 De Julio	26.955	13.597	13.358	19.544	7.411
O'Higgins	19.231	9.784	9.447	12.664	6.567
Presidencia de la Plaza	12.231	6.182	6.049	8.417	3.814
1 De Mayo	9.131	4.669	4.462	4.591	4.540
Quitilipi	32.083	16.091	15.992	20.737	11.346
San Fernando	365.637	177.301	188.336	359.590	6.047
San Lorenzo	14.252	7.338	6.914	8.805	5.447
Sargento Cabral	15.030	7.820	7.210	9.534	5.496
Tapenagá	4.188	2.229	1.959	0	4.188
25 De Mayo	28.070	14.393	13.677	18.346	9.724
<b>PROV. DE FORMOSA</b>	<b>486.559</b>	<b>244.160</b>	<b>242.399</b>	<b>378.182</b>	<b>108.377</b>
Bermejo	12.710	6.784	5.926	2.744	9.966
Formosa	210.071	102.134	107.937	200.644	9.427
Laishi	16.227	8.523	7.704	9.054	7.173
Matacos	12.133	6.145	5.988	10.357	1.776
Patiño	64.830	33.599	31.231	43.627	21.203
Pilagás	17.523	9.227	8.296	5.568	11.955
Pilcomayo	78.114	39.193	38.921	59.193	18.921
Pirané	64.023	32.907	31.116	44.645	19.378
Ramón Lista	10.928	5.648	5.280	2.350	8.578
<b>PROV. DE MISIONES</b>	<b>965.522</b>	<b>484.323</b>	<b>481.199</b>	<b>680.048</b>	<b>285.474</b>
Apóstoles	38.028	19.097	18.931	31.633	6.395
Caingúas	47.271	24.302	22.969	19.219	28.052
Candelaria	22.290	11.471	10.819	14.598	7.692
Capital	284.279	137.165	147.114	279.961	4.318
Concepción	9.085	4.592	4.493	5.340	3.745
Eldorado	67.726	33.972	33.754	47.556	20.170
General Manuel Belgrano	33.488	17.506	15.982	16.372	17.116

JURISDICCIÓN	POBLACIÓN				
	TOTAL	VARONES	MUJERES	URBANA	RURAL
Guaraní	57.818	30.003	27.815	18.525	39.293
Iguazú	66.539	33.611	32.928	62.639	3.900
Leandro N. Alem	41.670	21.068	20.602	21.789	19.881
Libertador Gral. San Martín	42.440	21.646	20.794	24.723	17.717
Montecarlo	34.073	17.404	16.669	23.482	10.591
Oberá	95.667	48.261	47.406	59.598	36.069
San Ignacio	55.038	27.865	27.173	35.134	19.904
San Javier	19.187	9.809	9.378	8.500	10.687
San Pedro	23.736	12.455	11.281	8.605	15.131
25 De Mayo	27.187	14.096	13.091	2.374	24.813

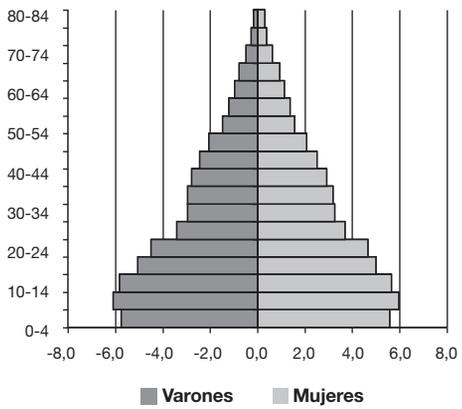
## Anexo 4

### Estructura de la población por sexo y edad

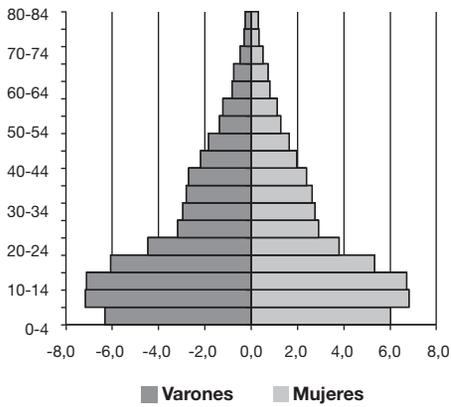
Estructura de la población.  
Departamentos extrafronterizos.  
Argentina 2001



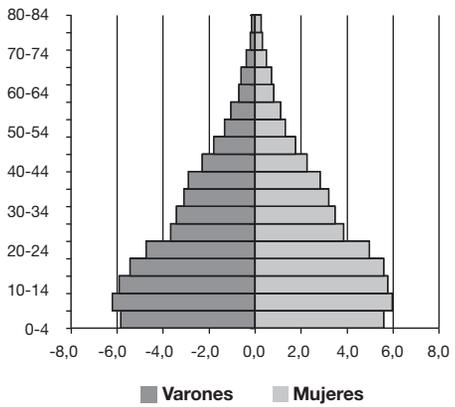
Estructura de la población.  
Departamentos fronterizos.  
Argentina 2001



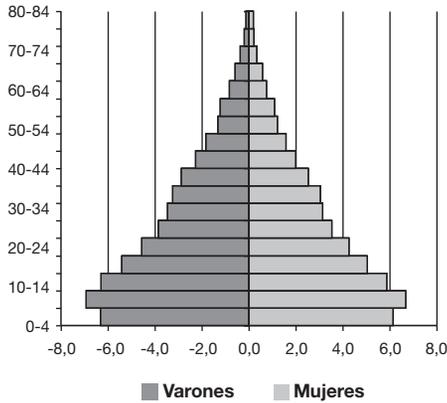
Estructura de la población.  
Departamentos extrafronterizos.  
Paraguay 2002



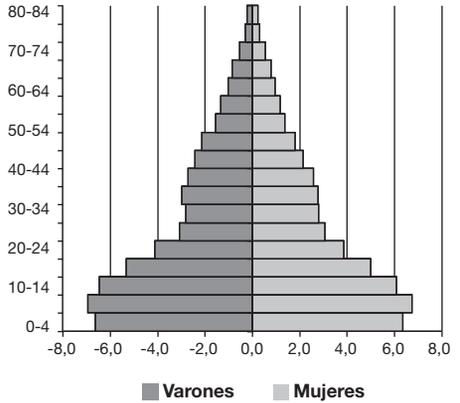
Estructura de la población.  
Departamentos fronterizos.  
Paraguay 2002



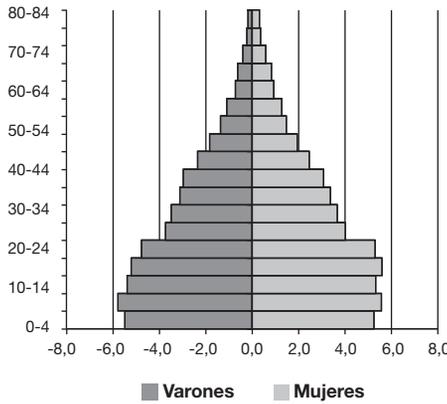
**Estructura de la población.  
Departamentos fronterizos sobre el río  
Pilcomayo. Paraguay 2002**



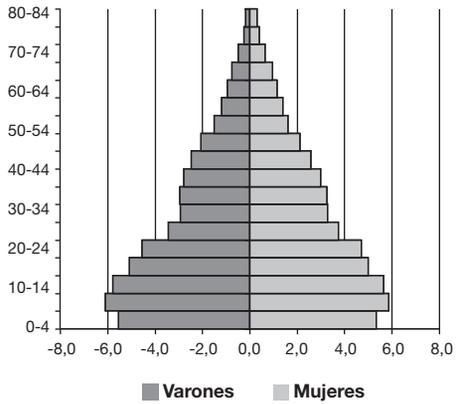
**Estructura de la población.  
Departamentos fronterizos sobre el río  
Pilcomayo. Argentina 2001**



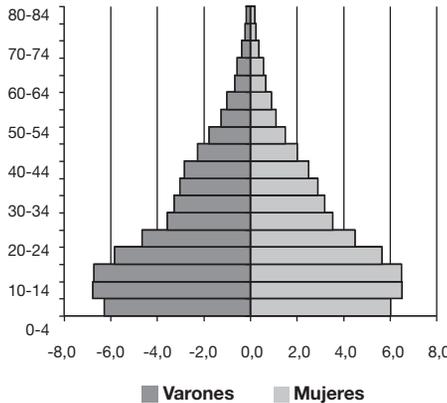
**Estructura de la población.  
Departamentos fronterizos sobre el río  
Paraguay. Paraguay 2002**



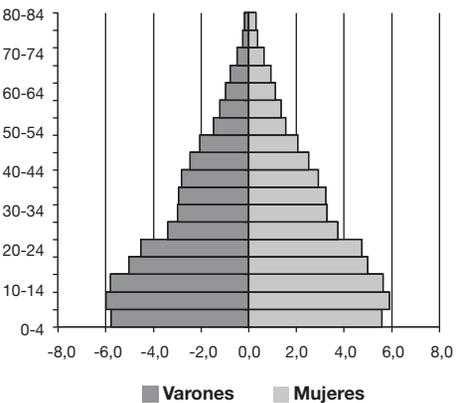
**Estructura de la población.  
Departamentos fronterizos sobre el río  
Paraguay. Argentina 2001**



**Estructura de la población.  
Departamentos fronterizos sobre el río  
Paraná. Paraguay 2002**

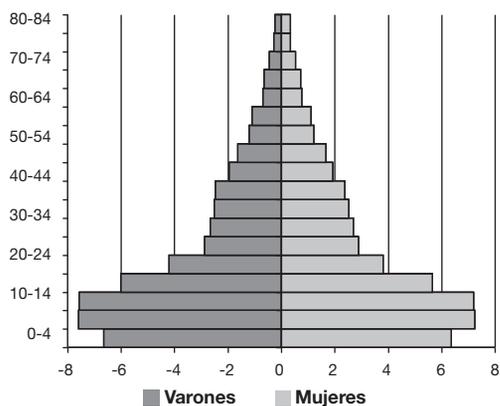


**Estructura de la población.  
Departamentos fronterizos sobre el río  
Paraná. Argentina 2001**

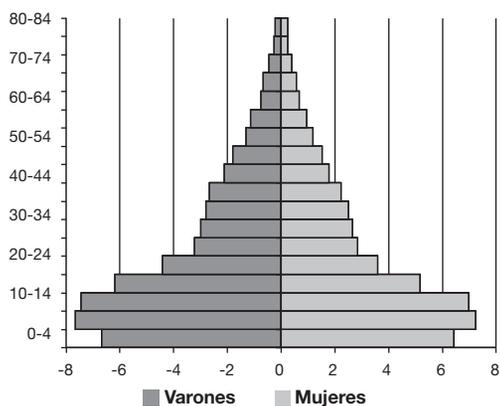


## Estructura de la población. Departamentos paraguayos

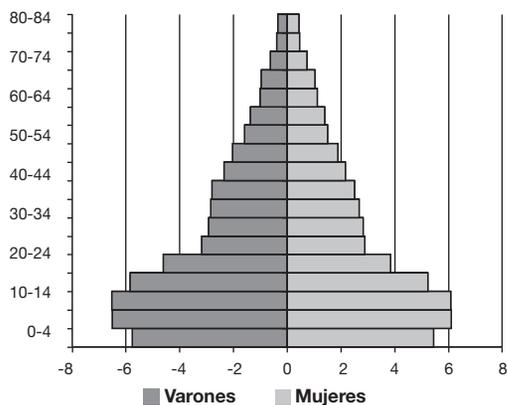
### Departamento Concepción



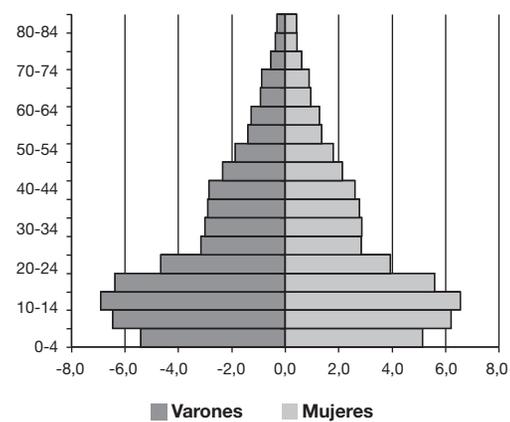
### Departamento San Pedro



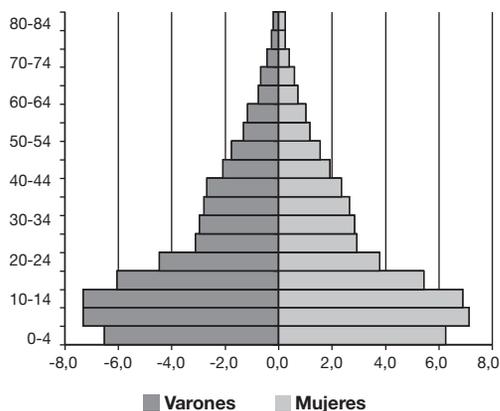
### Departamento Cordillera



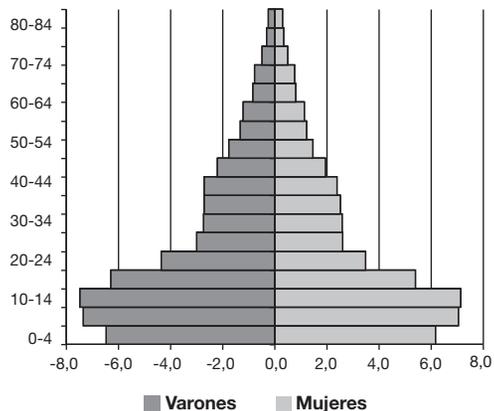
### Departamento Guaira



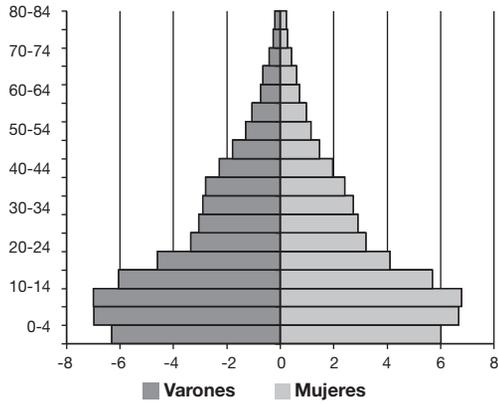
### Departamento Caaguazu



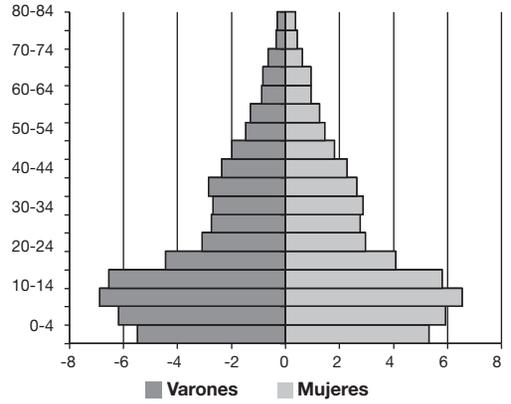
### Departamento Caazapa



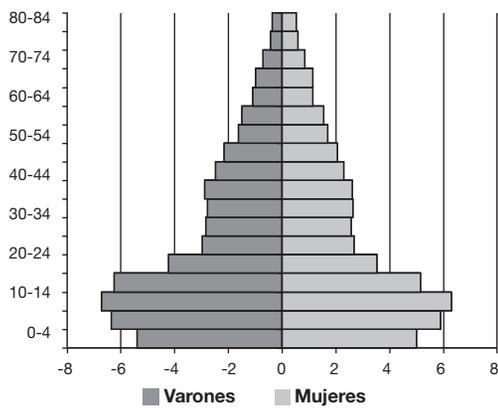
**Departamento Itapúa**



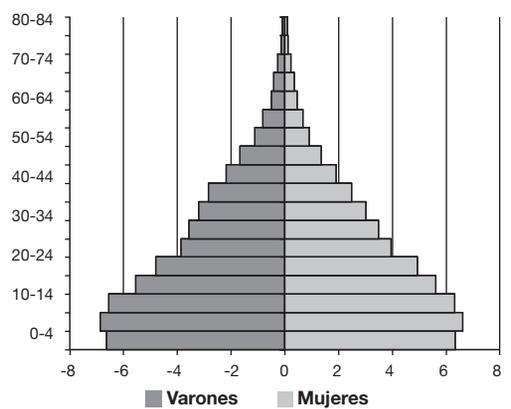
**Departamento Misiones**



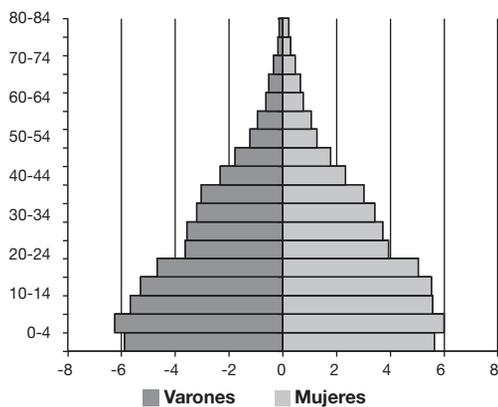
**Departamento Paraguari**



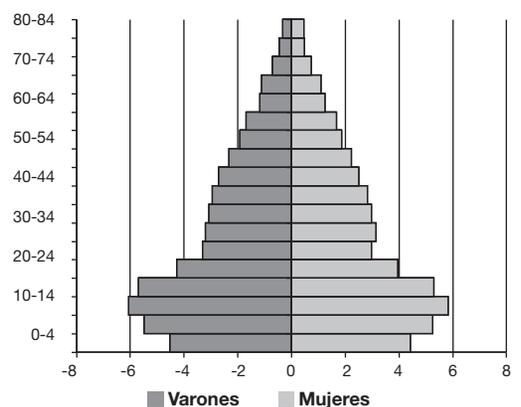
**Departamento Alto Paraná**



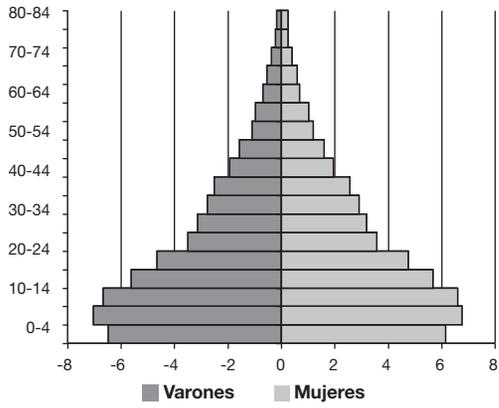
**Departamento Central**



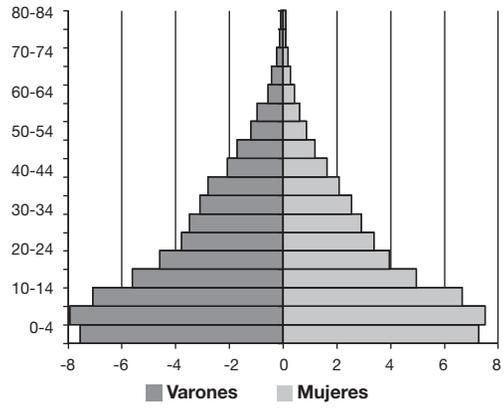
**Departamento Ñeembucú**



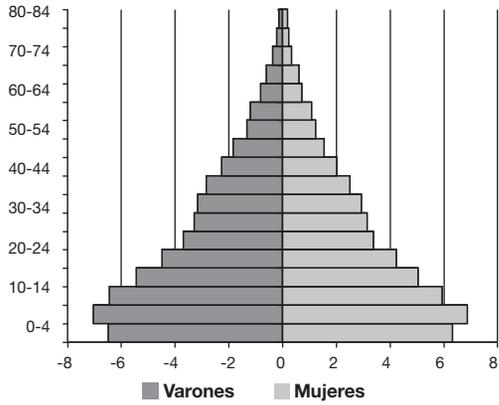
**Departamento Amanbay**



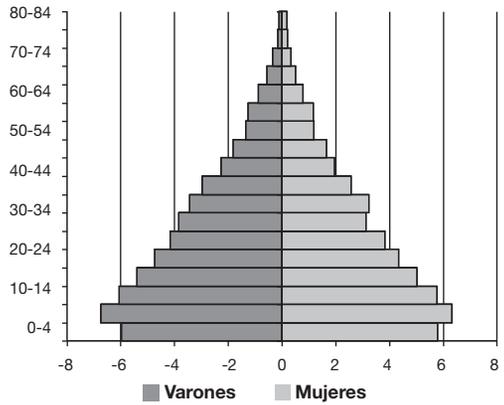
**Departamento Canindeyú**



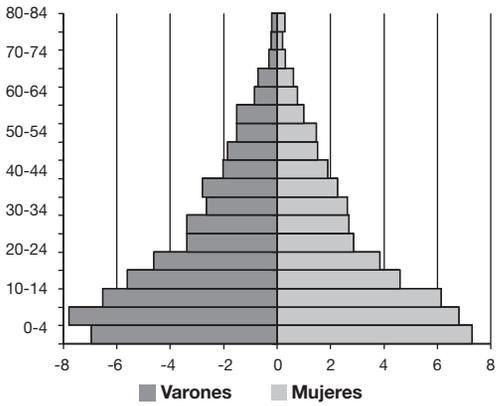
**Departamento Presidente Hayes**



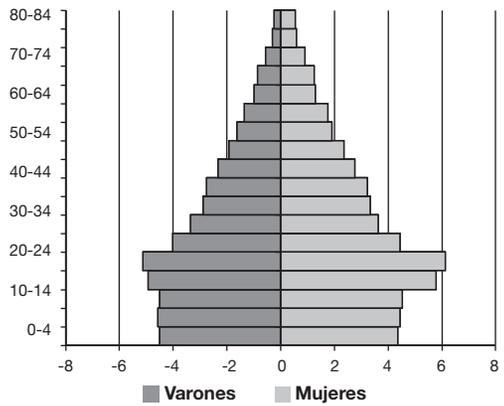
**Departamento Boquerón**



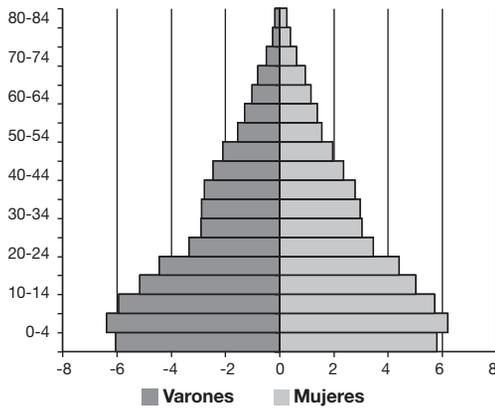
**Departamento Alto Paraguay**



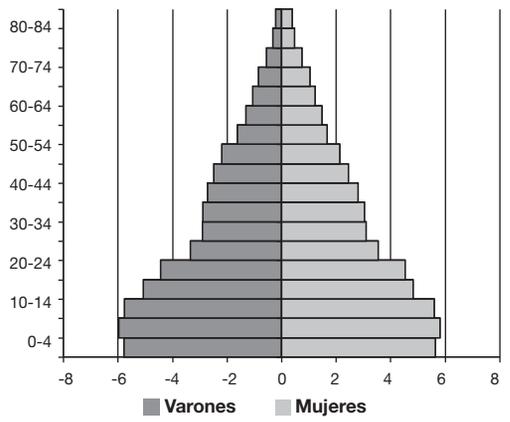
**Departamento Asunción**



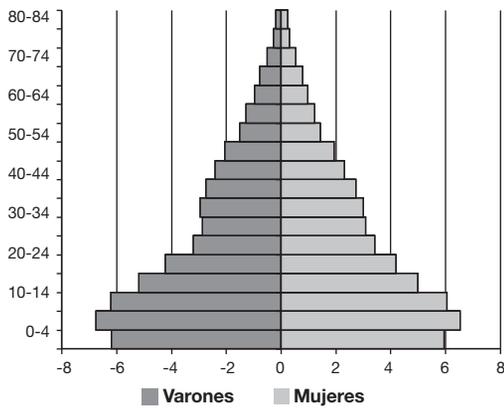
**Provincia del Chaco**



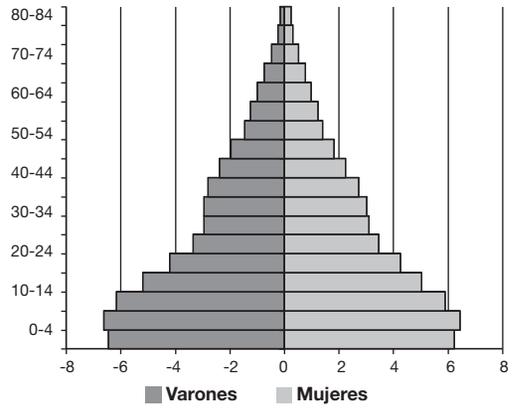
**Provincia de Corrientes**



**Provincia de Formosa**

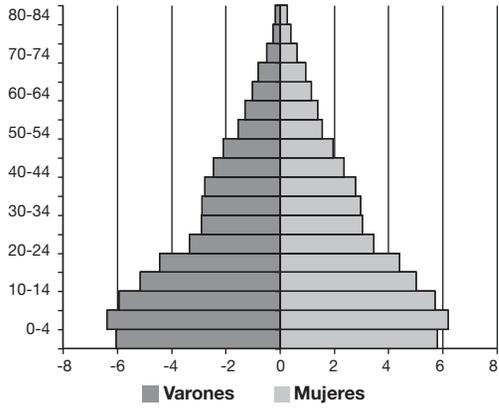


**Provincia de Misiones**

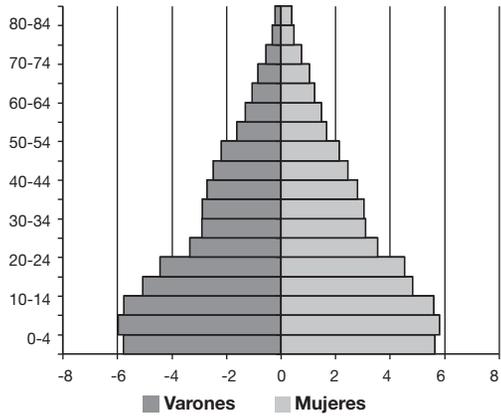


## Estructura de la población. Provincias argentinas

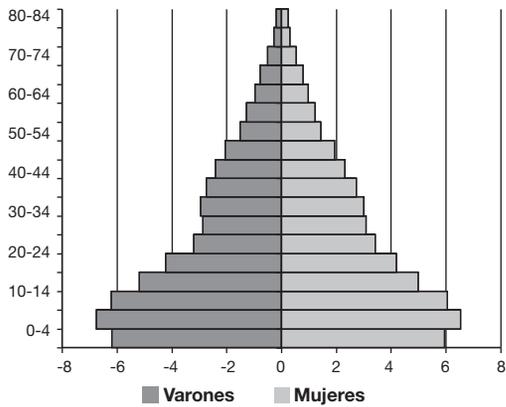
Provincia del Chaco



Provincia de Corrientes



Provincia de Formosa



Provincia de Misiones

