



**SITUACIÓN DE LA NIÑEZ Y DE LA
ADOLESCENCIA EN LA TRIPLE
FRONTERA ENTRE ARGENTINA,
BRASIL Y PARAGUAI:
DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES**

unicef 

Apoyo:

 **ITAIPU**
BINACIONAL



**FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)
OFICINA REGIONAL DE UNICEF PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (TACRO)**

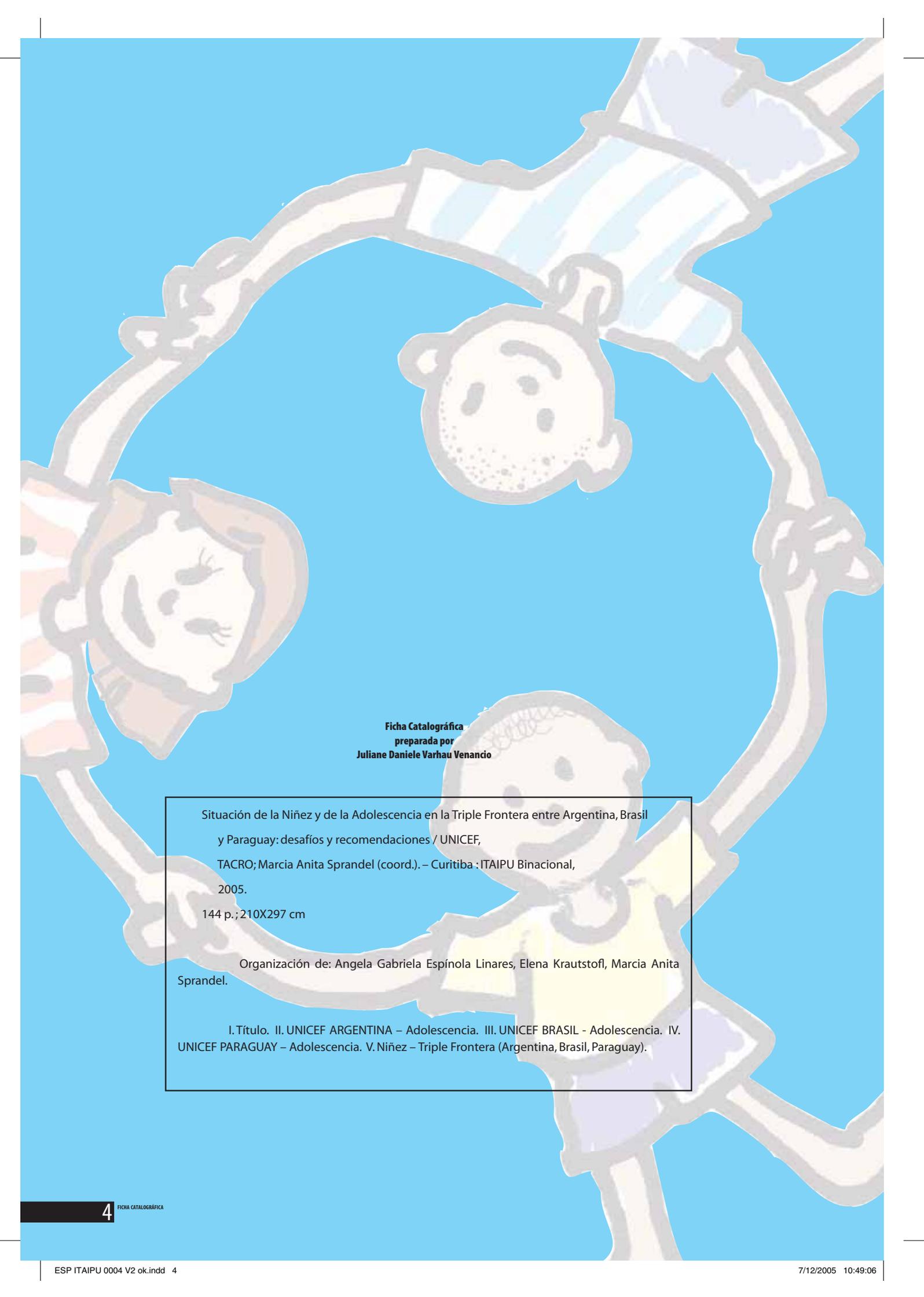
**SITUACIÓN DE LA NIÑEZ Y DE LA ADOLESCENCIA EN LA TRIPLE FRONTERA ENTRE AR-
GENTINA, BRASIL Y PARAGUAY: DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES**

Organización de
Angela Gabriela Espínola Linares (Paraguay)
Elena Krautstofl y equipo (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
Marcia Anita Sprandel (Brasil)

Coordinación general
Marcia Anita Sprandel

Apoyo Técnico UNICEF
UNICEF Argentina – Sunah Kim, Eduardo Chávez Molina y Manuela Thourte
UNICEF Brasil – Manuel Rojas Buvnich y Halim Antonio Girade
UNICEF Paraguay – Walter Mendonça Filho

Curitiba
2005



Ficha Catalográfica
preparada por
Juliane Daniele Varhau Venancio

Situación de la Niñez y de la Adolescencia en la Triple Frontera entre Argentina, Brasil y Paraguay: desafíos y recomendaciones / UNICEF, TACRO; Marcia Anita Sprandel (coord.). – Curitiba : ITAIPU Binacional, 2005.

144 p.; 210X297 cm

Organización de: Angela Gabriela Espínola Linares, Elena Krautstofi, Marcia Anita Sprandel.

I. Título. II. UNICEF ARGENTINA – Adolescencia. III. UNICEF BRASIL - Adolescencia. IV. UNICEF PARAGUAY – Adolescencia. V. Niñez – Triple Frontera (Argentina, Brasil, Paraguay).

Pasaron quince años desde la promulgación de la Convención sobre los Derechos del Niño. Durante este periodo, Argentina, Brasil y Paraguay tuvieron avances importantes en temas relacionados a la infancia y la adolescencia, particularmente en el ámbito de las reformas legales. Los tres países cuentan con leyes adecuadas a la Convención, aunque su aplicación efectiva aún presenta un desafío.

Adicionalmente, los tres países ratificaron su compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y establecen Planes de Acción a favor de la infancia, en el marco de la Declaración de la Sesión Especial de las Naciones Unidas Un Mundo Apropiado para los Niños.

Por otro lado, los tres países son muy diferentes en tamaño, población, características étnico-culturales, políticas, económicas y sociales. El análisis de situación identifica esas diferencias también en el interior de los países. No obstante, detuvimos nuestra mirada en los niños, niñas y adolescentes de la Triple Frontera; veremos que más allá de los contextos heterogéneos que los rodean, muchos de ellos viven en situaciones comunes de violación de derechos, de alta vulnerabilidad, desprotección, pobreza y desigualdad.

Estas situaciones pueden variar significativamente en los próximos quince años, dependiendo en gran parte del compromiso y de la capacidad que tiene cada país (y el conjunto de los tres países) de impulsar y desarrollar políticas públicas, programas y acciones coherentes, relevantes, pertinentes y articuladas.

En este sentido, este documento representa un punto de partida para generar una agenda de trabajo conjunta para los tres países, teniendo como objetivo abordar las problemáticas más críticas identificadas, como el registro y documentación de los niños y niñas y adolescentes; la eliminación del trabajo infantil; la eliminación de la explotación sexual comercial y del tráfico de seres humanos; la universalización del acceso a la educación y salud de calidad y la prevención y atención al VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual.

El trabajo para la realización de este análisis de situación fue coordinado por las tres Oficinas Nacionales de UNICEF en la Argentina, en el Brasil y en Paraguay, con el apoyo de la Itaipu Binacional.

Sin duda, ese esfuerzo de coordinación y supervisión tri-nacional demuestra la voluntad, el interés y el compromiso de UNICEF en demostrar que los problemas enfrentados por la infancia en esa área fronteriza tiene un carácter sub-regional, requiriendo acciones que van mucho más allá de una perspectiva aislada de cada país.

También se contó con el apoyo y la colaboración de los gobiernos locales y de muchas organizaciones de la sociedad civil de los tres países, que participaron activamente de los procesos de consulta y recolección de informaciones.

Sin ese apoyo y ese intercambio entre los muchos actores involucrados en la temática de la niñez y la adolescencia, no habría sido posible avanzar en el conocimiento y en la promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que se expresan en este documento.

Jorge Rivera Pizarro
Representante de UNICEF en la Argentina

Marie-Pierre Poirier
Representante de UNICEF en el Brasil

Walter Mendonça Filho
Representante a.i. de UNICEF en Paraguay

PRÓLOGO

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el apoyo de Itaipu Binacional y de gobiernos locales, realizó este análisis de situación de la infancia y adolescencia en la Triple Frontera entre Argentina, Brasil y Paraguay con el objetivo de contribuir a una mejor comprensión de los problemas y violaciones de derechos que enfrenta esa población en la región.

A partir de este análisis, se espera que los tomadores de decisión, en los ámbitos público y privado, puedan tener una base sólida para el establecimiento de políticas públicas y para la definición de acciones concretas en pro de los niños, niñas y adolescentes de la Triple Frontera.

Por sus características particulares, el área de la Triple Frontera presenta una visible heterogeneidad en las condiciones socio-económicas, así como en la diversidad de las culturas, con flujos de personas, bienes y capitales.

En este contexto, los derechos de los niños, niñas y adolescentes son frecuentemente violados por diferentes formas de explotación y por dificultades de acceso a servicios de salud, educación y asistencia social de calidad.

Preocupado por tal realidad, en un contexto de creciente integración económica y política del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), UNICEF emprendió esta investigación con la participación efectiva de diferentes actores y equipos de trabajo de los tres países.

El UNICEF, que tiene como mandato la promoción de la salud, de la educación, de la igualdad y la protección de niños, niñas y adolescentes, invita a los Gobiernos de los tres países, en todos sus niveles y, con especial atención, a los Gobiernos locales de la región de la Triple Frontera, a dar impulso a una agenda de defensa y garantía de los derechos de la infancia, con acciones y recursos concretos para abordar las diversas formas de violación de derechos identificados en este estudio.

Los niños, niñas y adolescentes de la Triple Frontera demandan de los Estados de la región todas las medidas apropiadas para garantizar el cumplimiento de sus derechos y la promesa de asegurar su dignidad mediante cuidados y asistencia, tal como lo establece la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño.

La sociedad civil y las empresas, privadas y estatales, también tienen su papel en la construcción de países más justos, equitativos y solidarios, sea en la promoción de una conciencia ciudadana, en el trabajo de advocacy para la formulación e implementación de políticas públicas a favor de la infancia, sea en la realización de proyectos y programas específicos, en el contexto de la responsabilidad social empresarial.

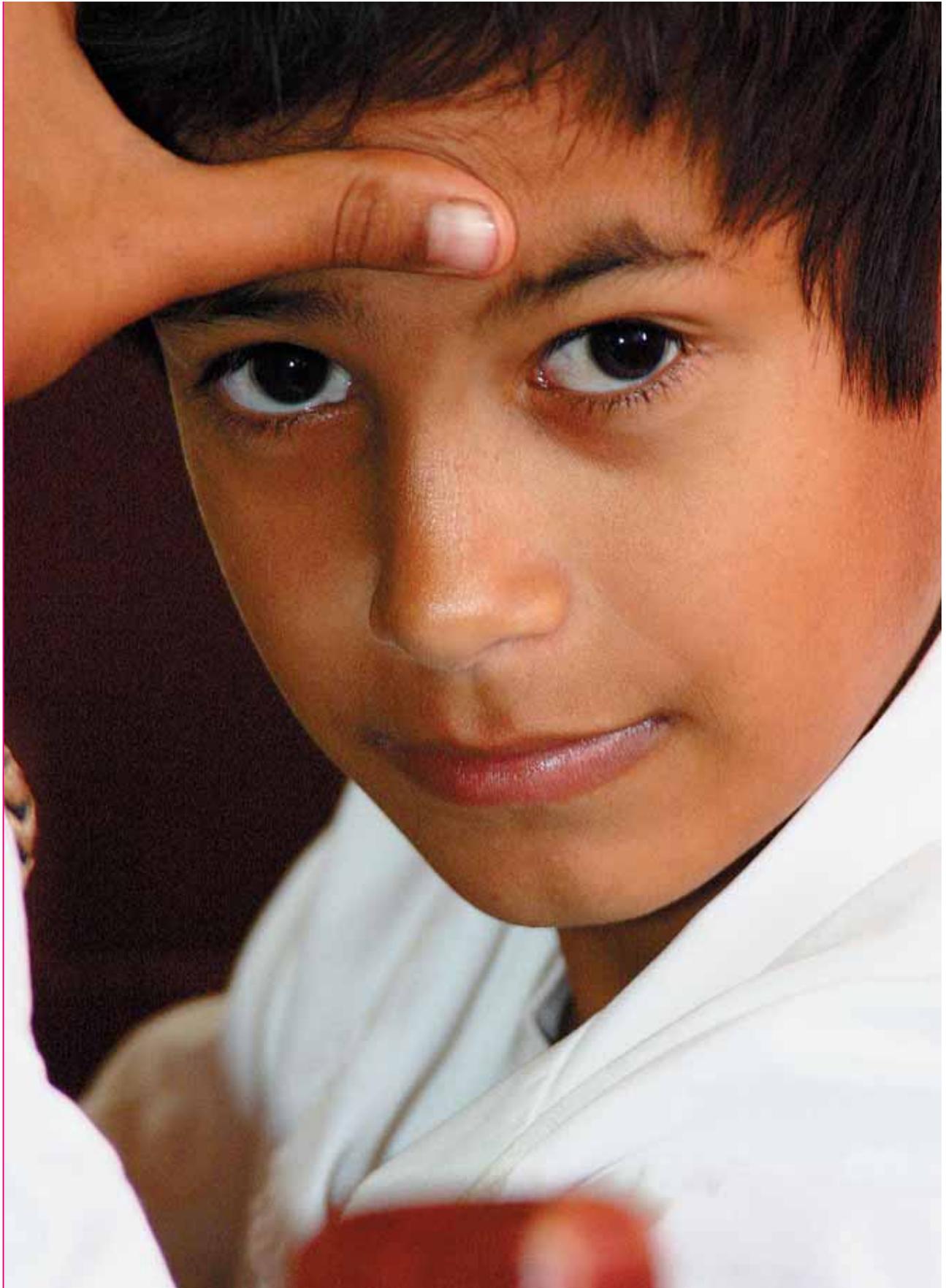
Todos, juntos, tenemos el compromiso ético y la obligación jurídica de proteger a nuestros niños y niñas y asegurar todas las oportunidades posibles para su pleno desarrollo.

UNICEF, Itaipu ha tetã ambue sambyhyharakuéra ojapo peteĩ tembiapo, oikuaa ha ua umi mitã ha mitãrusu rekovekuéra Triple Fronterape. Oñembyaty upevarã Argentina, Brasil ha Paraguay.

Oñepytyvõ ha ua hikuái, ha oikuaa porave ha ua pe tekoteve orekóva umi tavayguakuéra upegua.

Ko tembiapo rupive, oñeha'ãro umi mburuvichakuéra Tres Fronteras pegua, ikatúta omombareteve hembiapokuéra, omoporaveha ua mitã, mitarusu ha mitakuña rekove yvytenda pegua.

Nils Arne Kastberg
Director Regional para América Latina y el Caribe
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los gobiernos de cada país y a las autoridades de las diferentes jurisdicciones por su apoyo a esta iniciativa. De manera particular, agradecemos a los municipios que fueron anfitriones de los seminarios de trabajo: Eldorado y Puerto Esperanza, en la Argentina; Toledo y Foz do Iguazu, en el Brasil y Ciudad del Este, en el Paraguay, a través de sus prefectos/intendentes y funcionarios de los diversos sectores y equipos de apoyo.

Agradecemos, igualmente, a los funcionarios de órganos gubernamentales federales/nacionales, estatales/provinciales/departamentales y municipales, por la rápida atención siempre que solicitamos información necesaria para nuestro análisis.

A todas las organizaciones locales, gubernamentales y no gubernamentales, entidades religiosas y grupos comunitarios de la sociedad civil, que contribuyeron para la realización de los seminarios y estuvieron siempre dispuestas a colaborar para la realización de este estudio, nuestro agradecimiento y reconocimiento por el importante trabajo realizado en la defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes de la Triple Frontera.

A la población locales, cuya participación en los ocho seminarios-consulta realizados en la Argentina, en el Brasil y en el Paraguay fue fundamental para que pudiésemos aproximarnos a lo mejor posible a la realidad vivida por los niños, niñas y adolescentes de la Triple Frontera.

A los medios de comunicación local, que acompañaron los seminarios y difundieron la iniciativa, demostrando compromiso con la causa de los niños, niñas y adolescentes de la región.

A la consultora Elena Krautstoftl y al equipo de la Universidad Nacional de Misiones, Argentina, y a las consultoras Marcia Anita Sprandel, del Brasil y Angela Gabriela Espínola Linares, de Paraguay, por el trabajo realizado.

A los equipos de las Oficinas de UNICEF de Buenos Aires, Brasilia y Asunción, por el apoyo en la orientación y en la revisión del documento y por la logística ofrecida para la realización de los seminarios.

Finalmente, agradecemos a Itaipu Binacional por su contribución a las oficinas de UNICEF Brasil y UNICEF Paraguay y especialmente a Ligia Neves, Nilson Nagata, y Joel de Lima Patrícia Pinheiro por el apoyo institucional y operacional. Una referencia especial debe ser hecha a Elias Antonio Maia Dias que, con su mirar sensible y profesional, es el responsable por las fotos que ilustran este trabajo.

PRESENTACIÓN	5
PRÓLOGO.....	6
AGRADECIMIENTOS.....	8
SIGLAS Y ABREVIATURAS	10
RESUMEN EJECUTIVO	11

CAPÍTULO 1 – INTRODUCCIÓN	14
1.1 DERECHO DE LA NIÑEZ	15

CAPÍTULO 2 – CARACTERIZACIÓN DE LA TRIPLE FRONTERA.....	16
2.1. DEMOGRAFIA E DINÁMICA POPULACIONAL	17
2.2. SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA	19
2.3. DIVERSIDAD ÉTNICA Y CULTURAL	20

CAPÍTULO 3 – LA EXCLUSIÓN Y LA VULNERABILIDAD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LA TRIPLE FRONTERA.....	22
3.1. DESIGUALDAD Y POBREZA	23
3.1. POLÍTICAS Y PROGRAMAS SOCIALES EXISTENTES	24

CAPÍTULO 4 – EL DERECHO A LA SOBREVIVENCIA Y AL DESARROLLO INFANTIL	28
4.1. MORTALIDAD INFANTIL Y DERECHO A LA SALUD	29
4.2. MORTALIDAD MATERNA Y DERECHO A LA SALUD	32
4.3. ASISTENCIA AL EMBARAZO Y AL PARTO.....	34
4.4. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA	36
4.5. ATENCIÓN DE LA SALUD	38
4.6. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL Y DESNUTRICIÓN	41
4.7. PROTECCIÓN CONTRA ETS/SIDA Y MALARIA	44
4.8. DERECHO AL NOMBRE Y A LA IDENTIDAD	47
4.9. DERECHO A VIVIR EN UN AMBIENTE SALUDABL	49

CAPÍTULO 5 – EL DERECHO A LA EDUCACIÓN Y AL ESPARCIMIENTO.....	52
5.1. ABANDONO ESCOLAR: UN DESAFÍO	53
5.2. TRABAJO INFANTIL Y EDUCACIÓN.....	56

CAPÍTULO 6 – EL DERECHO A LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS, MALOS TRATOS Y EXPLOTACIÓN	58
6.1. VIOLENCIA.....	59
6.2. EXPLOTACIÓN SEXUAL Y COMERCIAL Y OTRAS FORMAS DE EXPLOTACIÓN	61
6.3. TRÁFICO DE SERES HUMANOS	64
6.4. ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY Y MADRES CON NIÑOS EN INSTITUCIONES PENALES.....	66

CAPÍTULO 7 – DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES	68
--	-----------

SIGLAS Y ABREVIATURAS

	SIGLAS y ABREVIATURAS
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIDS	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
AR	Argentina
ARVs	Medicamentos anti-retrovirales
BCG	Bacilo de Calmette y Guérin (vacuna contra la tuberculosis)
BCP	Beneficio de Prestación Continua
BR	Brasil
CAPS	Centros de Atención Primaria de la Salud
CAPS	Centro de Atención Psico-social
CDC	Convención sobre los Derechos del Niño
CEAPRA	Centro de Atención, Prevención y Acompañamiento de Niños, Niñas y Adolescentes
CEPEP	Centro Paraguayo de Estudios de Población
CIAADI	Centro Integrado de Atención al Adolescente Infractor
CNPhyV	Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas
CONSEA	Consejo Nacional de Seguridad Alimenticia
CRAS	Centro de Referencia de Asistencia Social
DATASUS	Departamento de Informaciones e Informática del Sistema Único de Salud
DGEEC	Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos
DNI	Documento Nacional de Identidad
ECA	Estatuto del Niño y del Adolescente
EEB	Educación Escolar Básica
EI	Educación Inicial
EIH	Encuesta Integrada de Hogares
ENDSSR	Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual Reproductiva
EPI	Enfermedades Prevalentes de la Infancia
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
ESCI	Explotación Sexual Comercial Infantil
ESSAP	Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FPT	Fuera de Posibilidad Terapéutica
FUNAI	Fundación Nacional del Indígena
FUNASA	Fundación Nacional de Salud
GT	Grupo de Trabajo
Gs	Guaraníes (moneda)
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcante

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDHM	Índice de Desarrollo Humano Municipal
INAN	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
INCRA	Instituto Nacional de Colonización y Reforma Agraria
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INEP	Instituto Nacional de Estudios e Investigaciones Educativas Anísio Teixeira
INTA	Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria
IPS	Instituto de Previsión Social
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LOAS	Ley Orgánica de la Asistencia Social
MDS	Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MS	Ministerio de Salud
MSP y BS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
MTE y SS	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
NASA	Núcleo de Acción Solidario SIDA
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NEA	Noreste Argentino
NUCRIA	Núcleo de Protección a la Niñez y la Adolescencia Víctima de Violencia
NV	Nacidos Vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPAS	Organización Panamericana de la Salud
OPV	Vacuna Anti-poliomielítica oral
OS	Obras Sociales
PACS	Programa Agente Comunitario de Salud
PAIF	Programa de Atención Integral a la Familia
PAS	Programa de Asistencia Social
PETI	Programa de Erradicación del Trabajo Infantil
PJJHD	Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados
PSF	Programa Salud de la Familia
PIB	Producto Interno Bruto

Las áreas de Frontera, en las que es grande la circulación de personas, acostumbran ser escenario de vulnerabilidad para niños, niñas y adolescentes. En la Triple Frontera, la situación es semejante. A pesar de todo el esfuerzo de los gobiernos y de la sociedad civil, muchas son las situaciones de violación de derechos de niños, niñas y adolescentes en Argentina, Brasil y Paraguay.

En función de eso, y estimulados por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, por el marco ético y legal de la Convención de los Derechos del Niño, las oficinas de UNICEF de Argentina, Brasil y Paraguay, con el apoyo de Itaipu Binacional, tomaron la decisión de realizar un Análisis de la Situación de Niños, niñas y adolescentes en la Triple Frontera. El objetivo es conocer mejor la realidad que ellos viven, la violación de sus derechos y, a partir de eso, establecer recomendaciones para superar las dificultades encontradas.

De junio a octubre de 2005, investigadores de los tres países analizaron la situación del niño, la niña y del adolescente en 62 municipios de la Triple Frontera (15 argentinos, 32 brasileños y 15 paraguayos). Las informaciones fueron obtenidas en bancos de datos nacionales, regionales y locales, y durante la realización de ocho seminarios, en los tres países, para los cuales fueron invitadas autoridades locales y regionales, de los tres poderes, representantes de consejos, iglesias y organizaciones no gubernamentales.

Fue identificado que en los 62 municipios estudiados, viven 1,9 millones de personas (entre ellas más de 13 mil indígenas), cerca de 880 mil con menos de 19 años y 220 mil menores de cinco años. O sea, casi 45% de la población de las Tres Fronteras está formada por niños, niñas y adolescentes.

Los municipios argentinos seleccionados son los que más tienen, proporcionalmente, población de niños, niñas y adolescentes (50,2%), seguidos de los municipios paraguayos (44,2%) y de los brasileños (39,8%). En 30 de estos municipios (48% del total), los indicadores de pobreza son mayores que la media del estado de Paraná, siendo esta una realidad de millares de niños, niñas y adolescentes viviendo en situación de pobreza o con Necesidades Básicas Insatisfechas.

En contrapartida, gobiernos, sociedad civil y organismos internacionales se unen esperando dar mejores condiciones de vida a esta población. Diversos programas están siendo desarrollados en los tres países; algunos de los cuales unen esfuerzos bi o trinacionales para enfrentar problemas asociados a la falta de acceso a servicios sociales básicos de calidad y a mecanismos de protección integrales.

Entre los desafíos a ser enfrentados para garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes a la sobrevivencia y al desarrollo están: mortalidad infantil, desnutrición, inadecuado saneamiento básico, falta de registros de nacimiento y documentación.

En los municipios argentinos no existen datos actualizados sobre la cantidad de niños no registrados y sin documentos. En el Brasil, la tasa de nacimientos no registrados en 2002, era de 15,3%; la de Paraná, 7,3%; y la de

Mato Grosso do Sul, 12,9%.

La experiencia del Hospital Ministro Costa Cavalcanti, inédita en la región, merece destaque por propiciar que los niños nacidos en el establecimiento, localizado en Foz de Iguazú, tengan su primer derecho resguardado. Desde diciembre de 2003, la instalación de un puesto avanzado de registro civil dentro del hospital, garantiza que los recién nacidos sean registrados antes de recibir el alta hospitalar.

En las cuestiones ligadas a la salud, la problemática del VIH/SIDA requiere particular atención. En comparación a otras regiones del mundo, en ninguno de los tres países existen altos índices de casos prevalentes del virus VIH/SIDA, por otro lado, los índices observados se encuentran en aumento, afectando principalmente a las mujeres.

Desde mayo de 2005, existe la propuesta de una política conjunta que, además de los tres países, involucra también Bolivia, Chile y Uruguay, para combatir el VIH/SIDA en las regiones fronterizas. La idea es que los seis países usen la misma metodología para la vigilancia epidemiológica del HIV, la prevención, el tratamiento y la asistencia.

Además del VIH/SIDA, las enfermedades prevalentes en la infancia (especialmente enfermedades del aparato respiratorio, infecciosas y parasitarias), en diversos grados de incidencia, todavía preocupan en los tres países, lo que demuestra la necesidad de ampliar los programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades; y de mejorar la calidad de los servicios de atención de salud y de asistencia social, además de ampliar su cobertura hacia las zonas rurales.

La mayor parte de los departamentos argentinos y paraguayos seleccionados tiene una tasa de mortalidad infantil superior a la media del Brasil (14,4 por mil nacidos vivos en la Argentina, en 2004; y 19,4 en Paraguay, en 2003), mientras que en la mayor parte de los municipios brasileños seleccionados, esta tasa es inferior a la media del Brasil (27,5 en 2003).

La tasa de mortalidad infantil por debajo de la media en los municipios se debe principalmente a la intervención de la Pastoral de la Infancia, bastante fuerte en región. A eso se suma el esfuerzo de la Itaipu Binacional que, junto a UNICEF, dispuso en 28 municipios del Oeste paranaense el Kit Família Brasileira Fortalecida, y propició la capacitación de agentes comunitarios de salud y de líderes de la Pastoral de la Infancia para la utilización del material.

Si los problemas post nacimiento están siendo minimizados debido a las acciones arriba citadas, las cuestiones relacionadas al período perinatal merecen ser destacadas. En los tres países es preciso mejorar la atención pre natal, parto y post parto. Además, el embarazo en la adolescencia es un problema a ser enfrentado, por el riesgo que representa para la salud de la madre y del bebé.

Otro punto que preocupa es el hecho de la alta proporción de niños y niñas que viven en casas sin saneamiento y sin

agua potable, lo que representa una grave amenaza para su salud y bienestar. La falta de estructura causa las llamadas enfermedades prevalentes en la infancia (diarreas e infección de los aparatos digestivo y respiratorio).

La desnutrición también preocupa. La falta de datos estadísticos actualizados en los municipios argentinos causa imprecisión en las informaciones referentes al tema en el país. En el Brasil, entre los municipios estudiados, apenas uno presenta tasa de desnutrición mayor que la media nacional. En Paraguay, los datos disponibles, por departamento, apuntan para tasas de desnutrición mayores que las nacionales y en ritmo de crecimiento.

Para combatir el problema de la desnutrición, la mejor herramienta es la lactancia materna exclusivamente hasta los seis meses de edad y como complemento hasta los dos años. No obstante, ante la falta de informaciones sobre los beneficios de la lactancia en la región estudiada es necesario que se trabaje para revertir esa situación.

Para tal, el papel de los hospitales es importante. Dos municipios brasileños investigados cuentan con hospitales que poseen sello Hospital Amigo del Niño, concedido por el Ministerio de Salud a instituciones que cumplen con los "Diez Pasos para el Incentivo a la Lactancia". La iniciativa del sello es de la Organización Mundial de la Salud (OMS) juntamente con UNICEF. En Foz do Iguazú, el Hospital Ministro Costa Cavalcanti posee el sello, y en Cascavel, el Hospital Universitario del Oeste de Paraná.

El derecho de los niños a la educación se torna más crítico ante el desamparo escolar predominante en los adolescentes, por repitencia y el trabajo infantil. Preocupa la baja frecuencia en las escuelas en el grupo de 15 a 17 años en las áreas rurales, especialmente en los departamentos Guaraní, San Pedro y General Manuel Belgrano, en la Argentina. Estos mismos departamentos presentan altas tasas de repitencia en relación a la media de Brasil.

Existen en el Brasil problemas de deserción escolar en la enseñanza media (más de 15%) en 65% de los municipios seleccionados y las tasas de reprobación de la 1ª a la 4ª serie de la enseñanza fundamental, mayor que 10% en 18 municipios. En Paraguay, existe una preocupación de la población de los municipios estudiados por el bajo porcentaje de adolescentes con acceso a la educación y por altas tasas de analfabetismo. Los municipios de los tres países demandan mayor oferta de guarderías y de educación pre escolar, así como cursos de profesionalización para adolescentes.

El trabajo infantil es una de las causas por la cual niños, niñas y adolescentes dejan de asistir, o de asistir regularmente, a la escuela. También es un factor que provoca retrasos en el aprendizaje y, por lo tanto, contribuye para aumentar los índices de repitencia.

En la Provincia de Misiones, niños, niñas y adolescentes trabajan principalmente en actividades agrícolas y agroforestales, pero no existen estadísticas actualizadas. En los municipios brasileños seleccionados, es precaria la situación de niños y niñas que trabajan en las calles y en el servicio doméstico.

En Paraguay, los niños y niñas trabajan en el campo y la

ciudad, y preocupa la situación de las "criaditas" domésticas. Brasil y Paraguay tienen, en el Puente de la Amistad, un gran desafío, dada la atracción que ejerce sobre niños, niñas y adolescentes, el amplio movimiento comercial y turístico, atrayéndolos para todo tipo de trabajo.

Para ayudar a resolver tales problemas, los tres países desarrollan diferentes programas de transferencia de renta. En la Argentina, vale destacar los programas: "Jefas y Jefes de Hogar Desempleados", "Ingreso para el Desarrollo Humano" y el "Plan Nacional de Familias por la Inclusión Social". En Brasil, existen los programas "Bolsa Familia", "Programa de Erradicación do Trabalho Infantil (PETI)" y o "Projeto Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano". En Paraguay, existe el "Programa Abrazos".

Otro grave problema enfrentado en la región estudiada son los diversos tipos de abuso, explotación y violencia. La existencia de explotación sexual comercial asociada a actividades de turismo y tráfico de drogas es reconocida por diversos sectores de la población entrevistada durante el trabajo de campo. No obstante, no existen datos estadísticos sobre el tema en ninguno de los países.

En los municipios argentinos seleccionados existe desde el reclutamiento de jóvenes para prostíbulos más al sur del país, hasta la combinación de trabajo en la calle y actividades sexuales. En los brasileños, niños, niñas y adolescentes son explotados sexualmente en las calles, hoteles y prostíbulos.

La región es ruta de tráfico internacional de seres humanos, lo que significa que niños, niñas y adolescentes están vulnerables al reclutamiento para explotación sexual comercial en Argentina, Brasil, Paraguay e Europa. La situación en Paraguay es similar a la del Brasil, tanto en situaciones de explotación sexual, cuanto en la vulnerabilidad a rutas de tráfico de seres humanos.

Varias iniciativas fueron articuladas, especialmente después de 2001, cuando la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se instaló en la región con el Programa de Prevención y Eliminación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes, en la Triple Frontera entre Brasil, Argentina y Paraguay. Además de invertir recursos, la OIT se asoció a diferentes sectores de la sociedad – gobiernos, organizaciones no gubernamentales y empresas, con la participación de Itaipu Binacional.

La violencia contra los niños, niñas y adolescentes es preocupante en los municipios seleccionados de los tres países. En la Argentina, los datos están sistematizados, pero un relevamiento hecho en el Juzgado de Menores de Eldorado señala 850 registros de violencias en 2004, siendo más frecuentes los de abuso sexual, incesto, golpes y abandono.

Solo el Brasil cuenta con un sistema nacional de notificaciones (SIPIA), que de enero de 1999 a noviembre de 2005 registró 16.742 denuncias de violencias contra niños, niñas y adolescentes en 24 de los 32 municipios brasileños seleccionados. Cerca de 44% de las denuncias se refiere a la violación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria. La violencia física, psicológica y sexual es la segunda más registrada, con 25% de los casos.

En relación al Paraguay, existen datos del Ministerio Público referentes a Ciudad del Este, que indican que de 2002 a 2004 fueron denunciados 140 casos de abuso sexual, 49 casos de tentativa de abuso sexual, 186 casos de malos tratos, 44 de estupro y 33 de proxenetismo.

Finalmente, la situación resumida hasta el momento presenta desafíos para las políticas públicas, no solo en el ámbito de cada país, sino también en el conjunto de los países. Estos desafíos serán mejor abordados con la acción no solamente de las autoridades de los diversos niveles de gobierno, sino también con la acción de las diversas representaciones de la sociedad civil organizada y de empresas privadas. La participación de los propios niños, niñas y adolescentes en este proceso será fundamental.

A continuación, algunas recomendaciones que podrían contribuir a responder a los desafíos mencionados. Recomendaciones más específicas se apuntan en el último capítulo. Entre las recomendaciones más generales, para los tres países, vale la pena resaltar la necesidad de la región de:

- Poseer una red ampliada de atención materno-infantil que ofrezca a las madres y a los niños y niñas servicios de calidad en el pre-natal y post-parto y en los cuidados del recién nacido y en la atención de enfermedades prevalentes en la infancia;
- Establecer una oferta regular del registro civil en hospitales y maternidades y la realización de campañas que divulguen la gratuidad del servicio y la importancia del registro civil para los derechos de ciudadanía del niño y niña;
- Implantar en hospitales y maternidades procedimientos, actividades e iniciativas, tales como el Hospital Amigo del Niño, que estimulen la lactancia materna, dando continuidad a este trabajo en puestos de atención primaria, divulgando la importancia lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad para la salud del niño y niña y continuado hasta los dos años de edad;
- Ofrecer dentro de las rutinas del pre-natal, el consejo y test del virus VIH, así como del tratamiento adecuado, cuando sea necesario. Esto es urgente dada la creciente feminización de la epidemia. De la misma forma hay necesidad de atención en relación a la sífilis en las embarazadas;
- Ampliar los servicios de saneamiento básico, con definiciones de atribuciones municipales, estatales-departamentales-provinciales y garantía de ejecución presupuestaria;
- Una de las etapas más críticas para el desarrollo pleno de las capacidades de los niños, niñas y adolescentes se da en los primeros años de vida. El fortalecimiento de las familias en su capacidad de cuidado, alimentación y protección, en el contexto de programas de desarrollo infantil integral, merece toda la atención y apoyo;
- Es necesario, igualmente, que los tres países inviertan en una educación de calidad, que incorpore niños y niñas de 0-5 años y niños y niñas de las zonas rurales, y que mantenga a los niños y niñas en las escuelas, disminuyendo

los indicadores de deserción y repetición, particularmente de adolescentes;

- Es necesario ampliar las experiencias como la del Grupo de Operadores de Derecho de la Triple Frontera, creado a partir de la actuación regional de la Organización Internacional del Trabajo en la lucha contra la explotación sexual comercial infantil, para su actuación también en el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes y del tráfico de seres humanos.

Teniendo como base estas recomendaciones, UNICEF entiende necesaria la construcción de una agenda de trabajo conjunto de los tres países, con metas, acciones y mecanismos de monitoreo para responder a los problemas identificados en el estudio, de manera global e integral.

Promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes en esta región es una oportunidad para fortalecer la cooperación e integración con acciones concretas en el ámbito del MERCOSUR.

Niños y niñas vulnerables en una región insegura precisan de redes de protección construidas en conjunto por gobiernos y sociedad civil, con el apoyo de organismos internacionales cuando se considere necesario y pertinente. Solamente una gran movilización de esos sectores podrá transformar la realidad y garantizar la protección de todos los niños y niñas y todos los adolescentes de la Triple Frontera.

Este trabajo inicial de diagnóstico pretende ser una contribución para esta tarea urgente y necesaria.



1

INTRODUCCIÓN

En Setiembre de 2000, los gobiernos de 189 países – incluyendo Argentina, Brasil y Paraguay – firmaron la Declaración del Milenio, donde se originan los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) que 189 estados miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a alcanzar para el 2015.

Pautados en los diversos instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos que hacen parte de la declaración, los Objetivos de Desarrollo del Milenio están orientados a erradicar la extrema pobreza y el hambre; universalizar la enseñanza básica; promover la igualdad entre los sexos, reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades; garantizar la sustentabilidad ambiental y establecer una alianza mundial para el desarrollo.

Siete de los ocho ODMs tienen como sujetos de derechos los niños, niñas y adolescentes y como marco paradigmático la Convención sobre los Derechos del Niño, que reconoce, sin distinción de raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica y nacimiento, que todo niño y niña tiene derecho a la sobrevivencia sana, desarrollo pleno y protección contra todas las formas de discriminación, explotación y abuso.

Estimulados por los ODMs, por el marco ético y legal de la Convención y por las oportunidades e integración y cooperación que el MERCOSUR ofrece, las Oficinas de UNICEF de Argentina, del Brasil y del Paraguay, con el apoyo de Itaipu Binacional, tomaron la decisión de realizar un Análisis de Situación de la Infancia y Adolescencia en la Triple Frontera que permitiese conocer mejor las violaciones de derechos que ellos enfrentan y establecer recomendaciones de políticas públicas para superarlas.¹

Las áreas de frontera comúnmente son escenarios de gran vulnerabilidad. Los niños y niñas que viven o transitan por ellas, están más expuestos, por ejemplo, a las enfermedades y epidemias, al tráfico de seres humanos y a la explotación sexual comercial. Se sabía de antemano que en la Triple Frontera había registro de muchas situaciones de violación de derechos de los niños y niñas de la Argentina, del Brasil y del Paraguay. Algunos indicadores comunes señalan dicha situación.

En este contexto, durante cinco meses, de junio a octubre de 2005, investigadores de los tres países identificaron y analizaron los principales problemas, sus causas y los actores responsables por la violación y no realización de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en la región, así como también las acciones emprendidas en pro de sus derechos.

Las informaciones sobre la situación de la infancia y adolescencia en el área seleccionada fueron obtenidas de diversas fuentes, en bancos de datos nacionales, regionales y locales. En el mismo periodo, fueron realizados cuatro (04) reuniones técnicas del equipo tri-nacional y ocho (08) seminarios-consulta, en los tres países. Para los seminarios, fueron invitados autoridades locales y regionales de los tres poderes, representantes de consejos, iglesias y organizaciones no gubernamentales.²

Los datos obtenidos fueron examinados teniendo como base los principios del enfoque de derechos, subrayándose, siempre que fuera posible, las disparidades existentes entre indicadores y, considerándose las particularidades de las diferentes fases en el ciclo de vida de los niños y niñas. Debido a la falta de disponibilidad de algunas informaciones, a las dificultades encontradas en compatibilizar otras de ellas³ y al hecho de que muchas son de años diferentes, se buscó una forma de análisis de las informaciones donde se evitase la comparación entre países, privilegiando un análisis más causal y estratégico de los problemas de violaciones de derechos identificados.

El documento está compuesto por siete capítulos. El capítulo primero ofrece una introducción al estudio. El capítulo segundo presenta una caracterización de la Triple Frontera, destacando su demografía y dinámica poblacional, situación socio-económica y diversidad étnica y cultural. El tercer capítulo tiene por objeto la exclusión y la vulnerabilidad de los niños, niñas y de los adolescentes en la Triple Frontera, analizando la situación de pobreza, desigualdad y, las políticas y programas sociales existentes.

El capítulo cuarto trata del derecho a la sobrevivencia y al desarrollo infantil, incluyendo la mortalidad materna e infantil, el derecho a la salud, derecho al nombre e identidad, la desnutrición y seguridad alimentaria y nutricional, la protección contra ETS/SIDA y malaria, el derecho a vivir en un ambiente saludable.

El 5 capítulo, que tiene como tema el derecho a la educación y al esparcimiento, analiza datos referentes a la educación y al trabajo infantil. El capítulo 5 tiene por objeto el derecho a la protección contra abusos, malos tratos y explotación, especialmente violencia, explotación sexual comercial y otras formas de explotación y tráfico de seres humanos.

El capítulo 7 presenta los desafíos y las recomendaciones para que los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en el contexto de los principios y contenidos de la Convención sobre los Derechos del Niño, sean cumplidos en la región.

¹ La Convención sobre los Derechos del Niño considera como niño o niña a todo ser humano con menos de dieciocho años de edad, a no ser que, en conformidad con la ley aplicable a la niñez, la mayoría sea alcanzada antes. En la Argentina (Ley Nº 23.849/1990 y el Artículo 75 de la Constitución), se considera niño o niña a todo ser humano desde el momento de la concepción hasta los 18 años. En el Brasil (Ley Nº 8.069/1996 – Estatuto del Niño y del Adolescente), se considera niño o niña a la persona hasta doce años de edad incompletos, y adolescente a aquellos entre doce y dieciocho años de edad. En el Paraguay (Ley Nº 2.169, complementario a la Ley Nº 1680/2001 – Código de la Niñez y Adolescencia), niño o niña es todo ser humano desde la concepción hasta los 13 años. Adolescente es todo ser humano desde los 14 años hasta los 17 años. La mayoría se adquiere a los 18 años de edad.

² Los cuatro primeros seminarios se llevaron a cabo en el mes de julio de 2005, en los municipios de Toledo (26/07), Foz do Iguaçu (27/07), Ciudad del Este (28/07) y Eldorado (29/07). En esta ocasión, fueron presentados los datos secundarios disponibles. Con eso, se inició un rico proceso de intercambio de informaciones, con el objetivo de construir un diagnóstico conjunto entre el Unicef y la población local. En el mes de octubre de 2005 fueron realizados otros cuatro seminarios-consulta, en Toledo (04/10), Foz do Iguaçu (05/10), Ciudad del Este (06/10) y Puerto Esperanza (07/10). En ellos, fueron discutidos y perfeccionados los resultados intermedios de la investigación.

³ La experiencia del Censo del MERCOSUR indica las posibilidades y las limitaciones actuales de utilización de informaciones estadísticas compartidas entre los países. Ver "Integrando conceptos, clasificaciones y conocimiento: la experiencia del Censo 2000 en el Mercosur", por Alicia Bercovich. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/censo/mercosur.shtm>. Accedido el 30 de octubre de 2005.



3 Tríplíce Fronteira

Área estudada

Área estudada em:

- Paraguai
- Argentina

Área estudada no Brasil

- Brasil – 9ª e 20ª Regionais de saúde
- Brasil – Bacia do Paraná
- Brasil – Lindeiros

2

LA TRIPLE FRONTERA

La Triple Frontera, donde viven los niños y niñas y los adolescentes sujetos de este trabajo, es comúnmente identificada como la confluencia de territorios nacionales de Argentina, Brasil y Paraguay, incorporados en tres municipios: Puerto Iguazú, Foz do Iguazú y Ciudad del Este, respectivamente.

Para fines de esta investigación, fue considerada una Triple Frontera ampliada, que incluye quince (15) municipios argentinos, treinta y dos (32) municipios brasileños quince municipios paraguayos, en un total de sesenta y dos (62) municipios (Cuadro 1 – anexo).

La definición de los municipios se dio a partir de su localización en áreas de fronteras compartidas y adyacentes inmediatas, y de la existencia de un contexto similar, en el cual los

niños, niñas y los adolescentes crecen y se desarrollan.

Existen diferencias político-administrativas entre los países que necesitan ser asignadas. La principal de ellas es que la "provincia" Argentina corresponde al "estado" o "unidad federal" del Brasil y al "departamento" de Paraguay.

En Misiones, Argentina, existe una sub-división intermedia entre "provincia" y "municipio" llamada "departamento". Los "departamentos" de Misiones incluyen uno o más municipios, según la cantidad de habitantes, y son la división territorial predominante para fines estadísticos en la provincia, aunque algunos indicadores pueden ser construidos por municipio. (Cuadro 2 – anexo).

2.1 DEMOGRAFÍA Y DINÁMICA POBLACIONAL

Estimaciones poblacionales recientes permiten señalar que hoy viven en los 62 municipios estudiados 1,9 millones de personas, cerca de 880 mil con menos de 19 años y 220 mil menores de cinco años. O sea, casi 45% de la población de la Triple Frontera está formada por niños, niñas y adolescentes.

En los municipios argentinos seleccionados, la proporción de personas en esa franja de edad es de 50,2%, en los municipios brasileños 39,8% y en los municipios paraguayos 44,2%.

De entre los municipios argentinos seleccionados, Oberá, Eldorado y San Vicente tienen una población de más de 20 mil niños, niñas y adolescentes (0-19 años). En términos proporcionales, se destaca San Pedro (56,9% de los habitantes en la franja de edad de 0 a 19 años), Comandante Andrés Guacurarí (55%), San Antonio (54,9%), Colonia Delicia (54,4%) y San Vicente (53%) (Cuadro 3 - anexo) (Gráfico A1 - anexo).

De los municipios brasileños seleccionados, Foz do Iguaçu, Cascavel y Toledo son los únicos con más de 20 mil habitantes de 0 a 19 años. En términos proporcionales, aparece en primer lugar Ramilândia (45% de los habitantes con 0 a 19 años), seguido por Foz do Iguaçu (43%), São José Palmeiras (42,4%), Santa Teresinha de Itaipu (42,1%) y Diamante d'Oeste (41,9%) (Cuadro 3 - anexo).

Los municipios paraguayos seleccionados con población de más de 20 mil niños y niñas y adolescentes (0 a 19 años) son Ciudad del Este, Caaguazú, Coronel Oviedo, Hernandarias, Presidente Franco y Minga Guazú. Con mayores proporciones de habitantes en esta franja de edad están Juan E. O'Leary (53,1%), Repatriación (52,4%), Minga Porã (51,8%), Dr. Juan León Mallorquín (51,4%), Caaguazú (49,7%) y Minga Guazú (49,7%) (Cuadro 3 - anexo). O sea, que la mayor población proporcional de niños, niñas y adolescentes del área en estudio está en el territorio de la Argentina, seguido por Paraguay y el Brasil.

En el último período ínter censal (1991/2001, las

provincias argentinas seleccionadas tuvieron un crecimiento poblacional alto, especialmente General Manuel Belgrano (36,4%), Guaraní (34,6%) y San Pedro (31,6%), cuyas tasas de crecimiento poblacional fueron superiores a la media provincial (22,4%) (Cuadro A1 - anexo).

De los municipios brasileños seleccionados, 13 de ellos (40,6%) tuvieron una pérdida de población en el período inter censal 1991/2004.¹ Otros 11 municipios (34,3%) tuvieron un crecimiento de 0% a 1,5% al año, considerado bajo o moderado y, probablemente, por debajo del crecimiento vegetativo, según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Cinco municipios (15,6%) tuvieron un crecimiento medio de 1,5% a 3%. Solo tres municipios (9,3%) tuvieron un crecimiento alto o acelerado: Foz do Iguaçu (3,51%), Itaipulândia (5,67%) y Santa Tereza do Oeste (6,53%) (Cuadro B1 - anexo).

De los municipios paraguayos seleccionados, 10 tuvieron crecimiento poblacional en el período inter censal 1992-2002 sobresaliendo Santa Rita (86%), Ciudad del Este (66%) y Hernandarias (50,9%). Cinco municipios, mientras tanto, tuvieron una significativa pérdida poblacional: Mbaracayú (-64,2%), Salto del Guairá (-28,5%), Santa Rosa del Monday (-11,4%), Iguazú (-7,5%) y Minga Porã (-5,4%).

Llama la atención el gran crecimiento poblacional de los municipios seleccionados de la Argentina en el último período inter censal. El crecimiento verificado es del 66% en los municipios del Paraguay y la pérdida poblacional en otros del 33%. Por otro lado, es notable la pérdida o bajo crecimiento poblacional registrado en la mayor parte de los municipios brasileños seleccionados. En las dos situaciones, los niños, niñas y los adolescentes son directamente afectados por los desplazamientos poblacionales de sus familias.

Esta tendencia demográfica debe ser investigada en conjunto por los institutos de estadísticas y censo de los tres países, para que se pueda comprobar una posibilidad de interconexión migratoria.

Forma parte de la estrategia de sobrevivencia de muchas familias que viven en la región en estudio la búsqueda de



¹ El documento Tendencias Demográficas/Censo 2000, del IBGE, identifica al oeste del Paraná, próximo a la frontera con Paraguay, como una de las áreas de pérdida poblacional significativa del país, llama la atención que otros polos de pérdida poblacional identificados sean el extremo norte de Río Grande do Sul y el oeste de Santa Catarina, áreas próximas a la frontera con la Argentina, más específicamente con la Provincia de Misiones. Mientras que el documento no identifique las causas de la pérdida poblacional, indica que la mayor parte de los municipios brasileños en esta condición tienen menos de 50.000 habitantes y que fueron emancipados recientemente de municipios mayores; tienen alta tasa de mortalidad infantil; tienen 46,15% de personas con 10 años o más trabajando, recibiendo hasta un salario mínimo y poseen acceso a la red general de agua.

² Se trata de un programa de entrega gratuita de medicamentos en forma ambulatoria, coordinados por el Ministerio de Salud de la Nación, que atiende a 15 millones de personas y cubre el 80% de las patologías.

³ De acuerdo a la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas 2004-2005, datos provisorios, INDEC.

servicios o trabajo al otro lado de la frontera, siempre que consideren que allí tendrán mejores posibilidades de asistencia social básica o mejores empleos. Como ejemplo, se puede citar el caso de los brasileños que trabajan en los comercios de Ciudad del Este o en zonas agrícolas de los departamentos paraguayos y argentinos seleccionados.

Hay en los registros, igualmente, casos de brasileños que buscan en Misiones medicamentos ambulatorios gratuitos ofrecidos por el Plan Remediar.² A la inversa, se observa la búsqueda, por parte de paraguayos y argentinos, de test y tratamiento gratuito contra el SIDA en el Brasil.

Son innumerables las situaciones de los brasileños que viven en la Argentina o en el Paraguay y que inscriben a sus hijos en escuelas brasileñas, o que buscan en el Brasil servicios gratuitos de salud.

Todas estas situaciones, como veremos más adelante, apuntan hacia una gran circulación de personas (inclusive niños y niñas y adolescentes) entre los tres países, que necesita estudiarse mejor.

En más de la mitad de los municipios argentinos seleccionados, la población rural representa entre el 49,25% y el 100% de la población total, siendo que en Colonia Delicia, 9 de Julio, Colonia Victoria y Santiago de Liniers, esta proporción es del 100%. Estos datos apuntan hacia una tendencia importante de ruralidad en el área de estudio (Cuadro A2 – anexo). Esto significa que, en 8 de los 15 municipios argentinos seleccionados, hay un predominio de niños, niñas y adolescentes viviendo en áreas rurales.

En el Brasil, únicamente cinco de los municipios seleccionados tienen una tasa de urbanización menor de 50%, mientras que 12 municipios tienen más del 80% de su población viviendo en área urbana. (Cuadro B2 – anexo). Esto significa que la mayor parte de los niños, niñas y adolescentes en estudio viven en municipios del Brasil con tasas medias o altas de urbanización.

En Paraguay, ocho de los municipios seleccionados tienen una tasa de urbanización menor al 50%, cuatro están entre 50% y 59% y tres tienen una tasa de urbanización entre 75% y 100% (Hernandarias, Presidente Franco y Ciudad del Este). (Cuadro P1 – anexo). Los datos apuntan hacia una realidad en la cual los niños, niñas y adolescentes están viviendo en áreas rurales en la mayor parte de los municipios seleccionados.

Del total de la población de los 62 municipios, en la Argentina se contabiliza 4.083 indígenas de la etnia Mbya Guaraní³, en el Brasil 4.806 indígenas de la etnia Guaraní Nhandéva y en el Paraguay 4.137 indígenas pertenecientes a las etnias Mbya, Avá Guaraní y Aché (Cuadro P2 – anexo). O sea que viven en la región más de 13 mil indígenas.

Se estima que más del 50% de los Mbya Guaraní que viven en los municipios seleccionados en la Argentina tienen entre 0 y 14 años. Entre los Guaraní Nhandevá de los municipios brasileños seleccionados, 20% tienen menos de 5 años.

En los tres países, la población indígena enfrenta graves problemas de sobrevivencia, recurrentes por sobre todo por la falta de tierra para su reproducción social. Los niños y niñas son las principales víctimas de esta situación, que se refleja, entre otros factores, en una alta tasa de mortalidad infantil en las áreas indígenas. El hecho que el territorio cultural Guaraní sobrepasa las fronteras internacionales se traduce en un amplio movimiento de circulación de grupos de indígenas entre la Argentina, el Brasil y el Paraguay. Esos niños y niñas deben ser objeto de políticas especiales de salud pública en los tres países.

PUEBLOS INDÍGINAS

ARGENTINA Constitución Nacional (1994)

Art. 75, inciso 17 – Compete al Congreso reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión comunitaria de tierras que tradicionalmente ocupan; y regularizar la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de estas será alienable, transmisibles ni susceptibles de embargos. Asegurar su participación en la gestión que se refiere a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten. Las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones..

BRASIL Constitución Federal (1998)

Art. 231. Son reconocidos a los indios su organización social, costumbres, lenguas, creencias y tradiciones, y los derechos originarios sobre las tierras que tradicionalmente ocupan, es de competencia de la Unión la demarcación, protección y hacer respetar todos sus bienes. (...)

§ 2º Las tierras tradicionalmente ocupadas por los indios son destinadas a su posesión permanente, correspondiéndoles el usufructo exclusivo de las riquezas del suelo, de los ríos, lagos en ellas existentes. (...)

§ 4º Las tierras que son tratadas en este artículo son inalienables e indisponibles, y el derecho sobre ellas, imprescriptibles. (...)

Art. 232 Los indios, sus comunidades y organizaciones son parte legítima para tomar parte en juicios en defensa de sus derechos e intereses, interviniendo el Ministerio Público en todos los actos del proceso.

PARAGUAY Constitución de la República (1992)

Art. 63. Queda reconocido y garantizado el derecho de los pueblos indígenas a preservar y desarrollar su identidad étnica en su respectivo hábitat. Tienen derecho también a aplicar libremente sus sistemas de organización política, social, económica, cultural y religiosa, así como la voluntaria sujeción a sus normas consuetudinarias para la regularización de la convivencia interior siempre que ellas no atenten contra los derechos fundamentales establecidos en esta Constitución. En los conflictos jurisdiccionales se tendrá en cuenta el derecho consuetudinario indígena.

Art. 64 – Los pueblos indígenas tienen derecho a la propiedad comunitaria de la tierra, en extensión suficiente para la conservación y el desarrollo de sus formas peculiares de vida. El Estado les proveerá gratuitamente estas tierras, las cuales no serán embargables, serán indivisibles, intransferibles, imprescriptibles, no susceptibles de garantizar obligaciones contractuales ni ser arrendadas; también serán exentas de títulos. Se prohíbe la remoción o traslado de su hábitat sin el expreso consentimiento de los mismos.

Art. 65 – Se garantiza a los pueblos indígenas el derecho a participar de la vida económica, social, cultural y política del país, de acuerdo con sus usos consuetudinarios, la Constitución y las leyes nacionales.

³Trata-se de um programa de oferta gratuita de remédios ambulatoriais, coordenado pelo Ministerio de Salud de la Nación, que atende a 15 milhões de pessoas e que cobre 80% das patologias.

⁴Conforme Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas 2004-2005, dados provisórios, INDEC

2.2 SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

Los niños, niñas y los adolescentes de la Triple Frontera viven en municipios con diferentes características socio-económicas. Las principales actividades productivas de la región son la agricultura y la agroindustria. Algunas áreas se destacan en actividades de servicios, otras en silvicultura, celulosa, avicultura, porcicultura y ganadería y existen también grandes centros de comercio y turismo.

En la base de la economía de los municipios argentinos seleccionados están el turismo, la agricultura, las explotaciones forestales, grandes, medianas y pequeñas empresas del papel, hotelería, madereras y molinos de yerba mate. Puerto Iguazú, donde se localiza el lado argentino de las Cataratas, tiene en el turismo un importante factor de generación de ingreso. Oberá es un gran polo de agroindustrias y servicios, que tiene en la inmigración europea un atractivo turístico regional.

Conforme al Atlas de Desarrollo Humano/Brasil 2000, casi el 60% de los municipios brasileños seleccionados tienen en la agricultura la mayor porción del Producto Interno Bruto municipal, con énfasis en el plantío de soja y trigo, en la avicultura, porcicultura y ganadería. Seguidamente, predominan los sectores de servicios e industria (Cuadro B – anexo).

Cascavel es uno de los principales polos económicos y de prestación de servicios del estado de Paraná. El turismo es una importante fuente de ingreso para Foz do Iguaçu, quinto mayor destino turístico internacional del Brasil. En Toledo funciona la mayor unidad industrial de alimentos, Sadia, una de las principales empresas de alimentos industrializados congelados y refrigerados de América Latina.

En el Paraguay, predominan las agroindustrias propietarias o arrendatarias de grandes extensiones de tierra y las pequeñas y medianas propiedades agrícolas. La excepción es Ciudad del Este, una de las mayores zonas francas de comercio del mundo, que atrae diariamente millares de compradores, venidos principalmente del Brasil.

Existen grandes diferencias socio-económicas entre los 62 municipios seleccionados para este trabajo. Como veremos en el Capítulo 2, en muchos de ellos el ingreso aún está bastante concentrado en los sectores más ricos de la población y hay una proporción considerable de familias pobres que no han conseguido ser incorporadas por el sector agroindustrial o de servicios.

En esta situación, los niños, niñas y adolescentes se tornan altamente vulnerables al trabajo peligroso en actividades que los exponen al contacto con maquinarias pesadas, agro tóxicos, pesados troncos y lacas de madera, además del trabajo informal en las calles y en pequeños comercios.

A pesar de que no existen datos actualizados sobre el

desempleo en la región, se estima que en los 62 municipios seleccionados se reproduce la tendencia de disminución de empleos formales y el aumento del empleo informal que caracteriza a los tres países.

Esta situación social se traduce en la tensión por la posesión de la tierra, que pone a los niños, niñas y adolescentes en situaciones de extrema vulnerabilidad, quedando expuestos/as a vivir en campamentos o asentamientos precarios y corriendo riesgos constantes de verse envueltos en conflictos.

En la Argentina, centenares de familias campesinas e indígenas de la Provincia de Misiones están envueltos en conflictos por la tierra con empresas madereras. En el Brasil, según el Instituto Nacional de Colonización y Reforma Agraria/INCRA, desde 1979 hasta el 2005, fueron expropiados 24 inmuebles de la región en estudio en beneficio de pequeños agricultores. Comunidades guaraníes también reivindican tierras tanto en Paraná como en Mato Grosso do Sul. En Paraguay, los conflictos de tierra son intensos en la región en estudio, involucrando al movimiento campesino paraguayo, población indígena y medianos y grandes propietarios de tierra, muchos de ellos brasileños.

Las causas de estos conflictos de tierra son complejas y existen diferencias entre los tres países. Se puede afirmar, por el momento, que estos conflictos están relacionados a procesos de concentración latifundistas ligados a la agroindustria de monocultivo (Brasil y Paraguay) y a la silvicultura (Argentina), así como a la no realización de programas de reforma agraria y desarrollo sustentable.

En el caso de las comunidades indígenas, en los tres países, los conflictos están ligados al tamaño de los territorios que actualmente ocupan, insuficiente para su reproducción en lo referente a grupo étnico y social.

En este cuadro de desigualdad económica, subempleo y tensión social, los niños, niñas y los adolescentes de la región son especialmente vulnerables a la violación de derechos y a la exclusión social.

2.3 DIVERSIDAD ÉTNICA Y CULTURAL

En la Triple Frontera, los niños, niñas y adolescentes pertenecen a diferentes nacionalidades, etnias y culturas y participan de intensos movimientos de circulación de personas. En las regiones seleccionadas de los tres países, existen flujos importantes de migración interna.

En la Argentina y Paraguay, estos flujos se traducen en altas tasas de crecimiento poblacional. En el Brasil, donde el crecimiento poblacional ha bajado o ha permanecido estancado, sugiere una salida de personas de la región.

Paraguay y Argentina tienen una presencia significativa de niños, niñas y adolescentes que migran con sus familias de países limítrofes (brasileños y argentinos en el Paraguay y paraguayos y brasileños en la Argentina). Brasil y Paraguay tienen pobladores que están emigrando hacia el hemisferio norte.

En la Argentina, la Provincia de Misiones fue colonizada por inmigrantes europeos en el siglo XIX y a principios del siglo XX. Hoy predominan las migraciones de países limítrofes. Los pobladores asentados en la frontera con el Brasil y el Paraguay, en sus estrategias de reproducción, establecen redes de relacionamientos entre los países que tanto pueden ser de parentesco o de trabajo.

Forman parte de estas estrategias la utilización de varias lenguas, o el uso de tres monedas, o el entrecruzamiento de trazos culturales, la posibilidad de que los niños, niñas y adolescentes asistan a la escuela en un país y busquen servicios de salud en otro, y hasta con doble o triple documentación.

La mano de obra barata e itinerante en las zonas rurales de los municipios argentinos seleccionados procede de grupos de brasileños y paraguayos, exponiendo a los niños y niñas y adolescentes a situaciones de gran vulnerabilidad.

Los niños, niñas y los adolescentes hijos de brasileños o de paraguayos que viven en la Provincia de Misiones necesitan tener la garantía de su derecho a la cultura y la identidad, además de todos los derechos previstos en la Convención sobre los Derechos del Niño en la Ley nº 23.849 (Aprobación de la Convención de los Derechos de la Niñez), que incorporó la Convención a la normativa interna de la Argentina.

Los municipios brasileños seleccionados están localizados en una importante área de expansión de la sociedad brasileña a mediados del siglo XX, siendo la mayoría de ellos parte de proyectos privados de colonización. En ellos es grande la demanda de brasileños que viven en el Paraguay, los llamados brasiguayos,⁴ residentes principalmente en los Departamentos de Alto Paraná y Canindeyú.

Familias de brasiguayos, muchas veces acompañados de niños, niñas y adolescentes, buscan en el Brasil atención de servicios públicos de salud (inclusive atención prenatal), educación y asistencia social. También es común la búsqueda de asistencia legal, de documentación (inclusive registro de nacimiento) y jubilación, además de búsqueda de empleos, comercio, tierras y vivienda.

En la región también se verifican desplazamientos extra zonales de familias, hacia otras regiones agrícolas del país, hacia polos industriales regionales y hacia países del hemisferio norte, especialmente Estados Unidos, Inglaterra, Japón y Portugal.

De acuerdo con el Censo 2000, en los treinta y dos municipios brasileños seleccionados viven 12.733 extranjeros, gran

parte de ellos en los municipios de Foz do Iguazú y Cascavel. Las mayores colonias están formadas por árabes y chinos, cuyos niños, niñas y adolescentes viven procesos complejos de adaptación cultural. Es preciso darles garantía o derecho a su cultura y a su identidad, así como a todos los derechos establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y en el Estatuto del Niño y del Adolescente.



En el Paraguay, el alto índice de desempleo del país, que afecta principalmente a los jóvenes, hace que estos busquen opciones de trabajo a través de la migración interna y de la inmigración. La emigración de paraguayos al exterior tiene como destino tradicionalmente la Argentina. En los últimos años, esta migración se ha concentrado en la zona fronteriza. Niños, niñas y adolescentes que migran acompañando a sus familias quedan expuestos a graves violaciones de los derechos y necesitan ser objeto especial de protección.

Existe un flujo constante de familias de paraguayos radicados en la Argentina que, por dificultades económicas, migran hacia otras zonas. Hace algunos años, los paraguayos comenzaron a emigrar también hacia otros países, como Estados Unidos y España.

⁴ El Ministerio de Relaciones Exteriores de Brasil estima que acerca de 400 mil brasileños y sus descendientes viven en el Paraguay. La migración hacia el Paraguay comenzó en los años 1970 y se intensificó con la construcción de la Hidroeléctrica Itaipu, cuando millares de poseedores de pequeños propietarios y arrendatarios afectados por la formación del lago buscaron las tierras fértiles y entonces baratas en el Paraguay.

En los departamentos paraguayos seleccionados, además de una considerable población de migrantes internos, viven muchos extranjeros. Estos son mayoritariamente brasileños y están distribuidos en varios municipios, especialmente Santa Rita, Santa Rosa del Monday, Hernandarias, Ciudad del Este, Minga Porã, Mbaracayú y Saltos del Guairá. El segundo grupo mayor de extranjeros en la región está formado por argentinos, que viven principalmente en ciudades como Ciudad del Este, Presidente Franco, Hernandarias y Minga Guazú.

Los niños, niñas y adolescentes hijos de brasileños o argentinos que viven en el Paraguay necesitan tener una garantía a sus derechos a la identidad y a la cultura propia, además de todos los derechos previstos en la Convención sobre los Derechos del Niño y en el Código de la Niñez y la Adolescencia.

En la Argentina, en el área de estudio, conforme a la Dirección de Asuntos Guaraníes de la Provincia de Misiones, se reconocen 18 comunidades indígenas Mbya Guaraní (4.083 individuos). Los grupos están concentrados en la zona de Alto Uruguay.

En el Brasil, de acuerdo con los datos de la Fundación Nacional del Indio (FUNAI) en la región de estudio están localizadas tres tierras indígenas: Avá-Guaraní do Ocoi (São Miguel do Iguacu), Tekohá Añetete (Ramilândia y Diamante d'Oeste) y Porto Lindo (Japora), todas habitadas por el grupo indígena Guaraní Nhandevá.

Estimaciones de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) del Estado de Paraná apuntan a una población de 584 personas en la Aldea Ocoy, 124 de ellas con menos de 5 años. En la aldea Tekohá Añetete viven 222 personas, 45 con menos de 5 años. De acuerdo a la Coordinación Estatal de FUNASA del Estado de Mato Grosso do Sul, en aldea Portolindo viven cerca de 4.000 personas, 800 con menos de 5 años.

Desde el periodo de la formación del Reservorio de Itaipu, hasta la adquisición, en 1997, de un área de casi 1.780 hectáreas, la empresa Itaipu Binacional actúa junto a la comunidad indígena Tekohá Añetete. Gracias a este apoyo y al equilibrio entre el número de habitantes y el tamaño de la tierra, la comunidad ha presentado buenos resultados en relación a la producción de alimentos y otros indicadores económicos. Ocoy, en contrapartida, con cerca de 532 habitantes en 2.314 hectáreas, ha tenido dificultades en superar sus dificultades económicas.

El desafío de Itaipu es posibilitar la sustentabilidad de las comunidades indígenas por medio de acciones de mejoras de la infra-estructura social y de producción. El trabajo ya posee algunos resultados, como la fijación de la comunidad Tekoha Añetete en áreas de tierras adquiridas por la empresa,

con desarrollo auto sustentable, incentivando la producción e intermediación en acuerdos comerciales con las cooperativas de la región. Además de eso, cada aldea cuenta con agua potable proveniente de pozos artesianos⁵ y con 40 casas conceptualmente desarrolladas, pasibles de ser trasladadas, respetando la cultura indígena eventualmente nómada.

En el Paraguay, en los quince municipios estudiados según el Censo Indígena 2002, vivían 4.137 personas pertenecientes a las étnias Mbya, Avá Guarani y Aché pertenecientes al tronco lingüístico Guaraní y miembros del grupo Maká, pertenecientes a otro ramo lingüístico del Chaco Paraguayo. (Cuadro P2 - anexo).

En el ámbito del MERCOSUR deberán entrar en vigencia después de la aprobación en los Parlamentos de los Estados Parte, más Bolivia y Chile, acuerdos sobre Regularización Migratoria Interna de Ciudadanos del MERCOSUR, Residencia para Nacionales de los Estados Parte del MERCOSUR, Residencia para Nacionales de los Estados del MERCOSUR, Bolivia y Chile y Regularización Migratoria Externa de Ciudadanos del MERCOSUR, Bolivia y Chile.

Estos acuerdos, una vez en vigencia, facilitarán la residencia temporal y su transformación en permanente,



con la sola aprobación de medios de vida lícitos para el sustento propio y familiar. A los hijos de los emigrantes queda garantizado el acceso a la escuela y demás servicios públicos, en igualdad de condiciones con los nacionales del país receptor.

En este contexto migratorio y pluri étnico, que deberá ser ampliado con la aprobación de acuerdos mercosurinos de libre residencia, es preciso garantizar el derecho de los niños, niñas y adolescentes a la identidad y a la diferencia, con especial atención a los niños y niñas indígenas. También es preciso protegerlos de los riesgos inherentes a los procesos migratorios, especialmente aquellos realizados por motivaciones económicas.

⁵Un pozo artesiano es formado cuando alguien taladra en un acuífero limitado. El agua está bajo presión y es empujada a la superficie sin una bomba.



3

LA EXCLUSIÓN Y LA VULNERABILIDAD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LA TRIPLE FRONTERA

Muchos niños, niñas y adolescentes de la Triple Frontera están expuestos a una situación de pobreza. Los municipios argentinos seleccionados están localizados en la región más pobre del país y tienen diferentes niveles socio-económicos. Los municipios brasileños seleccionados se localizan en una de las regiones más desarrolladas del país; pero algunas de ellas tienen indicadores socio-económicos por debajo del promedio nacional. Los municipios paraguayos seleccionados se caracterizan por el contraste entre el gran desarrollo económico y exclusión social.

La región presenta una desigualdad medida por el Índice de Gini⁶, que varía entre 0,46 a 0,68 en el Brasil (4 municipios con Gini mayor que el nacional, 0,59) y de 0,48 a 0,59 en el Paraguay (4 municipios con Gini mayor que el nacional, 0,57). En la Argentina, el índice Gini es para toda la región noreste, y el valor indicado es de 0,46 (Gini nacional: 0,49).

Los indicadores de pobreza en la Argentina, disponibles para toda la región en estudio son las Necesidades Básicas Insatisfechas / NBI, de 2001⁷. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) considera que un hogar es pobre cuando éste sufre por lo menos de una de las siguientes carencias: más de 3 personas por cuarto, casa inadecuada, falta de servicio sanitario con descarga de agua, al menos un niño o niña (6 a 12 años) fuera de la escuela y baja capacidad de subsistencia.

En el Brasil y en el Paraguay, los indicadores de pobreza, disponibles en el Atlas de Desarrollo Humano Brasil 2000 y Atlas de Desarrollo Humano Paraguay 2005, es el ingreso per cápita familiar inferior a la línea de la pobreza (1/2 salario mínimo).

En los municipios seleccionados de los tres países, los indicadores de pobreza (NBI o Línea de Pobreza) varían de 12,3% a 57%. En treinta de estos municipios (48%) esos indicadores son mayores que la media provincial/estadual/departamental:

Argentina: cinco de los seis departamentos que hacen parte de este estudio tienen indicadores de NBI mayores que la media provincial (27,1%) (Gráfico A2 – anexo) Brasil: 17 de los municipios seleccionados tienen una proporción de pobres mayor que la estadual (23,7% en Paraná y 28,7% en Mato Grosso do Sul).

Paraguay: seis municipios tienen una proporción de pobres mayor que la departamental (29,12% en Alto Paraná, 48,7% en Caaguazú y 44,2% en Canindeyú).

Itaipu paga compensación financiera por la producción de electricidad desde 1985, cuando la usina entró en operación

comercial. Sin embargo, hasta 1991, el dinero no llegaba directamente a los estados y municipios. La reglamentación de la Ley de los Royalties, firmada en aquel año, proporcionó que el dinero fuese dirigido para los municipios⁸.

Las crisis recurrentes que tienen las economías de los tres países, especialmente la Argentina, afectan directamente a los niños, niñas y sus familias, sumiéndolas en una situación de exclusión.

La situación de desempleo afecta no solo al mundo adulto, sino también a los adolescentes en edad de ingresar en el mercado del trabajo. El subempleo, común en la región, perjudica a toda la familia y muchas veces conduce al trabajo infantil. La falta de acceso a los servicios sociales básicos (educación y salud) de calidad hace aumentar aún más la vulnerabilidad en la infancia.

Los programas de lucha contra la pobreza desarrollados a nivel mundial se preocupan en combatir la desigualdad, sobre todo de ingresos. Pero no toman en consideración que la pobreza humana es definida por el empobrecimiento en múltiples dimensiones – privaciones de una vida larga y saludable, de conocimiento, de un nivel de vida digno y de participación.

El desarrollo social y económico de la región en estudio debe tener como eje fundamental la priorización de la infancia y sus derechos. Uno de sus paradigmas debe ser la equidad, o sea, que todos los individuos tengan justa oportunidad para desarrollar su pleno potencial y que ninguno deba estar en desventaja para alcanzarlo. Consecuentemente, equidad se refiere a la reducción de las diferencias consideradas innecesarias y evitables, además de injustas, creando, de ese modo, igualdad de oportunidades.

Familias pobres de la región están impedidas de ejercer sus derechos fundamentales: un trabajo decente, alimentación adecuada, buena asistencia de la salud, educación de calidad y opciones diversificadas de esparcimiento. La pobreza les impide construir proyectos de vida y reduce considerablemente las oportunidades de progresos personales y familiares.

La pobreza acostumbra tener sexo y color, alcanzando sobre todo a mujeres y personas negras, indias o mulatas. Es importante que los gobiernos tengan esto en consideración al elaborar sus programas sociales de lucha contra la pobreza.

De la misma forma, es necesario que tengan conciencia de que el presupuesto y el gasto público priorizado en la infancia es un eficiente mecanismo de redistribución de la riqueza, capaz de disminuir las desigualdades y garantizar oportunidades a todos.

⁶ Mide el grado de desigualdad en la distribución de ingresos según el ingreso per cápita familiar. Su valor varía de 0 cuando no hay desigualdad (el ingreso de todos los individuos tiene el mismo valor) a 1 cuando la desigualdad es máxima (apenas 1 individuo tiene todo el ingreso de la sociedad y el ingreso de todos los otros individuos es nulo).

⁷ Fue utilizado el indicador NBI por ser el único que revela el Censo Nacional y contempla todos los hogares. El dato de pobreza por ingreso en la Argentina es relevado por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), realizado en solo 28 aglomerados urbanos del país.

⁸ La transferencia es realizada por la Itaipu al Tesoro Nacional y distribuido - llevándose en consideración varios factores determinados por la Agencia Nacional de Energía Eléctrica (Aneel) -, a municipios, estados y órganos del gobierno federal. Hasta noviembre del 2005, la Itaipu transfirió US\$ 2.752.828.500.00. Desde que la Ley de los Royalties fue instituida, fueron transferidos US\$ 138.266.800.00.

3.2 POLÍTICAS Y PROGRAMAS SOCIALES EXISTENTES

Con grandes los esfuerzos de los tres países para apoyar a las familias que viven en situación de pobreza y de esta forma enfrentar la vulnerabilidad de la infancia.

Argentina

El **Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados (PJJHD)** fue creado por el Decreto 565/2002, para estar en vigor hasta el 31/12/2002⁹. El programa consiste en brindar ayuda económica a jefes de familia de ambos sexos (con hijos menores de 18 años). El beneficio consiste en un valor mensual de \$150 pesos argentinos, compatible con la percepción de becas de estudio o transferencias de otros programas sociales. En el 2005, este Programa alcanza aproximadamente a 1.500.000 beneficiarios en todo el país¹⁰.

Los beneficiarios de este programa son las jefas y jefes de hogar con hijos menores de 18 años o personas con necesidades especiales de cualquier edad. También alcanza a los jefes de hogar cuyo cónyuge, concubina o cohabitante esté embarazada. Los beneficiarios deben participar en actividades de capacitación o comunitarias como contraprestación del beneficio recibido. La realización de la contraprestación requerida es obligatoria para los beneficiarios del plan y su incumplimiento da lugar a la extinción del derecho a percibir el beneficio económico¹¹. Del total de beneficiarios del programa, cerca de 70% efectúan la contraprestación laboral y de este subconjunto, un 40% son jefes de familia.

Este programa, si bien es financiado por fondos del Presupuesto de Administración Nacional, es distribuido a nivel municipal, por intermedio de los Consejos Consultivos.

Otro programa implementado como respuesta a la crisis es el llamado **Ingreso para el Desarrollo Humano (o Familias por la Inclusión Social)** que cubre a hogares con menores de hasta 18 años cuyos ingresos sean insuficientes y que no participen del PJJHD ni reciban otras asignaciones familiares. Los objetivos de este programa consisten en promover el desarrollo, la salud y la permanencia en el sistema educativo de los niños y niñas, mediante el pago de transferencias monetarias a las familias beneficiarias (con un tope de 200 pesos argentinos mensuales).

El **Plan Nacional de Familias por la Inclusión Social** tiene como objetivo el traspaso voluntario de los beneficiarios del **Plan Jefes y Jefas de Hogar**, con tres o más hijos a cargo. Él apunta a incluir 750.000 madres solas que, al optar por el nuevo plan, en lugar de una contraprestación laboral,

tendrán como contraprestación la escolaridad y el cuidado de la salud de sus hijos, además de tener la posibilidad de capacitarse laboralmente.

En el 2003, en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social fue creado el **Plan Nacional de Seguridad Alimentaria**, que propicia acciones integrales para mejorar la situación nutricional de las poblaciones más vulnerables y por ende prevenir la desnutrición infantil. Prevé acciones articuladas con salud a nivel nacional y local.

Los fondos son transferidos según dos modalidades: abordaje federal y focalizado. Este último se refiere a proyectos provinciales y/o municipales tendientes a mejorar la seguridad alimentaria de las familias. Este programa es la expresión de la Ley de Seguridad Alimentaria. (Cuadro A3 – anexo).

En agosto del 2002, el Congreso de la Nación sancionó por unanimidad la Ley 25.630 por la que toda la harina de trigo destinada a la elaboración de pan debe ser enriquecida con hierro y ácido fólico, una esperada medida para la prevención de la anemia. La ley fue reglamentada en agosto del 2003 y entró en vigencia el 14 de noviembre del mismo año.

En lo que se refiere a la salud, se creó el **Programa Emergencia Sanitaria**, integrado por los proyectos “**Provisión de medicamentos e insumos de uso hospitalario**” y “**Provisión de medicamentos genéricos para atención primaria de la salud (Remediar)**”. El primero tiene como objetivo colaborar con las provincias en la compra de insumos y medicamentos, para mantener operativos los servicios de asistencia de la salud de segundo y tercer nivel de atención.

Por su parte, el proyecto **Remediar está dirigido** a evitar el deterioro en las condiciones de salud de las personas pobres del país. Su objetivo es asegurar el acceso oportuno y gratuito a tratamientos apropiados, que incluyan terapia a través de medicamentos para aproximadamente 80% de los motivos de consultas primarias. Los medicamentos son entregados por medio de la red pública de Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), gestionada por las provincias y municipios.

Con el fin de amortiguar el impacto de la crisis en el sector educativo, se amplió el **Programa Nacional de Becas Estudiantiles**. Su población beneficiaria son alumnos de 13 a 19 años, pertenecientes a familias de bajos recursos que estén cursando el nivel secundario o EGB3/Polimodal. Estos reciben una beca anual de \$400 pesos argentinos.

El objetivo del programa es incrementar los años de

⁹ El decreto 39/2003 (B.O. 8/1/2003) prorroga este programa hasta el 31/12/2003.

¹⁰ De acuerdo con datos del MTEySS, en el mes de enero de 2003, los beneficiarios fueron 1.904.682 y el número creció durante el año hasta alcanzar, en junio del mismo año, 1.978.149 beneficiarios.

¹¹ Arts. 12 y 15 de la Resolución 312/02.

permanencia en la escuela de los jóvenes de las familias más vulnerables, estimular su asistencia y promoción, reducir la cantidad de jóvenes que no estudian dentro del tramo de escolaridad obligatoria y aumentar las condiciones futuras de empleabilidad. La selección de los beneficiarios tiene en cuenta las condiciones sociales y económicas de cada familia.

El **Programa Todos a Estudiar** es un programa de reinserción educativa que pretende atacar el problema de la exclusión social y educativa a la que se ven expuestos los niños, niñas y adolescentes entre 11 a 18 años de edad que no asisten a la escuela. El principal objetivo es que los niños, niñas y adolescentes vuelvan a la escuela y finalicen su educación. Para lograr este objetivo, se ha desarrollado una estrategia conjunta entre el Estado y organizaciones de la sociedad civil. El Programa otorga becas para los niños y niñas que no asisten a la escuela y propugna el diseño de proyectos de inclusión educativa en las escuelas.

El **Programa 1.000 Escuelas y el Plan de Inclusión Educativa** son ambos de la Dirección Nacional de Programas Compensatorios del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación. Tiene por objetivo establecer condiciones para que la población tenga oportunidad de recibir servicios educativos, reduciendo los efectos que se derivan de la desigualdad social y económica, de necesidades especiales, de la discriminación étnica, cultural y de género. Ambos programas están destinados a la atención a todos los factores vinculados con la calidad de los aprendizajes básicos en escuelas con altos índices de riesgo socio-educativo.

BRASIL

Entre los programas del Gobierno brasileño en el área de asistencia social y combate al hambre se destaca la **Bolsa Familia**, un programa de transferencia de ingresos destinado a las familias en situación de pobreza, con un ingreso *per cápita* de hasta R\$ 100 reales mensuales, que asocia a la transferencia del beneficio financiero el acceso a los derechos sociales básicos – salud, alimentación, educación y asistencia social. La Bolsa Familia unificó todos los beneficios sociales (Bolsa Escolar, Bolsa Alimentación, Tarjeta de Alimentación y el Auxilio de Gas) del gobierno federal en un único programa. (Cuadro B4 – anexo).

Otros programas importantes en esta área son:

Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF) y Centro de Referencia de la Asistencia Social (CRAS)

El Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF) es un servicio continuado de protección social básica, desarrollado en los Centros de Referencia de la Asistencia Social (CRAS). Esos Centros son espacios físicos localizados estratégicamente en áreas de pobreza. El CRAS presta atención socio-asistencial, articula los servicios disponibles en cada localidad, fortaleciendo la red de protección social básica.

El objetivo público son familias que, a causa de la pobreza, son vulnerables, están privadas de ingresos y del acceso a servicios públicos, con vínculos afectivos frágiles, discriminados por cuestiones de género, étnica, deficiencia, edad, entre otras. Cada unidad del CRAS cuenta con coordinador, asistentes sociales, psicólogos, administrador, practicantes y eventuales profesionales de otras áreas. Todo el trabajo consiste en promover la emancipación social de las familias, devolviendo la ciudadanía para cada uno de sus miembros.

Programa Centinela

El Programa Centinela es un conjunto de acciones sociales especializadas y multi-profesionales dirigidas a los niños, niñas, adolescentes y familias involucradas con la violencia sexual. El Programa fue creado para atender a las determinaciones de la Constitución Federal, del Estatuto del Niño y del Adolescente, de la Ley Orgánica de Asistencia Social y hace parte del Plan Nacional de Enfrentamiento a la Violencia Sexual Contra Niños, Niñas y Adolescentes.

El Programa es operado por intermedio de Centros o Servicios de Referencia, bases físicas implantadas en los municipios para la atención a los niños y niñas, a los adolescentes y a las familias en situación de violencia sexual. En esos espacios, son ejecutadas acciones especializadas de atención y protección inmediata a los niños, niñas y a los adolescentes, tales como abordaje educativo, atención multi-profesional especializada, apoyo psico-social y jurídico, acompañamiento permanente, protección por 24 horas (cuando fuere el caso) y oferta de acceso al sistema de garantía de derechos.

Atención a Niños y Niñas de 0 a 6 años

Existe apoyo técnico y financiero a programas y proyectos ejecutados por estados, municipios, Distrito Federal y entidades sociales, destinados a la atención de niños, niñas y sus familias vulnerables por la pobreza.

El objetivo público son los niños y niñas en la franja de edad de 0 a 6 años que como resultado de la pobreza están en situación de vulnerabilidad, privados de ingresos



y del acceso a servicios públicos con vínculos familiares y afectivos frágiles, discriminadas por cuestiones de género, étnica, deficiencia, edad, entre otras, bien como sus familias. Debe ser priorizado la atención de niños y niñas en la franja de 0 a 3 años.

Se trata de un Servicio de Acción Continuada (SAC) en que son transferidos valores *per cápita* fijos de referencia, para la cobertura de gastos corrientes en la atención directa de los niños y niñas y de sus familias. Así, el Fondo Nacional de Asistencia Social transfiere, mensualmente, a los fondos municipales, estatales y del Distrito Federal, un valor de referencia que debe ser por ellos complementados (co-financiados). Los recursos son para gastos corrientes (costeo) caracterizados como manutención de servicios internos y externos ya creados e instalados.

Programa de Erradicación del Trabajo Infantil (PETI)

Es un programa de transferencia directa de renta del gobierno federal para familias de niños y niñas y adolescentes envueltos en el trabajo precoz, cuyo objetivo es erradicar las peores formas de trabajo infantil en el país, aquellas consideradas peligrosas, penosas, insalubres o degradantes. Para eso, el PETI concede una beca a las familias de esos niños y niñas en reemplazo a los ingresos que traían a la casa. En contrapartida, las familias tienen que matricular a sus hijos en la escuela y los hacen asistir la jornada ampliada.

El objetivo público son las familias con niños, niñas y adolescentes en la franja de edad de los 7 a los 15 años involucrados en actividades consideradas como las peores formas de trabajo infantil. Familias cuyos niños y niñas ejercen actividades típicas del área urbana tienen derecho a la beca mensual con un valor de R\$ 40 reales por niños y niñas. Las que ejercen actividades típicas del área rural reciben R\$ 25 reales al mes, para cada niño y niña registrada.

Además de la beca, el programa destina R\$ 20 (veinte reales) en las áreas rurales y R\$ 10 (diez reales) en las áreas urbanas (por niño y niña o adolescente) a la denominada Jornada Escolar Ampliada, para el desarrollo, en periodo extracurricular, de actividades de refuerzo escolar, alimentación, acciones deportivas, artísticas y culturales. Tales recursos son transferidos a los municipios, a fin de que la gestión ejecute las acciones necesarias a la permanencia de los niños y niñas y de los adolescentes en la Jornada Escolar Ampliada.

Proyecto Agente Joven para el Desarrollo Social y Humano

Las acciones de asistencia social destinada a jóvenes entre 15 y 17 años, están destinadas al desarrollo personal, social y comunitario. Proporcionan capacitación teórica y práctica, por medio de actividades que no implican trabajo, pero que posibilitan la permanencia del joven en el sistema de enseñanza, preparándolo para futuras inserciones en el mercado. El Ministerio de Desarrollo Social concede también, directamente al joven, una bolsa de R\$ 65,00 (sesenta y cinco reales) durante los 12 meses en que él esté insertado en el programa y actuando en su comunidad.

El público objetivo está formado por jóvenes con edad entre 15 y 17 años que, prioritariamente, estén fuera de la escuela; que participen o hayan participado de otros programas sociales (medida que da cobertura a los adolescentes y jóvenes oriundos de otros Programas, como el de la Erradicación del Trabajo Infantil); que estén en situación de vulnerabilidad y riesgo personal y social; que sean egresados o que estén bajo medida protectora o socio-educativa; oriundos de Programas de Atención a la Explotación Sexual Comercial de menores. 10% de las plazas de cada municipio son necesariamente destinadas a adolescentes portadores de algún tipo de deficiencia.



PARAGUAY

El Paraguay estableció metas intermedias (para el 2008) a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para alcanzar las metas de reducción de la pobreza, escolarización y eliminación del hambre, se elaboran y se están implementando una serie de iniciativas.

En el marco de la Estrategia Nacional de la Pobreza y la Desigualdad se destacan dos programas vinculados entre sí: la **Red de Protección Social** y el **Programa Nacional de Asistencia Alimentaria y Nutricional**.

La **Red de Protección Social** es un esfuerzo interministerial de coordinación de la oferta estatal de los ministerios del Área Social, coordinado por la Secretaria de Acción Social, focalizado en la población extremadamente pobre. La Red tiene dos componentes: (a) el Subprograma *Familia* busca apoyar a las familias de los treinta y cuatro municipios más pobres del país mediante transferencias condicionadas de recursos y la ampliación de las ofertas de servicios en la comunidad; (b) el Subprograma *Abrazos* tiene por objetivo la atención a 1.500 niños y niñas trabajadores de la calle del Departamento Central y sus familias, para

GASTO SOCIAL

ARGENTINA

El gasto público dirigido a los niños y niñas y a los adolescentes, consolidado a nivel nacional de gobierno y en las 24 provincias, representó un 5,7% del PIB en el año 2002, último año para el cual existen informaciones de todas las jurisdicciones. Este nivel de inversión constituye el 20% del gasto público total y 31% del gasto público social de estos niveles de gobierno. En promedio, las cifras estimadas representan una inversión por niño y niña de 1.334,40 pesos (aproximadamente 440 dólares americanos). Debido a las heterogeneidades regionales, en las provincias más pobres esta inversión es de 250 dólares, en promedio¹². No existen datos desagregados para la provincia de Misiones, pero estimaciones sugieren que esta jurisdicción invierte en niños y niñas cerca de 21% del gasto provincial consolidado. No es posible contar con información provincial más actualizada, pero durante el 2003 y 2004, el gobierno nacional revirtió la tendencia decreciente de los montos invertidos en la niñez, previos a la crisis, sobrepasando los niveles anteriores a 2002 en términos globales (medidos a precios constantes) y estando cerca de hacer lo mismo en el campo educativo, uno de los más castigados.

BRASIL

Conforme al Ministerio de Hacienda, en documento titulado Presupuesto Social/2001-2004, el presupuesto social directo del gobierno federal, en el 2004, fue de R\$ 248,9 billones, correspondiendo a 14,1% del PIB. El presupuesto social total – que, además de los gastos directos, incluye préstamos, subsidios y renuncias fiscales – fue estimado en R\$ 280,7 billones (aproximadamente US\$ 85,07 billones, utilizándose una tasa de cambio media en el periodo de referencia para la conversión), equivalentes a 16,0% del PIB. Del total del gasto directo, 67,6% es gasto con previsión social, 12,8% con salud, 6,5% con asistencia social y 5,2% con educación. En los últimos dos años, el presupuesto social del Gobierno Federal tuvo un aumento de 31% en relación al bienio 2001/2002. En el 2004, el presupuesto social aumentó 18% en relación al 2003.

PARAGUAY

Según datos divulgados por el "Proyecto Gasto Social en el Presupuesto de Paraguay: Invertir en la Gente" (UNICEF/PNUD/UNFPA), en el 2004, el total del gasto social aumentó a 3.221.085 millones de guaraníes (US\$ 541 millones), lo que representa el 49% del total de gastos de la Administración Central y 8,61% del PIB. Del total del Gasto Social del 2004, cerca de 15% fue destinado a la Salud, 49% a la Educación, 2,2% al Agua Potable y Saneamiento Básico y 29% a la Previsión Social. El Gasto Social del 2004 creció cerca de 8% en relación al 2003. El Presupuesto del 2005 prevé un crecimiento de 28% (cerca de US\$ 140 millones a más) en relación al 2004

la erradicación del trabajo infantil en las calles, mediante apoyo escolar, asistencia para generación de ingresos para los padres, transferencia condicionada de recursos y micro créditos.

El **Programa Nacional de Asistencia Alimentaria y Nutricional** tiene por objetivo la recuperación nutricional de niños y niñas desnutridos/as y en riesgo de desnutrición, menores de 5 años de edad, y de las mujeres embarazadas de bajo peso. El Programa fue implementado en setiembre de 2005 y espera llegar a un total de 35.000 beneficiarios en una primera etapa, mediante la distribución de un paquete alimenticio y la ejecución de estrategias complementarias de tratamiento de enfermedades parasitarias, atención en salud, capacitación y vigilancia nutricional.

Tales políticas son esfuerzos que deben ser perfeccionados y expandidos para que se pueda alcanzar la universalidad y una mayor integralidad entre sectores de la sociedad y niveles de gobierno. Este desafío comienza a ser enfrentado, en el Brasil, con propuesta de implementación de un Sistema Único de Asistencia Social (SUAS), cuyo modelo de gestión es descentralizado y participativo, constituyéndose en la regulación y organización en todo el territorio nacional de la red de servicios socio-asistenciales.

Además de la universalidad anhelada, propuestas como éstas buscan romper con tendencias de organizar la asistencia social de forma apenas benéfica-asistencial y no como una política pública, deber del Estado y derechos de todos los ciudadanos y ciudadanas.

Es fundamental garantizar a todos los programas sociales existentes recursos presupuestarios para su ejecución así como su articulación con las demás políticas sociales, en especial las de salud, educación y generación de ingreso, además de la urgente incorporación de las perspectivas de género y etnia.

¹² Todos los datos y detalles metodológicos de esta cuantificación pueden encontrarse en el documento "Gasto Público dirigido a la Niñez en la Argentina", realizado por la Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía y Producción de la Nación Argentina y UNICEF (2004), que se encuentra disponible en www.meacon.gov.ar y www.unicef.org/argentina.



4

EL DERECHO A LA SOBREVIVENCIA Y DESARROLLO INFANTIL

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6 se refieren a la necesidad de reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad; reducir en tres cuartos, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna y detener, hasta 2015, la propagación del VIH/SIDA y de la malaria, comenzando a invertir la tendencia actual.

La situación de estos indicadores es analizada en este capítulo, indicándose al mismo tiempo las causas y posibles acciones de política pública.

4.1 MORTALIDAD INFANTIL Y DERECHO A LA SALUD

La mortalidad infantil es uno de los principales indicadores de desarrollo humano de un país. Las causas que llevan a tasas altas de mortalidad infantil son indicativas de violación de derechos fundamentales previstos en la Convención sobre los Derechos del Niño e inciden negativamente sobre las metas de los ODM.

Aunque la mortalidad infantil esté disminuyendo en los tres países, es necesario reducir estas tasas por medio de una acción decidida de los poderes públicos y de los actores sociales involucrados.

La tasa de mortalidad infantil (TMI¹³) de la Argentina (2005) es de 14,4 por mil nacidos. En el año 2004, conforme a la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, la Provincia de Misiones presentaba una TMI (16,6 por mil) superior a la tasa de la República Argentina, situándose en octavo lugar entre las provincias con mayor tasa de mortalidad infantil.

La mayor parte de los departamentos argentinos seleccionados tienen una tasa de mortalidad infantil superior a la media nacional. Los Departamentos con TMI mayores que la provincial, en el 2003, eran Eldorado (35,1), San Pedro (26,1), Oberá (22,8) y Guaraní (20,4). El Departamento de Iguazú, a diferencia de otros departamentos del área, presenta una TMI de 13,8, no solamente inferior a la media provincial, pero también inferior a la media nacional.

En términos generales, los datos provinciales correspondientes al 2004, conforme la Jefatura Provincial del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, muestran una disminución de la TMI de Misiones a 16,6. Las tasas de Eldorado (29,1), Guaraní (23,4) y San Pedro (22,9) continúan siendo altas, pero se observa una disminución en el número total de muertes en menores de un año (de 485 casos a 445). En la siguiente tabla hay datos del 2003, por lo tanto hubo una mejoría en el año 2004.

ARGENTINA – MORTALIDAD INFANTIL: NÚMEROS ABSOLUTOS Y TASAS (POR MIL NACIDOS VIVOS) DEPARTAMENTOS SELECCIONADOS AÑO 2003

DEPARTAMENTO	NACIDOS VIVOS	MUERTES EN MENORES DE 1 AÑO	T.M.I.
TOTAL REP. ARGENTINA	697.952	11.494	16,50
TOTAL PROVINCIAL	24.064	485	20,20
ELDORADO	1.623	57	33,89
G. M. BELGRANO	1.041	16	15,37
GUARANÍ	1.864	38	20,39
IGUAZÚ	1.600	22	11,26
OSBERÁ	2.398	55	22,52
SAN PEDRO	727	19	26,13

Fuente: Estadísticas Vitales – Información Básica Año 2004. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

¹³ Mortalidad Infantil (1.000NV): Muertes infantiles son aquellas que ocurren a partir del nacimiento (vivo) hasta el 365º día de vida, esto es, durante el primer año de vida. La medida es hecha por la tasa o coeficiente de mortalidad infantil, cuya fórmula es la siguiente:

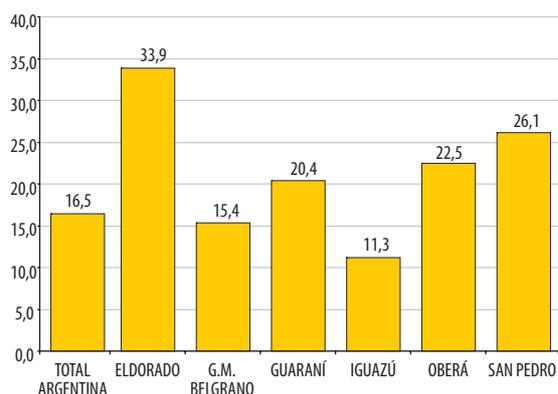
$$\frac{NM1A}{NNVA} \times 1000 = TMI$$

Nº de muertes de niños y niñas menores de 1 año de edad residentes en un área y año / Nº de nacidos vivos residentes en la misma área y año X1000 = Tasa o coeficiente de mortalidad infantil. La tasa o coeficiente de mortalidad infantil mide el riesgo que el nacido vivo tiene de morir antes de completar un año de edad. Es considerada, universalmente, como uno de los mejores indicadores no solo de salud infantil como también del nivel socio-económico de una población.

En el siguiente gráfico, tenemos la presentación de la tabla anterior para una mejor visualización de las diferencias entre las TMI de la República Argentina y de los departamentos seleccionados. Se percibe claramente que las TMI de los departamentos son mayores que la TMI a nivel nacional.

La tabla siguiente muestra una comparación entre la TMI de la Argentina en comparación con la Provincia de Misiones.

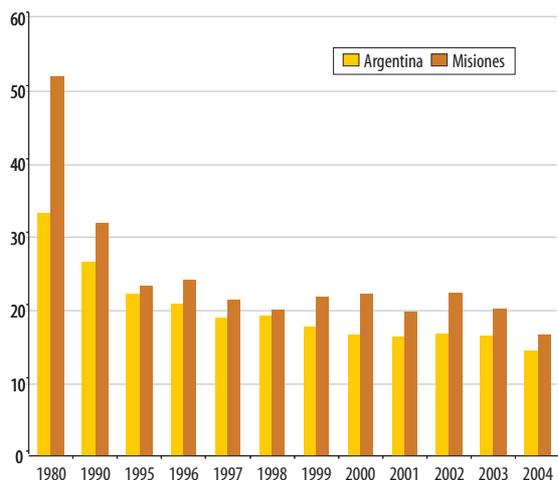
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA Y DE LOS DEPARTAMENTOS SELECCIONADOS



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Boletín 110, Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación.v

Es importante percibir que en la Provincia de Misiones la TMI siempre ha sido mayor que la TMI de la República Argentina en las últimas dos décadas.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR DIVISIÓN POLÍTICA TERRITORIAL DE LA RESIDENCIA DE LA MADRE. REPÚBLICA ARGENTINA Y PROVINCIA DE MISIONES 1980 - 2004



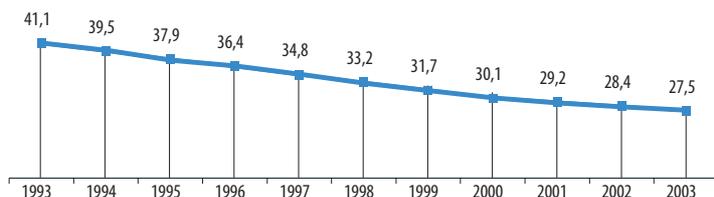
Fuente: Estadísticas Vitales – Información Básica Año 2004. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud Ambiental de la Nación

La tasa de mortalidad infantil del Brasil (2003) es de 27,5 por mil nacidos vivos, del Paraná (2003) 16,47 y de Mato Grosso do Sul (2003) 19,68. Se puede afirmar que la mayor parte de los municipios brasileños seleccionados tienen una tasa de mortalidad infantil inferior a la media nacional.

En el gráfico siguiente es posible percibir la tendencia de la caída de la TMI en el Brasil, sin embargo hay mucho por hacer, pues además es considerada alta si fuera comparada con el nivel de desarrollo económico del país.

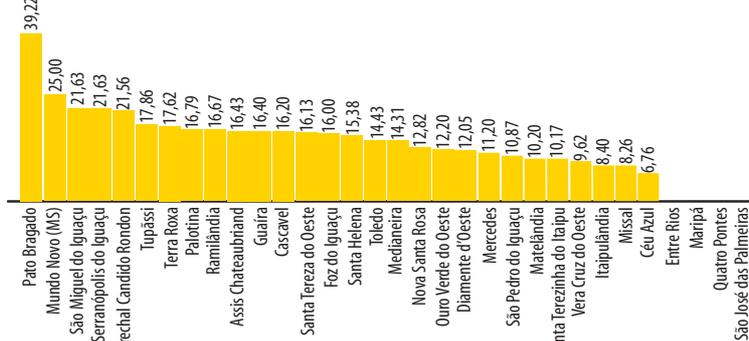
De acuerdo a datos del 2003 de la Secretaría de Estado de Salud del Estado de Paraná, el coeficiente de mortalidad infantil en los 31 municipios paranaenses seleccionados es de 16,02. Las tasas varían de 0,00 a 39,22.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LOS MUNICIPIOS SELECCIONADOS EN EL BRASIL – 2003



Fuente: Secretaría de Estado de Salud/Instituto de Salud de Paraná/Centro de Informaciones y Diagnóstico en Salud/Departamento de Informaciones en Salud (2003/residencia), Ministerio de Salud/SIM/SISNAC. Secretaría de Estado de Salud/Mato Grosso do Sul (2003).

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LOS MUNICIPIOS SELECCIONADOS EN EL BRASIL – 2003



Fuente: Secretaría de Estado de Salud/Instituto de Salud de Paraná/Centro de Informaciones y Diagnóstico en Salud/Departamento de Informaciones en Salud (2003/residencia), Ministerio de Salud/SIM/SISNAC. Secretaría de Estado de Salud/Mato Grosso do Sul (2003).

Conforme a los datos de la Secretaría de Estado de Salud de Mato Grosso do Sul, de 2003, el coeficiente de mortalidad infantil en el Municipio de Mundo Nuevo es de 25,00.

Conforme a informaciones del Sistema de Informaciones de Mortalidad (SIM), referentes al 2002, en los municipios brasileños seleccionados las afecciones originadas en el periodo peri natal son responsables por los mayores porcentajes de mortalidad de niños y niñas de menos de 1 año. Le siguen las causas externas, enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades respiratorias y del aparato circulatorio y neoplasias.

En el Brasil, la tasa de mortalidad de niños y niñas indígenas y negros/as es mayor que de los niños y niñas blancos/as. De acuerdo al Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) y el Sistema Nacional de Nacidos Vivos (SISNAC), en el 2002, la TMI de niños y niñas blancos/as era de 16,6 por mil nacidos vivos, la TMI de niños y niñas indios/as era de 25,0 y de niños y niñas negros/as de 22,3.

Los programas nacionales Salud de Familia y Agentes Comunitarios de Salud, instrumentos de reorganización de la Atención Básica en el Brasil, son actores importantes en el combate a la mortalidad infantil, así como la Pastoral del Niño. La

Programa de Salud de la Familia (PSF) y Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS)

El PSF fue creado en el Brasil en la década de los 90, inspirado en las experiencias desarrolladas en el área de salud pública en países como Cuba, Inglaterra y Canadá. Con características propias, adaptado a la realidad de los estados brasileños, el Programa fue oficialmente instituido por el Ministerio de Salud en 1994.

El PSF está constituido por equipos multiprofesionales, formado por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, agentes de salud, y odontólogos. Cada equipo es responsable por familias de un determinado área del Municipio. El PSF tiene como prioridades las acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud de las personas, de forma integral y continua.

El PACS es un programa que trabaja con Agentes Comunitarios de Salud, realiza actividades de prevención de enfermedades, y promoción de la salud, por medio de acciones educativas en salud en forma domiciliar y colectiva, de acuerdo con las directrices del SUS. Ve esencialmente la promoción como una interacción más directa y efectiva entre la comunidad y los servicios de salud local. La propuesta básicamente consiste en esclarecer a la población sobre los cuidados de la salud y su direccionamiento hacia puestos de salud o de servicios especializados en caso de necesidad que no pueda ser satisfecha por los propios agentes.

De acuerdo con la investigación "Una Evaluación del Impacto del PSF en la Mortalidad Infantil en el Brasil", del Ministerio de Salud, para cada 10% de aumento en la cobertura poblacional del PSF hay una reducción media de 4,6% en la tasa de mortalidad infantil (TMI).

Pastoral del Niño

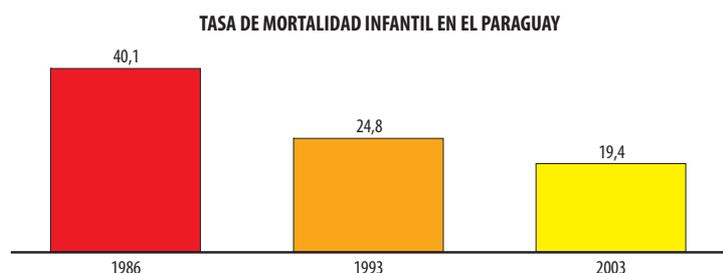
La Pastoral del Niño es una Organización de Acción Social de la Conferencia Nacional de los Obispos del Brasil (CNBB) que trabaja con la salud, nutrición y educación de la niñez, del embarazo hasta los 6 años de vida involucrando a la familia y a la comunidad. Sus actividades se iniciaron en 1983, en Paraná. Hoy, está presente en todo el Brasil, la Pastoral del Niño creó una metodología propia, teniendo como centro a la niñez dentro del contexto familiar y comunitario.

La Pastoral del Niño actúa, especialmente, en las periferias de las grandes ciudades y en los bolsones de pobreza y miseria de los pequeños y medianos municipios del Brasil, tanto en el medio urbano y rural como en áreas indígenas. La base de todo el trabajo de la Pastoral de la Niñez es la familia y la comunidad. La dinámica consiste en capacitar líderes comunitarios, que residen en la propia comunidad, para movilización de las familias en los cuidados con los hijos. Esta metodología cuenta con tres grandes momentos de intercambio de informaciones que ayudan en el fortalecimiento de la solidaridad: visitas domiciliarias mensuales, realizadas por los líderes, a cada familia acompañada; Día del Peso, cuando cada comunidad se reúne para pesar a todos sus niños y niñas; y reuniones mensuales entre los líderes y para reforzar la suma de esfuerzos para superar las dificultades.

En todas las comunidades atendidas, se pone en práctica un conjunto de acciones que van de aquellas vinculadas con la sobrevivencia y el desarrollo integral del niño y niña hasta la mejora de calidad de vida de las familias carentes. Entre esas acciones, se destacan el apoyo integral a las gestantes; incentivo al amamantamiento materno; vigilancia nutricional; alimentación enriquecida (acciones concretas para el aprovechamiento de productos de gran valor nutricional y de bajo costo, disponibles en las propias comunidades, además de evitar los desperdicios de gran parte de los alimentos, como hojas, cáscaras y semillas); control de enfermedades diarreicas; control de enfermedades respiratorias; remedios caseros (educación de las madres y demás familiares para las prácticas de medicina natural y casera); estímulo a la vacunación de rutina de los niños y niñas y de los gestantes; juguetes y juegos; prevención de accidentes domésticos; Educación para la Paz; prevención de enfermedades de transmisión sexual; salud bucal y catequesis.

salud de los niños y niñas indígenas es responsabilidad de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), que mantienen en cada aldea un puesto de atención básico.

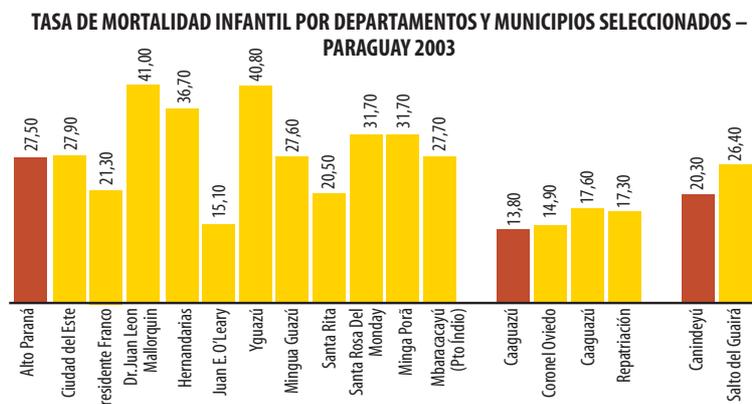
En la región brasileña estudiada, existen también innumerables programas y proyectos estatales y municipales de protección a la salud de los niños y niñas que están siendo ejecutados, muchos de ellos con la participación de organizaciones no gubernamentales.



Fonte: Indicadores de Mortalidad. Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Año 2003

En el Paraguay, de acuerdo con los datos elaborados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, para el año 2003, la tasa de mortalidad infantil registrada para el país es de 19,4. A continuación la tendencia del TMI en el Paraguay, que muestra una caída de ese indicador.

Las informaciones del 2003 muestran las TMI de Alto Paraná (27,5), Caaguazú (13,8) y Canindeyú (20,3). De los municipios seleccionados, 73% tienen una tasa de mortalidad infantil por encima de la media nacional, oscilando entre 14,9 (Coronel Oviedo) y 41,0 (Coronel Oviedo) y 41,0 (Juan León Mallorquín). En el siguiente gráfico es posible observar como están las TMI de los Departamentos y Municipios seleccionados.



Fuente: Certificados de Defunción registrados, Departamento de Bioestadística. Dirección General de Planificación. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS). Año 2003.

Las causas de mortalidad infantil señaladas en los estudios por país precisan ser analizadas en conjunto con otros indicadores correlacionados especialmente la cobertura pre natal, la inmunización, el embarazo adolescente, la prevención de enfermedades y el acceso a los servicios de salud y asistencia social.

En este sentido, posibles acciones para abordar las causas de la mortalidad infantil y que podrían contribuir para acelerar su disminución inciden directamente sobre el sistema público de salud, que precisa redoblar sus inversiones en la atención pre natal, parto y post parto de calidad en la atención al neonato, en campañas de vacunación de la mujer y del bebé, campañas para prevenir la gravidez en la adolescencia y programas específicos para esta población, además de la ampliación de las redes de saneamiento básico y agua potable.

4.2 MORTALIDAD MATERNA Y DERECHO A LA SALUD

La muerte de mujeres en edad fértil por causas relacionadas al embarazo, al aborto, al parto y al posparto es, en gran parte, evitable. La tasa de mortalidad materna es un importante indicador sobre la salud familiar, retratando las inequidades entre las regiones.

En la Argentina, de acuerdo a documentos de Estadísticas Vitales 2003, del Ministerio de Salud (2002), la tasa de mortalidad materna del país era de 4,45 (por cada 10.000 nacidos vivos). En la Provincia de Misiones, esta tasa era de 6,2, mayor que la media nacional.

En lo que se refiere a la mortalidad materna, los datos referentes a los municipios brasileños seleccionados necesitan ser contextualizados. En el Brasil, los estudios muestran una sub estimación de los fallecimientos maternos como resultado de varios factores como el mal llenado de la declaración de fallecimiento por los médicos, principalmente en referencia al requisito del embarazo.

Aún con estas enmiendas, los resultados que han sido divulgados evidencian una gran mortalidad materna en el país. Según estudios realizados por el Dr. Ruy Laurenti¹⁴, la Razón de la Mortalidad Materna en las capitales brasileñas en 2002 es de 54,3 por 100 mil nacidos vivos. En la Región Sur esta tasa es de 42,0 y en la Región Centro Oeste 49,3. Según la última estimación oficial, de acuerdo al estudio citado, referente al 2002, la razón de la mortalidad materna brasileña era de 74,8 por cien mil nacidos vivos.

Datos de la Secretaría de Estado de Salud de Paraná indican que en un universo de 16.498 nacidos vivos en el año 2004, de los municipios de los Estados seleccionados, ocurren 13 muertes maternas. Los municipios con casos de muerte materna fueron Cascavel (3), Foz do Iguaçu (4), Guairá

(2), Santa Elena (2), Santa Teresina de Itaipu (1), Toledo (1). En la 9ª Región de Salud¹⁵ el Coeficiente de Mortalidad Materna es de 70,68; en la 10ª Región 79,89 y en la 20ª Región 102,54. En todo el Estado de Paraná este indicador es de 69,69.

Vale señalar que las altas tasas en el estado de Paraná están ligadas al rigor tenido en el registro, considerado el mejor del país. El Estado dispone de Comités de Prevención de Muerte Materna en todos los municipios.

Conforme al SISNAC (2002), en este año no hay registro de muerte materna en el municipio de Mundo Novo.

Aunque no tenemos esta información por municipios, en términos nacionales las causas predominantes de

morte materna son las obstétricas directas¹⁶, que en todas las regiones del Brasil representan más de la mitad. De entre las causas indirectas, se destacan las enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades del aparato respiratorio, anemias, defectos de coagulación. De entre las causas directas, se destaca la enfermedad hipertensiva específica de la gestación (la eclampsia y la pre eclampsia)¹⁷.

El pre natal y el parto de calidad evitan más del 90% de las muertes maternas. En función de eso, el gobierno, por medio del Ministerio de Salud y de la sociedad civil brasileña, con apoyo de decenas de instituciones, entre ellas la Organización Panamericana de Salud (OPAS) y UNICEF, lanzaron en marzo de 2005 el Pacto Nacional para la Reducción de la Muerte Materna y Neonatal, que tiene como meta inicial la reducción de la mortalidad materna y neonatal en 15%, hasta el final del 2006, y como objetivo estratégico, en las próximas dos décadas, la reducción de esos indicadores a los niveles considerados aceptables por la Organización Mundial de la Salud (OMS).



¹⁴ "Mortalidad materna en las capitales brasileñas", Revista Brasileña de Epidemiología. Vol. 7 Nº 4, 2004.

¹⁵ La 9ª Región de Salud está formada por los municipios de Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Teresinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. La 10ª Región de Salud está formada por Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná y Vera Cruz do Oeste. La 20ª Región de Salud está formada por Toledo, Assis Chateaubriand, Diamante d'Oeste, Entre Rios do Oeste, Guairá, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo y Tupãssi.

¹⁶ **Muertes obstétricas directas** - Aquellas resultantes de complicaciones obstétricas en la gravidez, parto y puerperio, debidas a las intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos resultantes de cualquiera de las causas arriba mencionadas. **Muertes obstétricas indirectas** - Aquellas resultantes de enfermedades existentes antes del embarazo o de enfermedades que se desarrollan durante el embarazo, no debidas a causas obstétricas directas, pero que fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

¹⁷ Fuente: Salud Brasil 2004 - Un análisis de la situación de Salud. Secretaría de Vigilancia Sanitaria/MS.

El Pacto pretende garantizar que toda brasileña embarazada reciba el acompañamiento en el pre natal para que tenga una gestación saludable, para que los eventuales riesgos y peligros puedan ser detectados precozmente y tratados adecuadamente y para que haya una pronta atención hospitalaria de la gestante en el momento del parto.

En el Paraguay, la tasa de mortalidad materna registrada (2003) es de 174 x cien mil nacidos vivos y la estimada (debido al elevado sub registro) sería de 336 x cien mil nacidos vivos. Esta tasa sitúa al Paraguay entre los países de Alta Tasa de Mortalidad Materna, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁸.

La tasa de mortalidad materna por departamentos objetos de este estudio (2003) indica una tasa superior a la media nacional: Alto Paraná 201, Caaguazú 318 y Canindeyú 327 x cien mil nacidos vivos. Obsérvese que Caaguazú y Canindeyú casi duplican la media nacional.

En el 2003, a nivel nacional, la primera causa de muerte materna fue el aborto (24%), seguido por la pre eclampsia o toxemia (22%) y la hemorragia (18,5%), dejando en cuarto lugar la septicemia (11%). Las cuatro causas más frecuentes de muerte materna en el Paraguay, en el periodo entre 1996 y 2003 (hemorragia, aborto, pre eclampsia y septicemia), son altamente prevenibles con el mejoramiento de la calidad de la oferta y el acceso a los servicios.

En el análisis por departamentos (2003) se constata que en el Alto Paraná la primera causa de muerte fue la hemorragia, seguida del aborto y pre eclampsia. En Caaguazú, la primera causa también fue la hemorragia, seguida de septicemia y pre eclampsia. En Canindeyú, la primera causa fue la pre eclampsia, seguida de hemorragia y aborto. Todas las causas son altamente prevenibles con controles pre natales, partos y post partos de calidad.

Es evidente que, en los tres países, las gestantes no están teniendo sus derechos asegurados. Es fundamental que los países tengan los datos disponibles de la Tasa de Mortalidad Materna – TMM, para que las causas de defunción sean mejor analizadas. Tener las TMM actualizadas, confiables y disponibles es un desafío para los 3 países. Teniendo ese indicador actualizado, se facilita el desarrollo de estrategias para combatir la mortalidad materna.

Las causas de mortalidad materna están principalmente relacionadas a deficiencias de la atención en el pre natal, parto y post parto de calidad. La reducción dramática de la mortalidad materna es un ODM que apenas será alcanzado si se garantiza la atención integral de la salud de las mujeres en edad reproductiva como un todo.



¹⁸ Conforme publicación de la Guía de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la morbi mortalidad Materna y neonatal. Paraguay 2005.

4.3 ASISTENCIA AL EMBARAZO Y AL PARTO

Las acciones de combate a las causas de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna identificadas en los ítems anteriores deben focalizar la asistencia a la gestación, al parto y al post parto y la atención integral a la salud.

Los cuidados comienzan antes de que los niños y niñas nazcan. La mujer embarazada precisa hacer por lo menos siete consultas pre natales y de orientaciones sobre como garantizar el mejor comienzo de vida a su bebé.

El pre natal tiene por objetivo evaluar el estado de salud materna y fetal, identificar factores de riesgos que pueden afectar la duración del embarazo o el crecimiento intra-uterino, y acompañar, por medio de un monitoreo periódico, el crecimiento fetal. El pre natal adecuado contribuye a disminuir los índices de morbi mortalidad materno infantil.

El embarazo en la adolescencia está ligada casi siempre a la pobreza y al nivel educacional de la madre. La relación entre maternidad en la adolescencia y la pobreza favorece, a su vez, otros graves problemas, como tasa de mortalidad infantil, ETS/SIDA y vulnerabilidad a la explotación sexual comercial de los niños, niñas y adolescentes y al tráfico de seres humanos.

En lo que se refiere a la Argentina, se verifica que Misiones es una de las provincias con mayor porcentaje de recién nacidos de madres de 10 a 19 años de edad (18,9%: 5,3 puntos más que la media nacional) y con mayor tasa de natalidad específica para el grupo de edad entre 10 y 19 años (20,5 por mil: 6,4 puntos arriba de la media nacional).

Los departamentos Gral. M. Belgrano, San Pedro y Guaraní tienen los mayores porcentajes de recién nacidos de madres de 10 a 19 (aproximadamente 25%). Dentro del área de estudio, las mayores tasas de embarazo de adolescentes están en los departamentos rurales y con índices de masculinidad altos, que coinciden con las zonas de mayor pobreza y condiciones de vivienda más precarias. (Cuadros A4 a A9 - anexos).

El Programa Maternidad e Infancia, iniciado hace tres décadas, realiza acciones normativas sobre salud materno infantil (sobre todo relacionadas a la Atención Primaria en el niño y niña, al embarazo, al puerperio y a la atención adecuada en el segundo y tercer niveles de atención del parto, embarazo de riesgo y neo nato); ejecuta acciones

de capacitación sobre salud materno infantil y financia campañas de comunicación para incentivar la lactancia materna y la entrega de suplemento alimentario (leche) a embarazadas, lactantes y niños y niñas desnutridos/as.

El Plan Nacer, que consiste en un seguro de salud para embarazadas, puérperas y niños y niñas hasta 6 años, aún no comenzó a ser implementado en los municipios en estudio. Está en vigencia en la región el Programa Nacional de Inmunización y el Programa Vigía (epidemiológico), este último con el objetivo de crear comités de análisis de muertes materno infantiles.

En el Brasil, en lo que se refiere a la franja de edad de la madre, conforme datos del 2004 de la Secretaría de Estado de Salud del Paraná, la 9ª Regional de Salud registra 0,9% de madres con 10 a 14 años de edad y 19,4% de madres con más de 15 a 19. La 10ª Regional de Salud registra 1% de madres de 10-14 años y 20% con 15 a 19 años. La 20ª Regional de Salud registra el 0,8% de madres con edad entre 10 y 14 años y 19,9% de madres con edad entre 15 y 19 años. (Cuadro B5 - anexo).



Datos de la Secretaría de Estado de Salud de Mato Grosso do Sul señalan que, en el municipio de Mundo Novo, 1,39% de las madres tienen entre 0 y 14 años de edad y 27% de las madres tienen entre 15 y 19 años de edad, mientras que en el estado esta proporción es, respectivamente, de 1,4% y 23,4%.

El pre natal ideal debe tener siete o más consultas. Conforme el documento Pacto de Indicadores de Atención Básica-2005, del Ministerio de Salud, datos del SISNAC-2002 muestran una proporción de 47,84 nacidos vivos de madres con 7 o más consultas de pre natal. En el Paraná, esta proporción es de 68,07 y, en Mato Grosso do Sul, es de 59,23. Entre los municipios seleccionados, los indicadores varían de 29,25 (Mundo Novo) a 92,31 (Mercedes).

Datos de 2004, de la Secretaría de Estado de Salud de Paraná, apuntan a un porcentaje de gestantes con 7 y más consultas pre natal de 57,1% en la 9ª Regional de Salud, 68,7% en la 10ª Regional de Salud y 68,4% en la 20ª Regional. Los indicadores de nacidos vivos de madres con 7 o más consultas de pre natal varían de 29,4 (Guaíra) a 94,7 (Quatro Pontes). En el estado, el porcentaje de gestantes con más de 7 consultas es de 70,6%. (Cuadros B6 - anexo).

Datos de la Secretaría de Estado de Salud de Mato Grosso do Sul, referentes al 2004, indican que, en Mundo

Novo, 63,29% de los nacidos vivos son de madres con 7 o más consultas pre natal. En el estado, esta proporción es de 58,3%.

El Pacto por la Reducción de la Muerte Materna y Neonatal, que tiene como meta inicial la reducción de la mortalidad materna y neonatal en 15%, hasta el final del 2006, es una iniciativa fundamental para cambiar esta situación, por la inversión a ser hecha en las consultas de pre natal y en campañas públicas de esclarecimiento.

En el Paraguay, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual Reproductiva (ENDSSR) 2004, 71,3% de las embarazadas tuvieron 5 o más controles pre natales. En la región Este (Departamentos de Alto Paraná, Canindeyú, Caaguazú e Itapúa) 7,7% de las madres nunca fueron a un control.

A nivel nacional, la ENDSSR 2004 encontró una cobertura con protección anti tetánica de 93,6% de los casos. Para la región Este (Canindeyú, Alto Paraná, Caaguazú e Itapúa), esa cobertura fue de 93,5%.

Según datos del Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) del INAN, la prevalencia de bajo peso en embarazadas durante el periodo 2000-2003 en el Departamento de Canindeyú fue de 36,4%. En el municipio de Saltos del Guará, en el 2002, la prevalencia de gestantes con bajo peso fue de 35,7% y de 39,1% en el 2003. Según la misma fuente (SISVAN 2002), la prevalencia de embarazadas con bajo peso en el Alto Paraná fue de 34,4%, en Juan E. O'Leary de 25% y en Santa Rita de 33,3%.

Según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS), en el 2003, 18% de los nacimientos registrados en el país fueron de madres adolescentes (10 a 19 años). En el 2003, el MSP y BS registró 24 muertes en adolescentes de 15 a 19 años, debidas a embarazos, parto y puerperio, constituyendo 3,8% de las muertes en esa franja de edad
(Cuadro P4 - anexo).

Los seminarios de consulta realizados en los tres países mostraron que el embarazo en la adolescencia, ligado casi siempre a la pobreza y al nivel educacional, es un problema que está preocupando a las autoridades y la sociedad civil. Se trata de un gran factor de riesgo para madres y bebés.

La suma de este indicador al insuficiente número de consultas de pre natal registrado en muchos municipios apunta a un cuadro preocupante. La madre que no se realiza un pre natal adecuado expone su salud y la del niño o niña.

Por tratarse de una región de gran circulación de personas, con algunos municipios con alta tasa poblacional viviendo en el área rural y con estrategias de búsqueda de servicios de salud del otro lado de la frontera, la asistencia al embarazo y al parto debe ser una de las cuestiones enfrentadas con urgencia por los tres países.



4.4 PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA

La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como principal estrategia para mejorar la salud en la infancia. La AIEPI incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así, contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de 5 años en el hogar, de manera a contribuir a un crecimiento y a un desarrollo saludables.

En la provincia de Misiones, Argentina, no existen datos que permitan evaluar más detalladamente a la salud materno infantil en lo que se refiere a la regularidad en el control del niño y niña saludable, al cumplimiento del calendario de vacunación, al estado nutricional y a las morbilidades.

Entrevistas realizadas con profesionales de la salud de la región apuntan, sin embargo, a un conjunto de principales problemas enfrentados en esta área: desnutrición, malos tratos, embarazo en la adolescencia, escaso control sanitario en el embarazo y en niños y niñas saludables (consulta solo por patologías), esquemas de vacunación incompletos, lactancia materna escasa, intoxicaciones por agro tóxicos, abortos clandestinos y partos domiciliarios. Entre los motivos de consulta infantiles más frecuentes, están las enfermedades respiratorias, diarreas y parasitosis.

En el Brasil, conforme al Sistema de Informaciones de Mortalidad (SIM), del 2002, en la franja de edad de 1 a 4 años, las enfermedades del aparato respiratorio son la segunda mayor causa de mortalidad (20,1%, seguidas de las enfermedades infecciosas y parasitarias con 17,7%).

En los municipios seleccionados, las enfermedades infecciosas y parasitarias son la tercera causa de la muerte de menores de 1 año, seguidas por las enfermedades respiratorias¹⁹. Entre las causas de muertes evitables en menores de 1 año, aparecen afecciones respiratorias del recién nacido, infecciones respiratorias, diarreas y deshidratación.

Conforme al Pacto de Indicadores de Atención Básica 2005 (fuente SIH-SUS), la tasa de internación por IRA (infección respiratoria aguda) en menores de 5 años referente al 2004, es de 29,92 en el Brasil, 36,25 en Paraná y 49,29 en Mato Grosso do Sul. Entre los municipios brasileños seleccionados, esta tasa varía de 3,85 en Nova Santa Rosa a 152,07 en Ouro Verde do Oeste.

Dieciocho de los municipios paranaenses seleccionados tienen una tasa de internación por IRA en menores de 5 años mayor que la estadual y Mundo Novo tiene un indicador de 86,71, mucho más arriba de la tasa estadual. Del total de 32 municipios, casi el 70% tiene una tasa mayor que la nacional.

En el Paraguay, de acuerdo con datos elaborados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, para el año 2003, los niños y niñas paraguayos/as siguen muriendo de diarrea y neumonía. La neumonía es la segunda causa de mortalidad infantil en el Alto Paraná, y la cuarta causa en Canindeyú. Entre las causas de mortalidad en la infancia (0-5 años), también aparecen la neumonía y la diarrea.

Los indicadores de los tres países son preocupantes y demuestran que hay mucho para hacer en términos de combate a las enfermedades prevalentes en la infancia (EPI). Es preciso invertir en la red de atención a neonatos y niños y niñas, así como en el saneamiento básico, pues es sabido que niños y niñas que viven en ambientes sin agua potable, redes cloacales y recolección de basura están expuestos a una serie de enfermedades infecciosas y parasitarias.

Todo bebé precisa ser vacunado porque nace sin defensa para algunas enfermedades. La vacunación es parte fundamental del derecho del bebé a gozar del mejor estándar posible de salud y de los servicios destinados al tratamiento de las enfermedades y a la recuperación de la salud, previstos en la Convención sobre los Derechos del Niño.

En la Argentina, la *libreta sanitaria* y la cobertura de vacunas son implementadas por el Ministerio de Salud Pública en toda la provincia de Misiones. Sin embargo, la continuidad en el cumplimiento del calendario de vacunación y la sistematización de los controles son hechos de forma irregular.

Entre los problemas señalados en las entrevistas y las observaciones en los hospitales y puestos de salud de los municipios del área en estudio, se percibe que las dificultades se vinculan fundamentalmente a la disposición irregular de *libretas sanitarias* para los recién nacidos, irregularidad en la prescripción de vacunas, escasez de recursos humanos, problemas de equipamiento, demora en las entregas de insumos, incapacidad en la atención de la cantidad de demandas, huelga de personal de las instituciones por mejoras salariales, entre otras.

En el Brasil, funciona hace 32 años el Programa Nacional de Inmunización (PNI), que tienen entre sus actividades los Días Nacionales de Vacunación contra la Poliomielititis. Además de la erradicación de la polio, las formas graves de tuberculosis, el tétano, la tos convulsa, la difteria, la rubéola, la papera, de entre otras, están en franca reducción. Se erradicó la fiebre amarilla urbana y la varicela. Hace algunos años, no se registró ningún caso de sarampión adquirido en el país.

Además de ampliar el rol de los inmunológicos ofrecidos a la población, en 26 mil puestos de rutina de vacunación, el PNI implantó la vacunación de adultos, principalmente en mujeres en edad fértil, entre 12 y 19 años, que recibieron la dupla bacteriana, contra tétano y difteria. No existen, entre tanto, datos regulares sobre inmunización de recién nacidos

¹⁹ La tasa de mortalidad infantil por diarrea en el 2004, en el Brasil, es de 1,8 por mil nacidos vivos; en Paraná es de 1,8 y en Mato Grosso do Sul 2,3. La 20ª Regional de Salud informa que del 2002 al 2004 fueron registradas 08 defunciones por diarrea y 04 por neumonía en menores de 05 años. La 9ª Regional de Salud registra, en el mismo período y en la misma franja de edad, 16 defunciones por neumonía (12 en Foz do Iguaçu) y 09 por diarrea (08 en Foz do Iguaçu).

²⁰ BCG – Contra la tuberculosis.

en el país, ni en los municipios seleccionados.

Conforme al Calendario Básico de Inmunización de la Niñez, todo niño y niña al nacer debe tomar una dosis única de BCG²⁰ y la 1ª dosis de vacuna contra Hepatitis B, cuya segunda dosis es tomada cuando el niño o niña cumple un mes. Con 2, 4 y 6 meses, el niño o niña debe tomar las 1ª, 2ª y 3ª dosis de la vacuna oral contra la polio²¹ y de la vacuna Tetravalente²². En el sexto mes, el niño o niña recibe la tercera dosis de la vacuna contra la Hepatitis B.

La vacuna SRC (Triple Viral – Sarampión, Papera y Rubéola) es aplicada, en dosis única, a los 12 meses. Casi el 100% de los niños y niñas brasileños/as son vacunados contra el sarampión, haciendo que todas las unidades de la federación tengan alcanzado la meta de cobertura de vacunación en el primer año de vida.

Conforme a la Secretaría de Estado de Salud de Paraná (2004) y los Cuadernos Municipales de Salud/Ministerio de Salud (2004), la cobertura de vacunación de menores de 1 año en los municipios seleccionados (Cuadro B7 - anexo) es la siguiente:

Local	Cobertura BCG	Cobertura Hepatitis B	Cobertura Pólio	Cobertura Tetravalente
9ª Regional de Salud	120,41%	87,36%	103,85%	104,91%
10ª Regional de Salud	104,32%	96,39%	98,25%	100,05%
20ª Regional de Salud	108,86%	99,20%	102,57%	102,57%
Mundo Novo	93,4%	81,8%	114,5%	84,0%

Los indicadores mayores del 100% demuestran que hay una sub estimación de la población de niños y niñas menores de 1 año en la región en estudio. En los demás casos, es preciso un esfuerzo adicional para la cobertura total.

En el Paraguay, según datos proporcionados por el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para el 2004, la cobertura de vacunación en niños y niñas menores de 1 año y con 1 año de edad completo, por departamento, es el siguiente:

Local	Cobertura BCG	Cobertura OPV	Cobertura Pentavalente	SPR
Alto Paraná	96%	94%	94%	95%
Caaguazú	91%	90%	90%	89%
Canindeyú	94%	93%	92%	93%

A pesar de que, globalmente, esas coberturas están dentro de los parámetros recomendados por la Organización Mundial de la Salud, el análisis por municipios apunta a otra

realidad: Saltos del Guairá, por ejemplo, alcanzó la cobertura de apenas un 70% de la BCG; 63% de la OPV; 62% de la Pentavalente y 69% de la SPR, lo que indica un porcentaje de 30% a 40% de niños y niñas de ese municipio desprotegidos/as de enfermedades evitables por vacunación.

Los municipios de Santa Rita, Santa Rosa del Monday, Caaguazú y Repatriación alcanzaron una cobertura media de 85% en todas las vacunas. Los demás municipios alcanzaron 90% o más de cobertura. (Cuadro P5 - anexo).

Es preciso que los municipios con baja cobertura de vacunación reciban una atención diferenciada.

En relación a la inmunización de gestantes, en el nivel nacional en el Paraguay, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual Reproductiva (ENDSSR) 2004 encontró una cobertura con protección anti-tetánica de 93,6% de los casos. Para la región Este (Canindeyú, Alto Paraná, Caaguazú e Itapúa), esta cobertura fue del 93,5%.

En resumen, los datos de los tres países sobre enfermedades prevalentes de la infancia (EPI) además son insuficientes para un análisis fundamentado. Es preciso una inversión mayor de los gobiernos en la producción de indicadores, para que puedan ser formuladas políticas públicas para enfrentar estas enfermedades.

Los tres países tienen programas y campañas de vacunación de niños y niñas y recién nacidos. El análisis de los datos, sin embargo, demuestra dos tipos de problemas: irregularidades en la vacunación en algunas regiones y sub-estimación del registro público en otras. Preocupa, especialmente, la ausencia de indicadores regulares de inmunización materna, especialmente en la Argentina y en el Brasil.

La inmunización de la madre y del niño y niña es fundamental para disminuir los indicadores de mortalidad infantil y materna en la región en estudio y todos los esfuerzos deben ser realizados para alcanzar la cobertura total.

Para mejorar la atención a Enfermedades Prevalentes en la Infancia, es preciso calificar, con constantes actualizaciones y reciclaje, los equipos de los servicios de salud, especialmente médicos y enfermeros. También es fundamental fortalecer las competencias familiares en la atención a los niños y niñas de 0 a 6 años. Un buen ejemplo en ese sentido es la calificación de Agentes Comunitarios de Salud y Líderes de la Pastoral del Niño, realizada por Itaipu Binacional, en cooperación con UNICEF. Una vez capacitados, esos agentes comunitarios y líderes de la Pastoral replican sus conocimientos en sus áreas de actuación, calificando las familias con que trabajan.

²¹ Anti Polio – contra la poliomielitis.

²² Tetravalente – contra la difteria, el tétano, la tos convulsa y hemophilus influenzae b.(a) OPV – Vacuna Antipoliomielítica Oral. (b) Pentavalente – Vacuna que incluye los componentes contenidos en la vacuna triple tradicional (difteria, tosferina y tétano) más otros dos componentes, que son Haemophilus influenza tipo b y Virus de la Hepatitis B. (c) SPR – Sarampión, Paperas, Rubéola.

¹³ SPR - Sarampión, Paperas, Rubéola. (sarampo, caxumba e rubéola)

4.5 ATENCIÓN DE LA SALUD

Todo niño y niña y todo adolescente debe tener asegurado el derecho a la salud. En los tres países, ese derecho es garantizado por el poder público, por medio de políticas enfocadas en la disminución del riesgo de enfermedades e implementación de acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. En total, los 62 municipios cuentan con 85 establecimientos públicos con internación.

En la Argentina, el sector público dependiente del estado provincial, presta servicios en los municipios seleccionados a través de distintos establecimientos, categorizados de la siguiente manera: Posta Sanitaria, Consultorios Externos Periféricos, Unidad Sanitaria, Hospital de Área y Hospital Base de Zona. Cada uno de ellos tienen sus propias características, que van de la menor a la mayor complejidad.

El área geográfica de estudio es asistida por 11 establecimientos públicos estatales con internación (2 hospitales Base de Zona, 4 Hospitales de Área y 5 Unidades Sanitarias). También funcionan en la región los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), creados para la atención de mujeres embarazadas y niños y niñas recién nacidos/as.

Las camas que ofrecen esos establecimientos muestran una proporción aproximada de una cama por cada 600 habitantes. Esa cantidad parece suficiente para las necesidades actuales (ninguno de los establecimientos tienen porcentaje ocupacional superior al 75%).

Sin embargo, la calidad asistencial materno-infantil no está garantizada. No todos los establecimientos cuentan

SISTEMAS DE SALUD

ARGENTINA

O Sistema de Salud argentino é composto por um Subsector Público, um Subsector de la Seguridad Social e um Subsector Privado. O Subsector Público é dependente do estado, que custeia seu financiamento (através dos impostos) e a prestação de serviços por meio de equipes próprias dependentes dos estados provinciais (Ministerios de Salud) e municipais (Secretarías de Salud), com características federais. Os estabelecimentos assistenciais dependentes do Ministerio Nacional são excepcionais. A cobertura é universal e gratuita, independentemente de outras coberturas e da capacidade de pagamento dos pacientes.

O Subsector de la Seguridad Social é composto pelas denominadas Obras Sociales, regidas pelas leis 23.600 e 23.661. O organismo estatal, encarregado de sua regulação, é a Superintendencia de Servicios de Salud. As Obras Sociales (OS) estão organizadas em OS Sindicais e OS Provinciais. No primeiro caso, atendem a trabalhadores de empresas privadas e, no segundo, a empregados da administração pública provincial. Este subsector se completa com o Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que atende, prioritariamente, à população da terceira idade. O financiamento do setor se realiza com os aportes dos trabalhadores e das empresas. A modalidade predominante das Obras Sociales é a compra de serviços a estabelecimentos privados, o desenvolvimento da capacidade instalada própria é escasso e tende à redução.

Já o Subsector Privado é composto por estabelecimentos assistenciais privados ou de empresas de saúde, que vendem seus serviços a particulares, a seguridade social e a planos de saúde. Estas últimas funcionam oferecendo cobertura ou seguros de doenças a associados voluntários que são seus financiadores. Esse setor está escassamente regulado.

BRASIL

A cobertura dos serviços públicos de saúde, complementados por serviços privados contratados pelo governo, sob a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), chega a 75% da população. Nos serviços hospitalares, o sistema baseia-se, predominantemente, no reembolso público de serviços prestados por entidades privadas (80% dos estabelecimentos hospitalares que prestam serviço ao SUS são privados). Por outro lado, 75% da assistência ambulatorial prestada pelo SUS é produzida pelos estabelecimentos públicos. A cobertura dos planos e seguros privados alcançou, em 1995, 20% da população brasileira¹⁴.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada participa SUS, em caráter complementar. É descentralizado, com mecanismos automáticos de transferência de recursos federais aos estados e municípios.

PARAGUAI

O Sistema Nacional de Salud (Lei 1032/96) conforma o Conselho Nacional de Salud, constituído por instituições do setor e presidido pelo Ministro de Salud Pública e Bienestar Social. O Conselho tem a responsabilidade legal de coordenar e controlar os planos, programas e atividades das instituições públicas e privadas no setor. A atenção à saúde é responsabilidade de três subsectores (Público, Paraestatal e Privado).

O subsector público é formado pelo Ministerio de Salud Pública e Bienestar Social, pela Sanidade Militar, pela Sanidade Policial, pela Sanidade Municipal, pela Corporación de Obras Sanitarias e pelo Hospital de Clínicas da Universidad Nacional de Asunción.

No subsector paraestatal se integram o Instituto de Previsión Social (IPS), a Cruz Roja Paraguaya e o Hospital da Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

O subsector privado, unificado na Associação de Hospitais, Sanatórios e Clínicas Privadas, é constituído por múltiplos centros privados, laboratórios farmacêuticos e farmácias, com um grande crescimento nos últimos dez anos.

Do total da população nacional, o Ministerio de Salud Pública e Bienestar Social dá cobertura a 63%; os serviços privados a 15%; a Sanidade Militar cobre cerca de 3%; a Sanidade Policial a menos de 1% e o Hospital de Clínicas da Universidad Nacional atende aproximadamente a 5%. O Instituto de Previsión Social (IPS) é responsável pela atenção de saúde de cerca de 13% da população e com os riscos associados com as enfermidades ocupacionais, acidentes, invalidez e velhice.

Tanto o Ministerio de Salud Pública e Bienestar Social (MSP y BS) como o Instituto de Previsión Social (IPS), estão organizados em um sistema com diferentes níveis de complexidade. A Sanidade Municipal compete atender aspectos de saúde pública tais como a coleta dos resíduos domiciliares, a desinfecção de locais públicos, o controle de vendas de alimentos na rua e outros. A atenção para a mulher grávida e para o menor de cinco anos é gratuita na rede de serviços de saúde do Ministerio de Salud Pública e Bienestar Social.

²³ Informaciones disponibles en el documento Estudio de la Red de Servicios de Salud en la Región de Frontera (Argentina-Brasil-Paraguay) 2001-2002. OPAS, 2004.

con médicos especialistas en Obstetricia, en Pediatría o en Medicina General. En algunos, el déficit de recursos humanos es notorio. (Cuadro A10 – anexo).

Todos esos establecimientos realizan partos. Sólo en los Hospitales Base Eldorado y Oberá se atienden más de 1.000 partos/año. Además de esos hospitales, las otras unidades del área en estudio en que se realizan partos presentan déficits que dificultan la atención cuando existen situaciones de riesgo materno-infantil.

En el Brasil, conforme al Ministerio de Salud (Departamento de Informaciones e Informática del Sistema Único de Salud/DATASUS), y en base a datos de julio de 2003, los municipios seleccionados disponían de 54 hospitales, siendo que sólo uno de ellos es público municipal (Tupãssi), 1 universitario (Cascabel) y 52 privados. De los hospitales privados, 47 son contratados (red SUS) 5 son filantrópicos (Foz do Iguaçu, Matelândia, Medianeira, Mundo Novo y Nova Santa Rosa).

Juntos, los 54 hospitales disponen de 3.110 camas. De estos, 28% son de clínica médica, 18% de pediatría, 18% de psiquiatría, 16% son quirúrgicos, 15% obstétricos, 2% (65 camas) de UTI, 0,0% crónicos/FTP²⁴ y 0,1% hospital día²⁵. No poseen hospitales 5 municipios: Ramilândia, Itaipulândia, Ouro Verde do Oeste, Santa Tereza y Serranópolis (Cuadro B8 – anexo).

La red ambulatoria en los municipios brasileños seleccionados está formada por unidades, la mayor parte es pública estatal, seguidas por privadas con fines de lucro.

Entre los problemas identificados en los municipios brasileños seleccionados están la falta de seguimiento en la atención de la embarazada y del neonato; el embarazo en la adolescencia; la falta de equipamientos y recursos materiales en toda la red de salud para atenciones más complejas; la baja capacidad de atención de los centros regionales de referencia y la falta de UTIs neonatales y pediátricas.

Otra cuestión preocupante es el aumento de casos de niños, niñas y adolescentes envueltos en drogas (inclusive alcohol) y con problemas psicológicos, lo que lleva a una demanda de los municipios brasileños seleccionados por programas especializados, espacios de tratamiento y capacitación profesional.

Es preciso, en ese sentido, ampliar la atención de los CAPS – Centros de Atención Psicosocial, instituidos en 1992 como un servicio comunitario que tiene como papel cuidar de personas que sufren de trastornos mentales, en especial los trastornos severos y persistentes. Los CAPS deben obedecer a algunos principios básicos de entre los cuales

se responsabiliza por la recepción del 100% de la demanda de los portadores de trastornos severos de su territorio, garantizando la presencia de profesional responsable durante todo el periodo de funcionamiento de la unidad (plantel técnico), y crear un ambiente terapéutico acogedor en el servicio.

La red pública de salud de prácticamente todos los municipios brasileños seleccionados es demandada por brasileños residentes en el Paraguay. Las prefecturas que participaron de los seminarios-consulta no consideran esto una irregularidad, sólo reivindican que los planeamientos públicos de salud (federal y estatal), tengan esta información en consideración.

Los niños y niñas indígenas son atendidos/as por la Fundación Nacional de Salud – FUNASA, en Puestos de Atención Básica existentes en las aldeas. Además de eso, existe un convenio, vía Sistema Único de Salud – SUS, con algunos hospitales de la región para atención preferencial de la población indígena. Esos servicios de salud reciben una gran demanda de población indígena del Paraguay y de la Argentina.

En el Paraguay, la red del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en los 15 municipios de estudio, cuenta con tres Hospitales Regionales (hospital general), seis Hospitales Distritales (atención materno-infantil), seis Centros de Salud (consulta u parto normal) y 47 Puestos de Salud (atención primaria).

De la red del Instituto de Previsión Social, los municipios seleccionados cuentan con dos Hospitales Cabeceras (generales), tres Unidades Médicas (atención médica e internación materno-infantil) y un Puesto Sanitario (atención médica).

En resumen, se puede afirmar que en la Argentina, la demanda de la población es por la calidad de la asistencia materno-infantil, en el Brasil por más camas especializadas y UTIs neonatales e infantiles y, en el Paraguay, por una mayor cobertura del sistema público de salud.

La red hospitalaria y ambulatoria existente precisa ser optimizada para atender a la demanda de mujeres embarazadas y niños y niñas. Importantes iniciativas vienen siendo llevadas a cabo a nivel del MERCOSUR y de responsabilidad social por Itaipu Binacional, pero es necesaria una mayor relación de los gobiernos en la ampliación de la red de atención y su universalización, dando especial atención a las necesidades de centros de especialización médica y UTIs neonatales e infantiles.

²⁴ Fuera de Posibilidad Terapéutica.

²⁵ Servicio con capacidad para atender pacientes que necesiten de acompañamiento médico diario y que no puedan prescindir de internación (o pacientes que se someten a cirugías, exámenes o procedimientos que necesiten menos de 24 horas de internación u observación).

INICIATIVAS PARA IMPULSAR UN SISTEMA INTEGRADO DE SALUD DEL MERCOSUR

En agosto del 2004, los cuatro países miembros del Mercosur se reunieron en Porto Alegre y concordaron en crear un sistema integrado de salud para facilitar el acceso de los habitantes de las zonas fronterizas a una mejor atención médica.

La primer cosa a ser realizada es la unificación de los registros de usuarios de los sistemas públicos de salud en las regiones de frontera a fin de indicar el número de personas que podrán ser atendidas en esta red regional.

Esto deberá acabar con la indefinición de responsabilidades que muchas veces causa problemas en la atención médica ofrecida en las regiones limítrofes.

Como resultado de la asociación entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Ministerios de Salud de la Argentina, del Brasil y de Paraguay, fue elaborado el documento "Estudio de la Red de Servicios de Salud en la Región de la Frontera Argentina-Brasil-Paraguay 2001-2002", que establece un diagnóstico de la situación de los servicios de salud de las ciudades fronterizas de Puerto Iguazú, Foz do Iguazú y Ciudad del Este.

A partir de este diagnóstico, el documento apunta a propuestas de planeamiento del sector de la salud, recomendando:

(1) el primer paso de la cooperación centrado en la generación de un sistema de información común, con definiciones, sistemas de recolección y de análisis de informaciones similares; (2) establecimiento de "Prioridades Sanitarias de la Triple Frontera"; (3) aplicación de estrategias de reconversión de camas, de forma que permita contar con un conjunto de camas que permita establecer compensaciones entre los servicios con baja demanda y los de alta demanda; y (4) generación de instancias de articulación de la red, que permitan verificar la oportunidad y pertenencia del proceso de referencia y contra-referencia, además de optimizar el conjunto de recursos disponibles para la atención.

Vale registrar que, desde el 2003, el Grupo de Trabajo (GT) Itaipu/Salud, formado por representantes de todas las esferas de la gestión de la Salud en el Brasil y en el Paraguay, viene apoyando y buscando uniformar las acciones de salud en la región de influencia de Itaipu. Su primera tarea fue identificar los problemas de salud en la región, habiendo sido detectados 61 de ellos. Seguidamente, fue elaborado un plan que prevé 32 acciones, entre ellas el apoyo a campañas de vacunación contra la rabia canina y poliomielitis en los dos países, patrocinio a campañas de lucha contra el dengue y apoyo a la Campaña Iberoamericana de Multivacunación.

El GT también organizó un seminario binacional sobre la salud de la mujer, promovió cursos de capacitación orientados para los problemas de la región, definió un conjunto de indicadores para el monitoreo de las condiciones de salud en la frontera y promovió un seminario binacional sobre Políticas Nacionales de Salud y Modelos de Atención en la Región de la Frontera y el 1º Seminario Binacional de Humanización de la Salud Pública, en Palotina y Ciudad del Este. Está en planeamiento la implantación de un Centro de Referencia de SIDA en Ciudad del Este, uniendo políticas de servicios de salud de los dos países para la lucha contra esa enfermedad. En marzo de 2005, el GT/Salud promovió la "I Taller sobre Salud Indígena en la Región Fronteriza Brasil - Paraguay bajo Influencia de Itaipu Binacional", con el objetivo de discutir las políticas públicas de salud del Brasil y del Paraguay para la comunidad indígena de la frontera y de calificar profesionales de salud para la realización de trabajos junto a ese público.



4.6 SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL Y DESNUTRICIÓN

La seguridad alimentaria y nutricional es condición fundamental para la garantía de los derechos de los niños, niñas y de los adolescentes y para que se puedan alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Una alimentación saludable garantiza el desarrollo físico y mental de niños, niñas y adultos y disminuye la morbi-mortalidad infantil. En los primeros años de vida, la alimentación y la nutrición son fundamentales para la salud infantil.

Lactancia materna

El amamantamiento es extremadamente importante para el crecimiento y desarrollo del niño y niña, principalmente como factor de protección contra enfermedades infecciosas. Todo niño y niña debería ser amamantado/a exclusivamente hasta los seis meses y el destete debería ocurrir preferentemente después de los dos años de edad.

En la Argentina, conforme datos de la Encuesta Provincial de Lactancia Materna Infantil, primer estudio de este tipo realizado en la Provincia de Misiones (2001), la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad presenta índices bajos, que van disminuyendo conforme el niño o niña va creciendo (11% en el cuarto mes).

En el Brasil, la lactancia materna exclusiva a los 6 meses, conforme investigaciones de 1999 del Ministerio de Salud, es de 9,7%. En los municipios brasileños seleccionados, la lactancia materna es bastante estimulada por campañas y programas específicos. En Foz do Iguaçu, el Hospital Costa Cavalcante forma parte de la red de Hospitales Amigos del Niño, cuyos profesionales estimulan la lactancia.

Sin embargo, los Indicadores de Atención Básica (Cuadernos de Informaciones de Salud/Ministerio de Salud), tienen como referencia sólo la población atendida por el Programa Agente Comunitario de Salud (PACS) y el Programa Salud de la Familia (PSF), en el 2004, no es plenamente satisfactorio.

El indicador utilizado es el número de niños y niñas de 0 a 3 meses y 29 días en régimen de lactancia materna exclusiva. Si bien este universo dista del ideal, el porcentaje de niños y niñas que reciben lactancia materna exclusiva en los municipios brasileños seleccionados varía de 48,6% (Medianeira) a 90,7% (Ouro Verde do Oeste). Por debajo de la media nacional (69,5%) están 10 municipios.

En términos de unidades de la federación, los indicadores también son preocupantes. El porcentaje de niños y niñas con menos de 4 meses con lactancia materna exclusiva, atendidos/as por el PACS y PSF (2003), es de 78,3% en Paraná y 76,2% en Mato Grosso do Sul.

En el Paraguay, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004 (CEDEP/USAID/UNFPA) identificó que, en la región Este (Canindeyú, Alto Paraná, Caa-

guazú e Itapúa), la lactancia materna exclusiva en menores de tres meses es de 36,4% y en menores de 5 meses de 27,6%.

Además de esto, la investigación demuestra que en la misma región 8% de los menores de 3 meses y 10,4% de los menores de 5 meses no recibían amamantamiento materno; 3,2% de los niños y niñas de 6 a 9 meses tienen alimentación complementaria y 38,7% tienen amamantamiento continuado de 12 a 15 meses.

A pesar que los datos de la Argentina sean antiguos y precisen ser relativizados, se puede concluir que la lactancia materna aún es muy baja en toda la región en estudio.

Para revertir este cuadro, es preciso garantizar que toda la población tenga acceso a las informaciones sobre los beneficios de la lactancia materna. Es obligación de cada gobierno hacer que las personas tengan acceso a esas informaciones.

Es preciso también ampliar el número de Hospitales Amigos del Niño, una iniciativa de la OMS y de UNICEF, cuyo objetivo es movilizar a los funcionarios de los establecimientos de salud para que cambien las conductas y rutinas responsables por los elevados índices de destete precoz.

Es fundamental que se fortalezca la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, sensibilizando la movilización de técnicos y madres.

Bajo peso al nacer

El indicador de bajo peso al nacer mide el porcentaje de nacidos vivos de bajo peso (menos de 2.500g), en relación al total de nacidos vivos. El bajo peso al nacer expresa retardo del crecimiento intra-uterino o prematuro y representa un importante factor de riesgo para la morbi-mortalidad neonatal e infantil, además de afectar substancialmente la incidencia de enfermedades peri-natales. Cuanto menor es el peso al nacer, mayor es la posibilidad de muerte precoz.

Valores de bajo peso al nacer por debajo del 10% son aceptables internacionalmente. Proporciones elevadas de nacidos vivos de bajo peso están asociadas, en general, a bajos niveles de desarrollo socio-económico y de asistencia materno-infantil, especialmente las consultas pre-natales.

En la Argentina, conforme el documento Estadísticas Vitales – Ministerio de Salud (2003), la tasa de niños y niñas con bajo peso al nacer, en todo el país, es de 7,8%. En Misiones, este indicador es de 7,4%. Tanto a nivel nacional como provincial, esa tasa viene aumentando desde 1990, cuando el valor tanto para la Argentina como para Misiones era de 6,1%.

En los municipios brasileños seleccionados, conforme datos de la Secretaría de Estado de Salud de Paraná (2004), el porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer es de 7,6% en la 9ª Regional de Salud, 7,6% en la 10ª Regional de Salud y 6,7 en la 20ª Regional de Salud. Los indicadores varían de

1,5% (Ramilândia) a 9,2% (Ouro verde do Oeste) (Cuadro B9 – anexo). Conforme la Secretaría de Estado de Salud de Mato Grosso do Sul, en el 2005, el porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer en el municipio de Mundo Novo es de 3,6% (en el estado es de 6,9%).

El documento Pacto de Indicadores de Atención Básica 2005 (SISNAC 2000/MS), que tiene como referencia sólo la población atendida por el Programa Agente Comunitario de Salud (PACS) y el Programa Salud de la Familia (PSF), indica que la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer en el Brasil es de 8,07%; en Paraná 8,34% y en Mato Grosso do Sul 7,24%. (Cuadro B10 – anexo).

Entre los departamentos seleccionados en el Paraguay, según datos de la Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 2000/01, la prevalencia de bajo peso al nacer en el Departamento de Caaguazú fue de 6,5%, en el Departamento de Alto Paraná 7,1% y en el Departamento de Canindeyú 9,2%. En el Paraguay, este indicador era de 9,10%.

Suplemento (Hierro, Vitamina A y Yodo)²⁶

La ausencia de micro-nutrientes, especialmente Hierro, Vitamina A y Yodo tienen un impacto negativo en el desarrollo de los niños y niñas, por eso la importancia de programas de suplemento de Hierro y Vitamina A y de adición del yodo a sal de consumo humano.

En la Argentina, la implementación de estos suplementos diarios se da como parte del Programa de Seguridad Alimentaria, que incluye entregas de cajas alimentarias (balance nutricional exacto necesario para el adecuado crecimiento de los niños y niñas), poli-vitamínicos y sulfato ferroso para administrar a niños y niñas y madres. El Programa Materno-Infantil indica ácido fólico a embarazadas y niños y niñas hasta 1 año. Además la Ley 25.630 del año 2003 estableció que toda la harina de trigo destinada a la elaboración de pan debe ser enriquecida con hierro y ácido fólico.

Los programas funcionan en la mayoría de los municipios argentinos seleccionados, por medio del control de profesionales de la Salud Pública. Hace cuarenta años, a partir de una legislación nacional, se incluyó yodo a la sal de mesa, accesible a la mayoría de la población.

En el Brasil, en relación al suplemento, la Política Nacional de Alimentación y Nutrición – PNAN, prevé la fortificación con hierro de las harinas de trigo y de maíz, alimentos de alto consumo y bajo costo.

En la lucha contra la deficiencia de vitamina A, en las áreas reconocidas como de riesgo, es realizada la aplicación periódica y eventualmente de emergencia de mega-dosis de Vitamina A. La región de la Triple Frontera no es considerada, por el momento, área de riesgo.

En el Brasil, la yodación está siendo realizada, hace décadas, mediante la yodación de sal de consumo humano. Sin embargo, el control aún carece de mayor rigidez y acompañamiento.

En el Paraguay, en el 2002, datos provistos por el Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN) registran que la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas es de 33,8% en el Departamento de Canindeyú y de 21,3% en el Departamento de Alto Paraná, en comparación con 11,9% de embarazadas con anemia en el Departamento Central.

En abril de 1998, fue promulgado el Decreto 20.830, que declara obligatoria la fortificación de la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B (entre éstas se aumentó el nivel de fortificación del ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural).

El Paraguay carece de fuentes propias de producción de sal y toda la sal importada para consumo humano, animal e industrial alimenticio deberá estar yodada, según establece el Decreto N° 3597 (1999), que reglamenta el artículo 182 del Código Sanitario.

Según datos del SISVAN del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, la disponibilidad de sal yodada por municipios, en el Alto Paraná, en el 2004, es de 75% en Santa Rita y de 88,9% en Presidente Franco, muy por debajo de la media nacional. Es preciso que el 100% de la sal de consumo humano sea yodada.

A pesar de que los tres países poseen programas de suplemento de Vitamina A, hierro y yodo, llama la atención la inexistencia de investigaciones actualizadas, de ámbito nacional, sobre el asunto. Sin información oficial, la sociedad no tiene los instrumentos necesarios para demandar a los gobiernos la efectivización de políticas específicas de suplemento.

Desnutrición

La desnutrición está asociada a la pobreza y la desigualdad. Valores debajo de 4% son aceptables internacionalmente.

En la Argentina, existen datos del 2004 de una investigación del Departamento de Nutrición de la Dirección de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y de la Coordinación de Programas Materno-infantiles del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, que analizó una población de niños y niñas menores de 6 años asistidas por el Programa Materno Infantil (población que asistía a establecimientos estatales públicos), incluyendo 9 de los municipios seleccionados para esta investigación.

²⁶ El suplemento con vitamina A y hierro protege al niño y niña contra enfermedades infecciosas. La hipovitaminosis A es una causa frecuente de ceguera prevenible entre los niños y niñas, estando asociada al aumento de la mortalidad por enfermedades infecciosas, principalmente diarrea e infección respiratoria. La carencia de hierro lleva a la anemia hierro-priva, la anemia por carencia de hierro, siendo este disturbio nutricional más frecuente en la infancia. Niños y niñas, gestantes, nutrices (mujeres que están amamantando), chicas adolescentes y mujeres en edad reproductiva son los grupos de mayor riesgo. Hasta los seis meses, la leche materna es capaz de suplir las necesidades de los niños y niñas que nacieron en término (37 semanas o más de edad gestacional). El yodo es un componente esencial de las hormonas tiroideas (tiroxina y triiodotironina). La deficiencia de yodo lleva a la producción insuficiente de esas hormonas. Las consecuencias de los disturbios causados por la falta de yodo incluyen el retardo mental y otros defectos en el desarrollo del sistema nervioso, bocio (aumento en el tamaño de la tiroidea), cansancio físico y retardo del crecimiento.

El estudio indica que 10,31% de la población estudiada de niños y niñas menores de 1 año y 19,28% de los niños y niñas mayores de un año se encuentran en riesgo nutricional. Son niños y niñas que requieren acompañamiento para evitar las consecuencias de un posible estado de desnutrición.

En los municipios brasileños seleccionados, conforme a los Cuadernos de Información de Salud, la prevalencia de desnutrición en menores de 2 años, en el 2004, entre el público atendido por el PACS/PSF, varía de 0% (Quatro Pontes y São José das Palmeiras) a 15,3% (São Pedro do Iguazu). Sólo este municipio tiene una tasa mayor que la brasileña. Además de São Pedro do Iguazu, otros 3 municipios superan la tasa paranaense: Ramiandia (5,1%), Santa Tereza do Oeste (3,8%) y Vera Cruz do Oeste (5,5%). En el Brasil, esta tasa es de 5,7%, en Paraná 2,5% y en Mato Grosso do Sul 3,2%.

En el Paraguay, el análisis del estado nutricional de los menores de cinco años de edad, por departamento, encuentra una alta disparidad. Canindeyú (9,1%) y Caaguazú (5,5%) presentan prevalencias de desnutrición global superiores a la media nacional. Alto Paraná (2,9%) presenta una prevalencia de desnutrición global que representa la mitad de la media nacional. En relación a la desnutrición crónica, la disparidad es notoria: Canindeyú (22,2%), Caaguazú (12,2%), y Alto Paraná (11,4%).

Según datos nacionales del Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) del Instituto de Alimentación y Nutrición (INAN), del 2000 al 2003 hubo un incremento en los casos de desnutrición en niños y niñas menores de cinco años de edad que asisten a los servicios de salud de los Hospitales Regionales.

En Canindeyú, la desnutrición global en menores de cinco años aumentó de 9,2% (2002) a 20% (2003). Según la misma fuente, en el Departamento de Alto Paraná, en el 2002, la prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años fue de 10,2%, el riesgo de desnutrición crónica de 25,8%. En el Departamento de Caaguazú, conforme datos del 2001, había una prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años de 14,5% y 21,7% de riesgo de baja estatura.

Los indicadores de desnutrición son preocupantes, especialmente en el Paraguay, donde viene aumentando. Conforme lo presentado en el ítem 2.2 (Políticas y programas sociales existentes), los tres países poseen programas de seguridad alimentaria y nutricional, pero aún hay mucho por hacer.

Además de la pobreza por ingreso, por detrás de la desnutrición y de la seguridad alimentaria y nutricional están la desigualdad en el acceso a alimentos de calidad y a otros bienes y servicios básicos por parte de gran parte de la población.

En el Brasil, por ejemplo, la inseguridad alimentaria y nutricional tiene dos etapas muy características: la desnutrición y la obesidad (acompañada de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares).

Conforme al Ministerio de Salud²⁷ estas dos expresiones de la inseguridad alimentaria están íntimamente relaciona-

das, pues un niño o niña en la fase precoz de la vida que haya sufrido deficiencia nutricional, tiene un riesgo mucho mayor de poder desarrollar obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.

O sea, el gran desafío de los gobiernos no debe ser sólo el de garantizar el acceso a la alimentación, sino también el de informar a la población, por medio de informaciones adecuadas, sobre la selección de una alimentación saludable.

En lo que se refiere específicamente a los niños y niñas, además de programas de transferencias de ingreso y distribución de alimentos, es esencial que se amplíen los programas de nutrientes y de estímulo a la lactancia.

Argentina

En la Argentina, en razón de la crisis económica, social y política que el país atravesó, las partidas presupuestarias para políticas de seguridad alimentaria aumentaron 20 veces, en términos de recursos. En el 2003, cuando una gran cantidad de la población sufría la falta de alimentos, el Gobierno Nacional creó la Sub-Secretaría de Políticas Alimentarias en el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria "El Hambre Más Urgente" fue elaborado y respaldado por una ley especial aprobada por el Congreso Nacional. El Plan consistió inicialmente en la provisión de comida a 1.200.000 familias pobres. Junto con los alimentos, las familias recibían capacitación para la producción casera de alimentos, producción en pequeña escala y educación alimentaria.

La Sub-Secretaría de Políticas Alimentarias aprovechó la oportunidad que ofrecía este Plan, conjuntamente con la cooperación de UNICEF, y desarrolló el Proyecto Familias y Nutrición. Este proyecto, que incrementalmente alcanzará a todas las familias del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria, tiene un enfoque integral y de base comunitaria.

El proyecto aspira a fortalecer y acompañar a las familias en la crianza y en el cuidado de sus niños y niñas, en aspectos de nutrición y en relación al derecho de los niños y niñas al esparcimiento, a la lectura y al aprendizaje temprano, a través de redes locales.

El proyecto se basa en una estrategia de capacitación de facilitadores locales, a cargo de un equipo central, focalizándose en aspectos de desarrollo infantil temprano y en el fortalecimiento de las redes locales.

En la actualidad, el proyecto está siendo implementado en 24 municipios de 6 provincias argentinas (Buenos Aires, Jujuy, Chaco, Tucumán, Santa Fé y Misiones), y los acuerdos iniciales se están desarrollando en 4 nuevas provincias (Formosa, Corrientes, San Juan y Entre Ríos).

En el 2005 se diseñaron y publicaron 7 cuadernillos para apoyar la capacitación y el trabajo de los facilitadores (20.000 cuadernillos en total). Los facilitadores también reciben 2 kits con materiales para que los niños jueguen y lean.

El proyecto va a cubrir a 15.000 familias y 30.000 niñas y niños menores de 5 años para julio de 2006. Recientemente, el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales integró este proyecto dentro de uno más ambicioso relacionado con el desarrollo infantil temprano integral. En este proyecto los Ministerios de Educación y Salud coordinarán acciones para asegurar que las niñas y niños tengan la oportunidad en su primera infancia de desarrollarse plenamente de acuerdo a sus derechos.

Brasil

En el Brasil, el Programa Hambre Cero, estrategia impulsada por el gobierno federal para asegurar el derecho humano a la alimentación adecuada, priorizando a las personas con dificultades de acceso a los alimentos, incluye nueve ministerios, la Casa Civil, la Secretaría General de la Presidencia y la Asesoría Especial de la Presidencia, además del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria (CONSEA). El Hambre Cero tiene 31 acciones y programas que integran cuatro ejes articuladores: ampliación del acceso a la alimentación, fortalecimiento de la agricultura familiar, promoción de procesos de generación de ingresos y articulación, movilización y control social.

Entre las acciones que hacen parte del Hambre Cero está la Bolsa Familia, un programa de transferencia de ingresos destinado a las familias en situación de pobreza, con ingreso per cápita de hasta R\$ 100 reales mensuales, que se asocia a la transferencia del beneficio financiero el acceso a los derechos sociales básicos – salud, alimentación, educación y asistencia social. Los estados de Paraná y Mato Grosso do Sul son beneficiarios de este programa y poseen programas locales de seguridad alimentaria. (Cuadro B4).

²⁷ Conforme entrevista de Fátima Carvalho, Coordinadora de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición del Ministerio de Salud, disponible en <http://www.brasil.gov.br/emquestao/en12.htm> (acceso el 30/10/2005).

4.7 PROTECCIÓN CONTRA EST/SIDA Y MALARIA

Entre los objetivos de Desarrollo del Milenio, el número 6 prevé que, hasta el 2015, sea detenida la propagación del VIH/SIDA y que se revierta la tendencia actual, y que sea detenida la incidencia de la malaria y de otras enfermedades importantes y que se comience a revertir la tendencia actual.

SIDA

En la región en estudio, hay un serio problema de precariedad de datos relacionados al SIDA. Sólo el Brasil tiene datos por municipio; Argentina y Paraguay los tienen por provincia/departamento.

Esta es una de las áreas de mayor vulnerabilidad para los niños, niñas y los adolescentes de la región, ya que especialistas en SIDA de los tres países ya identificaron que actualmente las regiones de frontera son los mayores focos de transmisión del virus VIH y que vendrían aumentado los casos de contagio de mujeres, de transmisión vertical madre-hijo y de niños y niñas huérfanos/as. La enfermedad afecta a los adolescentes principalmente por medio de relaciones sexuales sin protección o por el uso de drogas inyectables.

El aumento de casos de SIDA en las fronteras estaría ligado al libre tránsito de personas, al tráfico de drogas y a la prostitución (Ver Box "SIDA y frontera").

A pesar de que esos datos no puedan ser verificados en todos los municipios seleccionados, son indicativos de una luz roja que se enciende para los gobernantes.

La Argentina sancionó, en 1990, la Ley 23.798, denominada Ley Nacional de SIDA. La Ley establece que el Estado debe garantizar el acceso al test o diagnóstico. En 1995, la Ley 34.455 obliga a las Obras Sociales a dispensar el tratamiento médico, psicológico y farmacológico de las personas con VIH/SIDA. En 1996, la Ley 24.754 incorpora la atención a las personas con VIH/SIDA por parte de los seguros de salud privados.

En la Argentina, el aumento del SIDA en mujeres viviendo en situación de pobreza es alarmante, haciendo necesarios programas de procreación responsable, empoderamiento de la mujer e información, capacitación de profesionales de los servicios de salud, difusión de la utilización de los métodos de barrera, y garantía de distribución de preservativos.

La gratuidad de los tratamientos precisa ser acompañada de programas sociales que garanticen que los enfermos tengan condiciones económicas de trasladarse hasta los hospitales además de alimentarse de forma saludable.

En la Provincia de Misiones (Argentina), la tasa de notificación de casos de SIDA (0,77 casos por mil habitantes en el 2003) es aproximadamente dos veces y media superior a la tasa media nacional (0,29). En el 2003, la Provincia de

Misiones se encontraba en segundo lugar entre las provincias con mayor notificación de casos de SIDA. Entre el 2003 y el 2004, se incrementó la notificación en 23% (de 77 casos a 100). (Gráfico A3 – anexo).

Conforme el Boletín sobre VIH/SIDA, Año X, 2003, de 1986 a 2003 fueron notificados 1.607 casos de SIDA en menores de 13 años, en toda la Argentina. En la provincia de Misiones, en el mismo período y para la misma franja de edad, fueron notificados 45 casos. A nivel nacional, para los niños y niñas menores de 13 años, la transmisión vertical representa la vía de contagio en 97,5% de los casos.

En el Brasil, los exámenes de VIH, gratuitos, son realizados en 247 centros de test y consejo y en las unidades básicas del Sistema Único de Salud (SUS) propagados en todos los estados. El Ministerio de Salud garantiza el 100% del tratamiento gratuito para las personas que viven con SIDA. Desde 1996, cuando comenzó la política de distribución gratuita de los anti-retrovirales por la red pública de salud, la tasa de muertes por SIDA disminuyó en un 50% y las internaciones hospitalarias causadas por infecciones oportunistas cayeron de 60 a 80%.

El Brasil también adopta, desde 1997, una política de oferta universal del test anti-VIH para las embarazadas en el pre-natal. La realización del test no es obligatoria, siendo obligatoria la solicitud del consentimiento verbal de la mujer, debiendo el examen ser acompañado del consejo pre y post-test.

Sin embargo, todavía es bajo el testeo de embarazadas en el país. Muchas veces, no existe el examen en la unidad de salud o el profesional no fue entrenado para brindar el servicio. La solución, de acuerdo con especialistas, estaría entonces en la capacitación de personal, inclusive en consejería a la embarazada seropositiva.

En el Brasil, según datos del Ministerio de Salud, se registra actualmente una preocupante tendencia a la feminización de la epidemia de SIDA (la epidemia crece 9 veces más entre mujeres que entre hombres), confirmada por el aumento de números de huérfanos. Las posibilidades de transmisión vertical, en función de eso, son preocupantes.

El Brasil ofrece medicamentos para embarazadas VIH+ para reducir las posibilidades de transmisión vertical. Además de eso, es ofrecido un sustituto de leche materna a los niños y niñas nacidas de madres VIH+, para evitar que la madre amamante a su hijo/a y transmita la enfermedad.

Conforme al Sistema Nacional de Nacidos Vivos y el Sistema de Informaciones de Mortalidad, del Ministerio de Salud, de 1980 a 2004, el Brasil registró 362.364 casos de SIDA, en Paraná 17.903 y en Mato Grosso do Sul 4.187.

De acuerdo con la Coordinación Estadual ETS/SIDA de Paraná, de 1984 a 2003 fueron diagnosticados como portadores de SIDA en el estado 549 niños y niñas y adolescentes de 0 a 14 años, 14,75% de 5 a 9 años y 3,46% de 10 a 14 años. (Cuadro B11 – anexo).

La distribución de casos y el coeficiente de incidencia (100.000 habitantes) en el período 2000-2004 es mayor en la 9ª Regional de Salud, con 432 casos, seguida por la 10ª Regional de Salud, con 314 casos y por la 20ª Regional de Salud, con 102 casos.²⁸ (Cuadro B12 – anexo).

La transmisión vertical fue responsable por el 83,6% de los casos de SIDA en menores de 13 años en Paraná, de 1983 al 2004. Del total de 9.122 casos, 54,5% fueron registrados en niños y niñas de 1 año ó menos. Conforme la Coordinación Estadual ETS/SIDA de Paraná, entre 1975 y 2005, hay registro de 210 diagnósticos de embarazadas con VIH positivo (niños y niñas expuestos/as) en los municipios seleccionados, siendo Foz do Iguaçu el municipio con mayor registro (96 casos) (Cuadro B13 – anexo).

Ya que es una política nacional, es preciso garantizar, en el Brasil, el consejería, el testeo y el tratamiento para todas las embarazadas, niños y niñas de madre VIH+ y adolescentes.

En el Paraguay, los exámenes de VIH/SIDA son realizados gratuitamente por los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través del Programa Nacional de Control del SIDA/ITS así se llama? (PRONASIDA). A partir de diciembre de 2005, con el lanzamiento del Programa Nacional de Prevención de la Transmisión Vertical, el PRONASIDA garantizará el acceso gratuito al test y a la consejería, pre y post test, a 100% de las mujeres embarazadas del país y también a sus parejas.

El Estado Paraguayo, a través del PRONASIDA, asegura el derecho e acceso gratuito al tratamiento anti-retroviral para aquellas personas que padecen de la enfermedad. Gracias a una importante colaboración del Gobierno Brasileño, el Paraguay está recibiendo, a título de donación, medicamentos anti-retrovirales (ARVs), de forma regular, para una buena parte de las personas que lo necesitan en el país.

Las investigaciones sobre VIH/SIDA se iniciaron en el Paraguay a fines de 1985. Desde esa fecha, la epidemia de SIDA se instaló de manera silenciosa y creciente. Como en la Argentina y en el Brasil, crece de forma preocupante la cantidad de mujeres infectadas. En el caso paraguayo, se identifica igualmente que esas mujeres son cada vez más jóvenes y viven en el interior del país.

Según datos de agosto de 2005, del Departamento de Epidemiología de PRONASIDA, el número estimado de niños y niñas huérfanos/as por VIH/SIDA entre 2001 y 2004 sería de 1.306. Los casos en mujeres, que representaban un porcentaje casi inexistente de 1985 a 1990, en los últimos años alcanzan de 35% a 40% de los casos registrados.

Según datos del Programa Nacional de Control de SIDA/ITS (PRONASIDA) del MSP y BS, referente a los departamentos seleccionados, la mayor parte de casos notificados corresponde al Alto Paraná, seguido de Caaguazú y Canindeyú.

Según la misma fuente, entre el 2000 y el 2003, aumentó el número de muertes de menores de 10 años a nivel nacional. En el 2003, murieron de SIDA seis niños y niñas en el país, cifra que se duplica a la de los años 2001 y 2002.

Las acciones posibles para abordar las causas del aumento de SIDA en la frontera ya están siendo enfrentadas por los gobiernos de los tres países, en el ámbito del Mercosur, conforme Box siguiente:

SIDA Y FRONTERA

Los coordinadores de los programas de SIDA del Brasil, Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay aprobaron, en mayo del 2005, en Foz do Iguaçu, un documento proponiendo una política conjunta para el enfrentamiento de la enfermedad en los municipios de frontera. Según ellos, está habiendo un aumento preocupante de las transmisiones del HIV en las regiones limítrofes, donde el aumento de la epidemia habría sido superior al 96% en los últimos años, llegando a una media de 600% en municipios como Cárceres, Uruguiana, Chapecó y Cascavel.

Foz do Iguaçu está apuntado como uno de los municipios con mayor número de casos notificados. Los técnicos explican ese aumento por el libre tránsito de personas, inclusive con la utilización de servicios de salud de países vecinos, el tráfico de drogas, la prostitución y el transporte de cargas. Un dato alarmante: casos de niños y niñas naciendo con VIH por falta de asistencia en el pre natal.

La idea es que los seis países usen la misma metodología para la vigilancia epidemiológica del VIH, la prevención, el tratamiento y la asistencia. El documento fue enviado a la Coordinación de SIDA del MERCOSUR y a los Ministros de Salud de los seis países, para su análisis y aprobación..

El trabajo en conjunto de los tres países es fundamental, pues es significativo el número de mujeres embarazadas que realizan algún examen pre natal en otro país. Es necesario que se den la gratuidad y la universalización del testeo, así como campañas masivas de prevención de la enfermedad.

Una vez más, se torna evidente la importancia de una estructura eficiente de atención pre natal, con instalaciones propias y equipos capacitados para incentivar el testeo y acompañar el tratamiento de la madre VIH-positivo.

La circulación de drogas en la región es otro factor de riesgo. Se torna urgente la realización de estudios, campañas y programas involucrando la cooperación entre los tres países para detener la enfermedad.

Sífilis

Es absolutamente necesario hacer el examen de sífilis en el embarazo y el tratamiento, cuando sea necesario. El examen de sífilis y su tratamiento pueden ser considerados indicadores de la calidad del servicio de salud del país.

En la Provincia de Misiones (Argentina) no existen datos por departamentos ni por municipios. La evolución de los casos de sífilis congénita entre los años 1997 y 2004 evidencia que las tasas de la provincia de Misiones siempre estuvieron por encima de la media nacional. A partir del 2000, la curva

²⁸ 9ª Regional de Salud - 79 casos (20,82) en el 2000, 99 (25,42) en el 2001, 95 (23,93) en el 2002, 70 (17,27) en el 2003 y 79 (19,11) en el 2004.

10ª Regional de Salud - 63 casos (14,41) en el 2000, 77 (17,46) en el 2001, 76 (17,09) en el 2002, 61 (17,09) en el 2003 y 37 (8,19) en el 2004.

20ª Regional de Salud - 19 casos (5,9) en el 2000, 21 (6,52) en el 2001, 22 (6,82) en el 2002, 28 (8,68) en el 2003 y 12 (3,72) en el 2004.

provincial muestra un aumento importante, que se mantiene hasta el 2002. A partir de entonces, la tendencia se revierte para llegar al 2004 con una tasa de 5,07 casos por mil nacidos vivos, que sigue siendo muy alta.

Ocorre lo mismo con la tasa de notificación de sífilis adquirida: para el 2003, la tasa provincial por mil habitantes es de aproximadamente cinco veces mayor que la tasa media nacional (10,81 y 1,96 respectivamente). (Cuadros A11 y A12 – anexos).

En el Brasil, conforme al Programa Nacional ETS/SIDA del Ministerio de Salud, la tasa de incidencia nacional de sífilis congénita, por 1.000 nacidos vivos, fue de 1,5. En Paraná, en el mismo año, fueron realizados 480 registros (1,6) y en Mato Grosso do Sul 24 (0,6).

BRASIL + 6, INICIATIVA PARA EXPANDIR LA ATENCIÓN Y EL APOYO A MUJERES EMBARAZADAS, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LAS ÁREAS DE VIH/SIDA Y SÍFILIS

Em 2004, o governo brasileiro, em parceria com o UNICEF, lançou a "Iniciativa para Expandir a Atenção e o Apoio a Mulheres Grávidas, Crianças e Adolescentes nas áreas de VIH/SIDA e Sífilis".

Através dessa iniciativa, espera-se expandir a disponibilidade e o acesso a serviços de testagem e de aconselhamento em VIH/SIDA e sífilis para adolescentes, mulheres gestantes e seus pares, nos países participantes.

Com isto, garante-se o direito de mulheres grávidas, crianças e adolescentes conhecerem o seu estado de saúde em relação a essas enfermidades, reforçando-se métodos de prevenção e promovendo-se aconselhamento sobre tratamento e transmissão vertical do VIH/SIDA (da mãe para a criança, durante a gestação ou durante o parto).

Em função dessa iniciativa, o governo brasileiro está fornecendo, a título de doação, medicamentos anti-retrovirais (ARVs) a seis países: Bolívia, Paraguai, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Cabo Verde e Timor Leste. Os medicamentos são enviados regularmente aos Programas Nacionais de Aids/ITS destes países, que os utilizam para expandir a atenção em VIH/SIDA e sífilis aos que necessitam, com especial ênfase em mulheres grávidas e adolescentes. Além dos medicamentos, cada Programa Nacional dos países beneficiados pela iniciativa está desenvolvendo campanhas de prevenção da transmissão vertical, campanhas de mobilização e informação, e aumentando a cobertura de tratamento nas áreas de VIH/SIDA e sífilis.

Esta iniciativa está tendo grande êxito nos países que dela participam. No Paraguai, por exemplo, a iniciativa está assegurando ao Programa Nacional de SIDA/ITS (PRONASIDA) o fornecimento de ARVs para 100% das pessoas que necessitam de tratamento. Também graças a esta iniciativa, o PRONASIDA lançará, em dezembro de 2005, um Programa Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical, no qual se assegurará a 100% das mulheres grávidas do país, e a seus pares, acesso gratuito ao teste rápido de VIH/SIDA, assim como a aconselhamento pré- e pós-teste, para que possam conhecer seu estado sorológico. Os testes serão realizados de maneira totalmente voluntária.

Esta iniciativa demonstra o grande potencial de cooperação Sul-Sul entre países em desenvolvimento. É uma prova de que é possível promover a cooperação para o desenvolvimento entre países do hemisfério sul que têm interesses comuns em função da garantia dos direitos dos seres humanos, especialmente das gestantes, crianças e adolescentes.

En el Paraguay, según el registro de consultas de embarazadas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, para el año 2003, en los Departamentos de Canindeyú, Alto Paraná y Caaguazú, los municipios con más casos registrados de sífilis en embarazadas son Hernandarias y

Coronel Oviedo. Llama la atención la ausencia de registro en 9 de 15 municipios estudiados.

En los tres países, es preciso universalizar el testeo en mujeres embarazadas, por medio de programas de pre natal ampliados y perfeccionados. La sífilis congénita además es alta en muchos de los municipios analizados. Ese dato refuerza la recomendación de que las mujeres embarazadas precisen recibir una atención básica de mejor calidad.

Malaria

La región de la Triple Frontera es considerada por el Ministerio de Salud del Brasil como de bajo riesgo en términos de propagación de la malaria.

En la Argentina, según la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Boletines epidemiológicos 2002-2003 y 2004 fueron registrados 29 casos de malaria en Misiones en el 2002. En los años siguientes, no hubo ningún registro de la enfermedad.

En Brasil, el estado de Paraná es considerado área de riesgo bajo para la malaria, o sea, área de malaria inestable. Con el cierre de la represa de Itaipu, en 1982, el área de influencia del lago de Itaipu contribuyó en el aumento de la incidencia del A. darlingi, con la ocurrencia del impulso de la enfermedad en 1989, con 1.067 casos registrados. En 1995 hubo un aumento considerable de la frecuencia, con 84 casos, en el municipio de Santa Terezinha de Itaipu.

Con base en la situación epidemiológica observada en la última década fueron priorizados 11 municipios linderos al lago de Itaipu (Foz do Iguazu, Santa Terezinha do Itaipu, São Miguel do Iguazu, Santa Helena, Missal, Itaipulândia, Entre Ríos do Oeste, Pato Bragado, Marechal Cândido Rondon, Mercedes y Guairá) e Islas del Río Paraná (arriba de Icaraíma), considerados de riesgo medio, donde hubo estructuración adecuada de laboratorios de referencia, diagnóstico y tratamiento²⁹.

En el Paraguay, conforme datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), referentes al 2001, la malaria representa un problema residual, con un número estable de casos en los últimos años. Hasta 90% de esos casos se concentran en ocho municipios de los departamentos de Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú. Sin embargo, el número total de casos no es considerado elevado. Según la OMS, hubo 1.392 casos de malaria en el 2003 en todo el Paraguay.

Por las características de la malaria en la región de la Triple Frontera, es necesario que se mantenga una vigilancia constante en cuanto a la posibilidad de nuevos casos. Si esto sucede, es necesario un rápido diagnóstico y tratamiento, para romper el ciclo de la enfermedad.

²⁹ Conforme el Boletín Epidemiológico de la Salud de Paraná, de la Secretaría de Estado de Salud Año III - Nº 11 - Primavera/2000.

4.8 DERECHO AL NOMBRE Y A LA IDENTIDAD

La Convención sobre los Derechos del Niño determina que niños y niñas serán registrados/as inmediatamente después de su nacimiento y tendrán, desde su nacimiento, derecho a un nombre y a una identidad.

El registro civil y el derecho a un nombre y una identidad antes de un año de vida son fundamentales para que los niños y niñas tengan acceso a los servicios sociales básicos, principalmente los de salud y educación.

Por eso, el registro civil es el primer paso en busca de la ciudadanía y de los derechos de los niños y niñas ante la familia y, sobre todo, en relación al Estado.

Aquellos niños y niñas no registrados/as son invisibles a los ojos del Estado. Además de eso, la toma de decisiones en políticas públicas y la elaboración de presupuestos y programas son hechos a partir del número de niños y niñas registradas.

En la Argentina, la entidad responsable a nivel provincial por el registro y documentación es el Registro Provincial de las Personas, que tiene delegaciones en prácticamente todos los municipios. Conforme la Ley 23.776, modificada por la Ley 25.819, que entró en vigencia a partir del 2004, el registro para obtener el Documento Nacional de Identidad (DNI) es gratuito para niños y niñas de 0 a 10 años.

A partir de esta nueva Ley, en Misiones, los registros mensuales pasaron de 2.500 en el 2003 a 4.000 en el 2004. Actualmente, se realizan en la provincia de 12.000 a 15.000 trámites mensuales de solicitud del DNI. Los pedidos son hechos a mano, pues el sector no está informatizado y no cuenta con un banco de datos. Entre los municipios seleccionados, Eldorado, Puerto Iguazú, Puerto Esperanza, San Vicente y Oberá cuentan con oficinas de registro civil en los hospitales.

No existen datos cuantitativos sobre la cantidad de niños y niñas registrados/as en comparación con la cantidad de nacidos vivos en los municipios seleccionados de la Argentina.

En el Brasil, la Ley nº 9.534, del 10 de diciembre de 1997, asegura que no serán cobrados tarifas por el registro civil de nacimiento y por el asiento de defunción, así como por el

primer certificado respectivo. El art. 236 de la Constitución prevé que en el Brasil los servicios notariales y de registro son ejercidos en carácter privado, por comisarías del Poder Público¹.

A pesar de que el sub-registro esté gradualmente disminuyendo en el Brasil (23,4% en 1993 a 21,6% en el 2003), según datos del IBGE (Estadísticas del Registro Civil, v. 30, 2003), cerca de 850 mil niños y niñas dejaron de ser registrados en el proceso legal en el 2002. En este año, la tasa de subregistro de nacimiento en el Brasil era de 15,3%, en Paraná 7,3%, y en Mato Grosso do Sul 12,9%.

Entre los municipios brasileños seleccionados, dos tenían un porcentaje de cobertura de registro civil menor de 75%: Santa Tereza do Oeste y Matelândia. Es necesario, pues, avanzar en campañas de registro civil en la región, para alcanzar porcentajes próximos a los estaduales.

Varios de los municipios brasileños seleccionados aprovechan el "Día de la Ciudadanía", además de otros proyectos, para esas campañas. En esa ocasión, muchos brasiguayos comparecen, buscando registrar a sus hijos y obtener documentación personal, sin necesidad de pago de traducción (considerado excesivamente oneroso).

Fue creado en el Brasil, en 1999, la Campaña Nacional del Registro Civil, una articulación oficial que involucra a varias instituciones. A través de esta articulación, el Ministerio de Salud ofrece bonos (financieros) para las unidades de asistencia a la salud que estimulan a las familias a registrar a sus hijos antes del alta hospitalaria, además

de incentivar la instalación de puestos de las oficinas del registro civil en las maternidades.

En la región en estudio, sólo el Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), de Foz do Iguazú, emite registros civiles en sus instalaciones, a través del trabajo de la Oficina de Registro Civil del municipio. Este hospital fue creado para atender a los colaboradores de Itaipu en 1979 y hoy atiende a los moradores de Foz de Iguazú y la región.

Es el único de la región que ofrece, desde noviembre de 2004, el servicio de registro civil en el propio lugar. Diariamente, un oficinista hace el HMCC, de las 15 a las 16 horas, para efectuar los registros. Actualmente, cerca de 120



¹ Para obtener el registro civil de un niño o niña, si los padres fueran casados oficialmente, uno de los padres debe comparecer a la oficina para hacer el registro, llevando consigo la declaración de nacido vivo, proveída por el hospital, sus documentos de identificación y certificado de casamiento. Si los padres no fuesen casados oficialmente, los dos deben comparecer en la oficina. Si el niño o niña no nació en maternidad o no posee la declaración de nacido vivo, acompañando al padre o la madre deben ir dos testigos que tengan conocimiento del parto, portando sus documentos civiles.

registros son emitidos en el propio hospital, en un universo de 200 nacimientos mensuales.

A pesar de que los registros son gratuitos, muchos niños y niñas dejan el HMCC sin el documento por dos motivos principales. Primero, porque muchas veces los padres no están en el hospital y las madres no están en posesión de sus documentos para registrar a los niños y niñas. Segundo, porque los niños y niñas que nacen el fin de semana, muchas veces reciben el alta antes de que el oficinista llegue al hospital. El HMCC está negociando, para que también sea disponible un horario por la mañana para la realización de los registros.

La cobertura no es total en función de dos situaciones: (a) niños y niñas que nacen el fin de semana y reciben el alta el lunes por la mañana no tienen acceso al servicio; y (b) cuando el padre no puede estar presente o la madre no está con los documentos personales de ella, la familia opta por registrar al niño o niña en otro momento, caso contrario el niño o niña sería registrado/a sólo en nombre de la madre.

En el Paraguay, todos los municipios seleccionados tienen oficinas de Registro Civil, ligados a la Dirección General del Registro Civil del Ministerio de Justicia y Trabajo³⁶².

A pesar de los esfuerzos realizados en el país para disminuir el sub-registro, el mismo todavía es alto. Según

el Censo Nacional 2002, 91,1% de la población entre 0 y 19 años está inscrita en el Registro Civil.

Esto implica cerca de 500.000 no registrados, la mayoría viviendo en el área rural. Según el estudio "Déficit en el Registro de la Niñez 1992 – 2002", entre los cuatro departamentos con mayor déficit están Alto Paraná (15,9%) y Caaguazú (11,1%); Canindeyú está entre los de menor déficit (4,3%).

Conforme al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, existe una gran variación de porcentajes de registro de nacidos vivos en los 15 municipios del estudio: de 13,4% en Mbaracayú a 67,2% en Coronel Oviedo. Entre los municipios de Alto Paraná, los tres primeros con mejor registro son Juan León Mallorquín con 59,5%; Hernandarias con 58,9% y Ciudad del Este con 57,2%. Saltos del Guairá sólo tiene 36% de nacidos vivos registrados. (Cuadro P6 – anexo).

Entre las causas para el bajo registro civil en algunas de las regiones que forman parte de este estudio, aparece la cuestión de las migraciones. Inversamente, la migración también está ligada a otra característica de la región, que no aparece en los indicadores: el doble o triple registro, estrategia de la población fronteriza, utilizada para garantizar el acceso a los servicios públicos de países vecinos.

En la región en estudio, hay todavía mucho por hacer para garantizar el derecho al registro civil y a la identidad. El ejemplo de la Argentina, donde hay una política de estímulo para la instalación de oficinas en las maternidades y unidades móviles de salud que también realizan el registro civil, debe inspirar a los demás países.

Las movilizaciones que se realizan en Brasil, especialmente los "Días de la Ciudadanía", también pueden ser replicadas, así como la experiencia del Hospital Costa Cavalcanti, en Foz do Iguaçu, que no solo tiene una oficina funcionando en sus instalaciones, sino que también da a los padres una ayuda en los costos del registro.

El no registro está ligado a la pobreza, a la distancia que muchas veces existe entre el hogar de las familias y los centros urbanos y a la desinformación sobre la necesidad del registro y sobre su gratuidad. De ahí la importancia de garantizar que los niños y niñas sean registrados/as gratuitamente antes de salir del hospital, evitando de esta forma la necesidad de retorno de uno de los padres a la sede municipal.



² Para obtener el registro civil de un niño o niña, si los padres son casados, basta que uno de ellos presenten el Certificado de Nacido Vivo expedido por el hospital, la "libreta de familia" del registro civil y las cédulas de identidad de los padres. Si el niño o niña no nació en el hospital, el padre o la madre debe ir hasta el servicio de salud, acompañado de la partera, con dos testigos portando sus documentos de identidad, para solicitar el Certificado de Nacido Vivo y, con este documento, ir al Registro Civil.

4.9 DERECHO A VIVIR EN UN AMBIENTE SALUDABLE

Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio está la garantía de la sustentabilidad ambiental, a partir de la comprensión de que la falta de acceso al agua y saneamiento obstruye los esfuerzos para reducir la pobreza en países en desarrollo.

También la Convención sobre los Derechos del Niño determina que los Estados deben asegurar la prestación de asistencia médica y cuidados sanitarios (incluyendo agua potable) necesarios a todos los niños y niñas, dando énfasis a los cuidados básicos de salud para combatir las enfermedades y la desnutrición.

Vivir en un ambiente saludable, con agua potable, recolección de basura y redes cloacales, es fundamental para que niños y niñas y adolescentes tengan garantizado su derecho a la salud y al bienestar.

Vivir en casas que disponen de esos servicios significa la protección de niños y niñas y adolescentes contra enfermedades infecciosas y parasitarias, particularmente las de origen diarreico, y la garantía de un crecimiento saludable.

En Misiones, 32% de la población obtiene agua fuera de la casa y 11% lo hace fuera del terreno donde vive. Con valores mayores que estos están los departamentos de San Pedro (60% y 10%), Guaraní (60% y 13%) y General Manuel Belgrano (49% y 12%). Esto significa un número preocupante de niños, niñas y adolescentes expuestos/as a enfermedades.

En lo que se refiere a la procedencia del agua, 21% de la población de la provincia de Misiones la obtienen de pozos sin bomba y 6,4% de ríos, canales o arroyos, situación más desfavorecida en los departamentos de Guaraní (43% y 21%), San Pedro (41% y 17%) y General Manuel Belgrano (39% y 15%). (Cuadro A13 – anexo).

En la Provincia de Misiones, 83% de los hogares no

poseen red de cloaca. De los departamentos estudiados, Iguazú es el único que tiene indicadores más altos del que el provincial. Éste es el más grave indicador de violación de los derechos de los niños y niñas a una vida saludable.

La energía eléctrica es uno de los servicios con mayor acceso. Solo el 10% del total de hogares de la provincia no posee energía eléctrica de red. Si observamos los porcentajes por departamento, los hogares que no disponen de electricidad de red se concentran en Guaraní (62%), General Manuel Belgrano (60%) y San Pedro (59%).

En el Brasil, conforme el Censo 2000, de los 32 municipios seleccionados, sólo Foz do Iguaçu tiene más de 50% de los domicilios particulares con fosa séptica o conectados a la red general de cloacas. En el Brasil, este indicador es de 62%, en Paraná 53% y en Mato Grosso do Sul 18,4%.

Entre los municipios seleccionados, tenemos seis con indicadores de 30% a 54%, nueve en la franja de 20% a 30%, cuatro entre 10% y 20% y trece con menos de 5%.

Esto significa que, en la región estudiada, de 50% a casi 100% de los hogares no tienen fosa séptica ni están conectados a la red general de cloacas, dato que representa una grave violación a los derechos de los niños y niñas que allí viven.

En el Brasil, el porcentaje de hogares sin conexión a la red general de abastecimiento de agua es de 23%, en Paraná 17% y en Mato Grosso do Sul 22%. Entre los municipios seleccionados, este valor varía de 50,6% a 5%.

El porcentaje de hogares sin acceso a la red de agua es de menos de 10% en tres municipios, entre 10% y 20% en diez municipios, de 20% a 30% en ocho municipios, de 30% a 40% en cinco y de 40% a 50% en tres municipios. Solo uno de los municipios seleccionados tiene más de 50% de los hogares sin acceso a la red general de abastecimiento de agua.

ARGENTINA - Hogares por ausencia de servicios en los departamentos seleccionados. Totales y Porcentajes. INDEC 2001.

Departamento	Hogares (1)	Presencia de servicio en el segmento							
		Desague en Red (cloaca)	Agua de Red	Energía eléctrica de Red	Iluminación Pública	Pavimentación	Recolección de basura	Transporte Público	Teléfono Público
		% que no posee	% que no posee	% que no posee	% que no posee	% que no posee	% que no posee	% que no posee	% que no posee
Total Provincia	234.243	83	26	10	38	58	31	26	53
Eldorado	16.551	93	16	5	17	54	29	20	49
Gral. M. Belgrano	7.750	92	60	30	58	86	56	52	86
Guaraní	12.933	99	62	35	69	76	70	51	83
Iguazú	15.353	83	12	6	18	58	14	19	57
Oberá	23.416	75	33	10	35	64	34	25	58
San Pedro	5.202	100	59	49	63	91	66	75	84

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo 2001. INDEC. Incluye Municipios que no forman parte del área de estudio y que poseen mayores índices.

¹ Conforme entrevista con Gloria Báez, responsable pelo Programa Provincial de Violência Familiar e de Género, ligado à Subsecretaría de la Mujer y la Familia del Ministerio de Bienestar Social, la Mujer y la Juventud da Provincia de Misiones, em julho de 2005.

² Conforme o art. 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente, o Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.

BRASIL - Acceso a Servicios Básicos

MUNICIPIO	Domicilios particulares permanentes (100%)	Com fossa séptica ou ligados a rede geral de esgoto	Ligados a rede geral de abastecimento de água	Com acceso ao serviço de coleta de lixo	Com energia elétrica
Assis Chateaubriand	9.880	2.794 (28,3%)	7.885 (79,8%)	7.118 (72%)	99,4
Cascavel	67.257	30.847 (45,9%)	59.279 (88,1%)	62.367 (92,7%)	99,4
Céu Azul	2.897	671 (23,2%)	2.140 (73,9%)	2.051 (70,8%)	99,7
Diamante d'Oeste	1.250	6 (0,5%)	874 (69,9%)	619 (49,6%)	96,5
Entre Rios do Oeste	943	238 (25,2%)	897 (95,1%)	597 (63,3%)	99,9
Foz do Iguaçu	69.911	37.936 (54,4%)	66.399 (95 %)	67.898 (97%)	99,5
Guairá	8.045	3.820 (47,5%)	6.832 (84,9%)	6.384 (79,4%)	98,9
Itaipulândia	1.760	17 (1%)	1.659 (94,3%)	1.304 (74,1%)	98,8
Marechal Cândido Rondon	11.983	2.734 (22,8%)	10.136 (84,62)	9.220 (76,9%)	99,4
Maripá	1.711	280 (16,4%)	986 (57,6%)	1.005 (58,7%)	99,7
Matelândia	3.861	617 (16%)	2.892 (74,9%)	2.749 (71,2%)	98,9
Medianeira	10.606	2.948 (27,8%)	9.348 (88,1%)	9.329 (88%)	99,8
Mercedes	1.291	43 (3,3%)	784 (60,7%)	481 (37,3%)	99,9
Missal	2.896	41 (1,4%)	2.351 (81,2%)	1.702 (58,8%)	99,2
Mundo Novo (MS)	4.330	36 (0,8%)	3.771 (87,1%)	3.403 (78,6%)	98,1
Nova Santa Rosa	2.069	43 (2,1%)	1.235 (59,7%)	1.158 (56%)	99,7
Ouro Verde do Oeste	1.492	15 (1%)	989 (66,3%)	905 (60,7%)	99,2
Palotina	7.224	1.249 (17,3 %)	5.927 (82%)	5.800 (80,3%)	99,4
Pato Bragado	1.160	232 (20%)	1.017 (87,7%)	744 (64,1%)	99,9
Quatro Pontes	1.076	131 (12,2%)	717 (66,6%)	577 (53,6%)	99,8
Ramilândia	856	105 (12,3%)	513 (59,9%)	449 (52,5%)	91,1
Santa Helena	5.571	1.986 (35,6%)	5.174 (92,9%)	3.720 (66,8%)	99,6
Santa Tereza do Oeste	2.713	50 (1,8%)	1.947 (71,8%)	1.999 (73,7%)	98,2
Santa. Terezinha de Itaipu	4.904	224 (4,6%)	4.242 (86,5%)	4.375 (89,2%)	99
São Jose das Palmeiras	1.096	195 (17,8%)	705 (64,3%)	640 (58,4%)	97,6
São Miguel do Iguaçu	6.418	2.971 (46,3%)	4.868 (75,8%)	4.314 (67,2%)	96,7
São Pedro do Iguaçu	1.927	8 (0,4%)	1.146 (59,5%)	947 (49,1%)	96,4
Serranópolis do Iguaçu	1.292	8 (0,6%)	638 (49,4%)	911 (70,5%)	99,2
Terra Roxa	4.693	78 (1,7%)	3.384 (72,1%)	3.361 (71,6%)	99,3
Toledo	27.909	10.337 (37%)	24.401 (87,4%)	23.606 (84,6%)	99,8
Tupãssi	2.359	5 (0,2%)	1.808 (76,6%)	1.653 (70,1%)	99,5
Vera Cruz do Oeste	2.654	531 (20%)	1.883 (70,9%)	1.838 (69,3%)	98,9

Fuente: Censo 2000/IBGE y Atlas de Desarrollo Humano/Brasil (2000).

Los hogares urbanos sin servicio de recolección de basura son 21% en el Brasil, 17% en Paraná y 20% en Mato Grosso do Sul. Entre los municipios de este estudio, los indicadores de hogares sin recolección de basura varían de 3% a 62,7%.

Conforme el Atlas de Desarrollo Humano Brasil 2000, el servicio de energía eléctrica beneficia a más del 99% de los hogares en 23 de los municipios seleccionados, siendo que la menor cobertura es de 91,10.

En el Paraguay, según datos del Censo Nacional de Población y Viviendas 2002, no tienen acceso a la eliminación de desechos por red pública o fosa séptica 39% de los hogares de Alto Paraná, 69% de Caaguazú y 70% de Canindeyú. Estos indicadores son preocupantes y apuntan a una violación de los derechos de niños y niñas a una vida saludable.

Del total de hogares de los 15 municipios seleccionados, 67% no tienen acceso a la red de cloacas. De este total, 29% corresponden a Ciudad del Este y 74% a Coronel Oviedo. De los municipios restantes seleccionados, 33% no tienen eliminación domiciliar de desechos.

De los departamentos seleccionados, no tienen acceso al agua potable (red

pública) 76% de los hogares de Alto Paraná, 69% de Caaguazú y 75% de Canindeyú. En los municipios seleccionados, no tienen acceso al agua potable 70% de los hogares, con variaciones de 96% de los hogares sin agua potable en Mbaracayú, 91% en Minga Guazú, 61% en Caaguazú y 55% en Santa Rita.

En los municipios seleccionados, 68,2% no tienen acceso a la recolección de basura, con variaciones del 100% en Mbaracayú a 48% en Ciudad del Este.

Tienen acceso al servicio de energía eléctrica 93,5% de los domicilios de los 15 municipios.

En gran número de los municipios estudiados, el derecho a la sobrevivencia del niño y niña, en lo que se refiere a este tema, está siendo violado. Cerca del 90% de los hogares de los departamentos argentinos seleccionados están sin acceso a la red pública³. En el Brasil y en el Paraguay, los datos son relativos al acceso a la red pública de desagüe cloacal o cámara séptica, siendo que más del 50% de los hogares de los municipios brasileños seleccionados y 67% de los municipios paraguayos seleccionados no cuentan con estos servicios.

No poseen agua corriente en red de 12% a 62% de los hogares argentinos de los departamentos seleccionados, de 5% a 70% de los hogares de los municipios brasileños

seleccionados y 34% de los domiciliados paraguayos seleccionados.

En los departamentos argentinos seleccionados, cerca de 40% de los niños y niñas viven sin luz eléctrica. En los municipios brasileños seleccionados, 9% de los hogares no tienen luz eléctrica, mientras que en los municipios paraguayos seleccionados esta cifra es de 7%.

No existe recolección de basura en 34% a 86% de los hogares de los departamentos argentinos seleccionados, 10% a 63% de los municipios brasileños seleccionados y 68,2% de los municipios paraguayos seleccionados.

Hay en la región en estudio, en los tres países, una proporción considerable de niños y niñas viviendo en hogares sin saneamiento y sin agua potable, lo que representa una grave amenaza a su salud y a su bienestar.

Las causas para esa situación están vinculadas sobre todo a la ausencia de prioridad que los gobiernos otorgan al área de saneamiento básico. El saneamiento básico y la salud están íntimamente ligados y son necesarias políticas efectivas para el sector.

Es preciso que los gobiernos de los tres países garanticen los recursos financieros y presupuestarios, así como la decisión política, para resolver el problema del saneamiento básico en la región.

Paraguay Agua potable, saneamiento básico y energía eléctrica, por Municipios 2002

MUNICIPIOS	Total domicilios	Com rede pública ou cloaca	% de domicilios conectados à rede pública ou cloaca	Fossa séptica	% de domicilios com fossa séptica	% de domicilios conectados à rede pública e fossa séptica	Acesso à água potável ESSAP / SENASA	% de domicilios conectados à água de rede	Poço com bomba	% de domicilios com poço com bomba	Coleta de lixo	% de domicilios com coleta de lixo	Acesso à luz elétrica	% de domicilios com luz elétrica
PARAGUAI	1.098.005	103.565	9	588.003	54	63	578639	53	161714	15	369231	34	978766	89
ALTO PARANÁ	119.227	3.598	3	72.172	61	64	28168	24	51903	44	40468	34	109926	92
Ciudad del Este	47.536	3.456	7	34.516	73	80	12.751	27	23.504	49	24.828	52	46.447	98
Presidente Franco	10.939	105	1	7.908	72	73	3.256	30	4.496	41	4.572	42	10.554	96
Dr. Juan Leon Mallorquin	3.194	0	0	970	30	30	813	25	550	17	80	3	2.891	91
Hernandarias	13.429	37	0	8.371	62	63	4.147	31	5.343	40	4.885	36	12.547	93
Juan E. O'Leary	3.131	0	0	736	24	24	460	15	720	23	251	8	2.743	88
Yguazú	1.874	0	0	844	45	45	535	29	648	35	70	4	1.572	84
Minga Guazú	10.121	0	0	5.145	51	51	915	9	5.049	50	1.805	18	9.514	94
Santa Rita	4.085	0	0	3.356	82	82	1.833	45	1.696	42	1.918	47	3.835	94
Santa Rosa del Monday	2.526	0	0	1.483	59	59	604	24	1.132	45	338	13	2.265	90
Minga Pora	2.423	0	0	955	39	39	264	11	1.220	50	32	1	2.093	86
Mbaracayú (Puerto Indio)	1.899	0	0	826	43	43	82	4	1.018	54	5	0	1.509	79
CAAGUAZÚ	86.296	1.290	1	26.821	31	33	26.478	31	14.020	16	8.377	10	72.864	84
Coronel Oviedo	17.831	1.269	7	8.604	48	55	6.619	37	2.914	16	3.584	20	16.736	94
Caaguazú	19.872	21	0	8.047	40	41	9.691	49	2.687	14	3.486	18	17.955	90
Repatriación	5.271	0	0	1.140	22	22	1.523	29	721	14	54	1	4.381	83
CANINDEYU	29.396	0	0	8.823	30	30	7.260	25	6.892	23	3.154	11	19.801	67
Salto del Guairá	2.743	0	0	1.705	62	62	1.160	42	718	26	750	27	2.264	83

Fuente: Censo Nacional de Población 2002.

³ No fue posible construir los datos del lado argentino "del acceso a la red pública o cámara séptica", pues los indicadores utilizados en el Censo son "inodoro con descarga de agua y desagüe a la red pública" e "inodoro con descarga de agua y desagüe en cámara séptica y pozo ciego".



5

EL DERECHO A LA EDUCACIÓN Y AL ESPARECIMIENTO

5.1 ABANDONO ESCOLAR: UN DESAFÍO

Alcanzar la enseñanza básica universal es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que recomienda que, hasta 2015, todos los niños y niñas terminen un ciclo completo de enseñanza básica.

La Convención sobre los Derechos del Niño también garantiza a todo niño y niña el derecho a la educación, orientada en el sentido de desarrollar la personalidad, las aptitudes, las habilidades y la capacidad mental y física del niño y niña en todo su potencial.

Es fundamental que se garantice la educación plena y de calidad para todos los niños, niñas y los adolescentes de la Triple Frontera. La educación es un factor clave para el desarrollo socio-económico de una sociedad, para formar ciudadanos y estimular habilidades y competencias para el futuro.

El Sistema Educativo de Misiones, provincia argentina seleccionada para este trabajo, está compuesto por 1.363 establecimientos, de los cuales aproximadamente 25% están localizados en el área de estudio, donde hay una fuerte concentración de matrícula en los departamentos con mayor densidad demográfica: Oberá, Eldorado e Iguazú.

(Gráfico A4 – anexo).

El porcentaje de niños y niñas de 3 a 4 años que asisten a jardines de infantes, centros infantiles y guarderías es de 10%. El porcentaje de niños y niñas del grupo de edad de 5 años que asiste a la escuela es de 50%⁴; en el grupo de edad de 6 a 11 años, ese porcentaje es superior a 90%.

En los grupos de edades siguientes, hay una disminución en la asistencia a la escuela, siendo especialmente preocupante el grupo de 15 a 17 años en los departamentos con mayor proporción de población rural (Gráfico A5 – anexo).

Las cifras de repitencia, que varían de 13,6% a 16,7%, son altas en relación a la media nacional, principalmente en los departamentos con alta proporción de población rural: Guaraní, General Manuel Belgrano y San Pedro. (Gráfico A6 – anexo).

Los casos más graves de abandono escolar se dan en los departamentos Guaraní, San Pedro y General Manuel Belgrano, entre 9% y 20% de abandono inter-anual medio para la Educación General Básica 1 y 2 (Gráfico A7 – anexo).

Es necesario investigar si el abandono escolar y la repitencia están ligados a la falta de adecuación del sistema educativo a las realidades locales. En las áreas rurales son comunes las aulas donde varios niveles de enseñanza funcionan en una misma sala, con un solo docente, y donde los recursos materiales y humanos acostumbran a ser escasos e irregulares.

En los municipios brasileños seleccionados, conforme el Censo Escolar 2004, realizado por el Instituto Nacional de Estudios e Investigaciones Educativas Anísio Teixeira (INEP), del Ministerio de Educación, existen 690

establecimientos de Educación Infantil, existiendo 179 Guarderías (117 municipales y 52 particulares) y 511 Pre-escolares (391 municipales y 120 particulares). No poseen guarderías los municipios paranaenses de Mercedes, Quatro Pontes, Santa Tereza do Oeste, Ramilândia y Serranópolis.

La Enseñanza Fundamental es ofrecida en 511 escuelas, siendo 175 estatales, 298 municipales y 78 particulares. La Enseñanza Media es ofrecida en 173 escuelas, siendo 130 estatales, 42 particulares y 1 federal.

Existen, además, en los municipios brasileños seleccionados, 132 escuelas de Educación Especial (101 municipales, 30 particulares y 1 estatal) y 18 escuelas de Educación Profesional (10 estatales, 7 particulares y 1 federal). La Enseñanza Profesional es ofrecida en nueve municipios: Assis Chateaubriand, Cascavel, Foz do Iguaçu, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Medianeira, Palotina, Santa Terezinha de Itaipu y Toledo.

Del total de 32 municipios seleccionados, 24 disponen de escuelas de Enseñanza Secundaria, en un total de 112 escuelas.

El Censo Escolar 2004 contabilizó 8.548 niños y niñas matriculados/as en guarderías, 29.964 en pre-escolar, 178.748 en enseñanza fundamental y 51.960 en enseñanza media, además de 5.476 matrículas de educación especial.

(Cuadros B15 y B16 – anexos).

En lo que se refiere a Tasas de Rendimiento, el INEP tiene datos del Censo Escolar de 2002, que indican que en la Enseñanza Fundamental, de la 1ª a la 4ª serie, el abandono es pequeño en la mayor parte de los municipios seleccionados, aunque preocupa el indicador de 9,1% en Ramilândia, 7,8% en Guairá, 5,4% en Mundo Novo, 4,5% en Foz do Iguaçu y en Diamante d'Oeste, y 4,2% en Vera Cruz do Oeste.

De la 5ª a la 8ª serie de la Enseñanza Fundamental la evasión aumenta: 11 municipios tienen tasa de abandono mayor al 5%, especialmente Mundo Novo (13,7%), Foz do Iguaçu (11,4%), Diamante do Oeste (11%), Itaipulândia (9,8%) y Matelândia (9,5%).

Las tasas de abandono son mayores en la Enseñanza Media. De los 32 municipios seleccionados; 21 tienen una tasa de abandono mayor que 15%. Los peores indicadores están en Terra Roxa (40,5%), Itaipulândia (34,8%), Ramilândia (27%) Santa Terezinha de Itaipu (24,4%), Foz do Iguaçu (24,1%), Mundo Novo (22,6%), São José das Palmeiras (21,5%), São Pedro do Iguaçu (20,2%) y Pato Bragado (19,4%).

En términos de tasas de reprobación, preocupan las tasas de reprobación de la 1ª a la 4ª serie de la Enseñanza Fundamental, que es mayor de 10% en 18 municipios, siendo que en cuatro de ellos esta tasa es igual o mayor que 15%: Ramilândia (23,1%), São Pedro do Iguaçu (18,7%), Itaipulândia (17%) y São José das Palmeiras (15%).

En la Enseñanza Fundamental, 12 municipios tienen

⁴ Esta información precisa ser relativizada, una vez que la escolarización obligatoria para el nivel pre-escolar corresponde a la edad de 5 años y 7 meses hasta 6 años y 5 meses. La forma como se construyó el indicador de edad y la fecha de la investigación inciden en el resultado del indicador.

⁵ Para reducir esos números, el Estado, el Poder Judicial y el Ministerio Público Estatal firmaron en noviembre de 2005 un convenio que pretende identificar a los alumnos con dificultades de frecuencia escolar para tentar la re-inscripción. El proyecto, que se llama Programa de Movilización para la Inclusión Escolar, pretende concientizar a los padres y a los alumnos de la importancia de la escuela.

más de 10% de reprobación en la 5ª y la 8ª serie, siendo los peores indicadores los de Itaipulândia (23,5%), Mundo Novo (21,9%), Serranópolis do Iguaçu (19,5%), Matelândia (15,3%), Ramilândia (14%) y Medianeira (13%).

En la Enseñanza Media, 21 municipios tienen indicadores mayores que 5%, siendo las situaciones más preocupantes aquellas verificadas en São Miguel do Iguaçu (19,2%), Mundo Novo (14,1%), Itaipulândia (11,1%), Toledo (10,9%), y Pato Bragado y Palotina (ambos con 10,11%).

A pesar de que no tenemos datos recientes de repitencia, desfasaje de edad/serie ni la estimativa de niños y niñas fuera de la enseñanza fundamental y medio⁶, el Informe de Desarrollo Humano Brasil 2000 apunta a una frecuencia a la escuela, en todas las franjas de edad, mayor que la nacional.

(Cuadro B17 – anexo).

En todo el estado de Paraná, conforme datos del Ministerio Público Estadual, 64 mil niños y niñas entre 7 y 14 años de edad están fuera de la escuela. En la enseñanza fundamental, el índice de deserción llega a 15%, porcentual que sube a 30% en la enseñanza media⁴⁰⁶.

Los datos del Censo Escolar 2002 apuntan a problemas de abandono escolar (más de 15%) en la enseñanza media en 65% de los municipios brasileños seleccionados. En función de esta realidad, los municipios de la región demandan políticas específicas para mantener a los niños y niñas en la escuela. Es preciso, igualmente, identificar cuáles son las causas de abandono, para una mejor planificación de las políticas públicas.

Las tasas de reprobación de la 1ª a la 4ª serie de la Enseñanza Fundamental indican la necesidad de una mayor inversión en estas series y de estudios causales que identifiquen cuáles son las principales dificultades de los niños y niñas. Una de las líneas a ser investigada puede ser la dificultad de aprendizaje en niños y niñas cuyas familias son migrantes.

Se verificó una demanda muy importante, en la región estudiada, por cursos de capacitación laboral de los adolescentes. A pesar de que ya existen diversos cursos en convenio con el Servicio Nacional de Comercio (SENAC), la reivindicación es por cursos de profesionalización para 2º grado (escuela secundaria), que permitan al adolescente salir de la enseñanza media capacitado para el mercado laboral.

En las ciudades más pobladas, se verifica una preocupación por la calidad de la enseñanza y por la violencia

en las escuelas, donde muchas veces el adolescente acaba entrando en contacto con las drogas y redes de explotación sexual comercial.

Finalmente, se identifica el problema de la falta de continuidad de las políticas públicas cuando se dan cambios de gobierno (en los tres ámbitos) y la necesidad de trabajo en red entre la administración pública y las entidades que brindan atención a niños, niña y adolescentes.

En el Paraguay, según el Atlas de Desarrollo Humano Paraguay 2005, en los 15 municipios seleccionados existen 222 establecimientos de Educación Pre-escolar, 964 escuelas del Nivel Escolar Básico y 222 de la Escuela Media. En esos establecimientos, están matriculados 16.669 niños y niñas en la Educación Inicial, 179.546 niños y niñas en la Educación Escolar Básica y 23.251 adolescentes en la Educación Media

(Cuadro P7 – anexo).

Según el Censo de 2002, 21,5% de la población del Alto Paraná, 24% de Caaguazú y 27,8% de Canindeyú tienen menos de cuatro años de estudio, con diferencias municipales que van de 17% en Ciudad del Este a 30% en Minga Porã y 33% en Mbaracayú, con una media de 23% para los demás municipios.

En los municipios estudiados, la media de población con 9 años de estudio es de 50%. La media de analfabetismo es de 10% con variaciones de 5,5% para Coronel Oviedo hasta 18% para Minga Porã y Mbaracayú. (Cuadro P8 – anexo).

Según el Atlas de Desarrollo Humano Paraguay 2005, en los 15 municipios existen 44.490 personas con Necesidades Básicas Insatisfechas en Educación, con variaciones que van de 914 para Santa Rosa del Monday a 11.444 en Ciudad del Este. (Cuadro P9 – anexo).

(Cuadro P9 – anexo).

La situación de la educación en los tres países tiene particularidades. En la Argentina, hay una preocupación por el acceso a la escuela de niños y niñas que viven zonas rurales y la calidad de la educación en general. El número de repitentes y de abandono escolar también es considerado alto. Existe aún la necesidad de inclusión de niños y niñas menores de 5 años en el sistema escolar.

En el Brasil, los indicadores apuntan a problemas de evasión escolar, principalmente en la Enseñanza Media y repitentes en las primeras series de la Enseñanza Fundamental. Hay, además de eso, una demanda de la población local por una mayor inclusión de niños y niñas menores de 5 años en



⁶ Estudiantes matriculados en la red estadual de enseñanza que dejaron de asistir por cinco días consecutivos o siete alternados en un mes, tendrán los padres convocados para explicar las ausencias. En caso de que esa etapa no de resultados y el alumno continúa con la falta, la dirección de la escuela deberá comunicar al Consejo Tutelar, que tendrá diez días para resolver el problema, pudiendo hasta adoptar medidas administrativas y judiciales contra los padres.

el sistema escolar y de cursos de capacitación y opciones de esparcimiento para adolescentes.

El Paraguay se preocupa por el bajo porcentaje de adolescentes con acceso a la educación y altas tasas de analfabetismo.

Se puede afirmar que uno de los déficits educativos en la región se concentra en la franja de edad de 0 a 5 años, o sea, en la oferta de centros de educación infantil. Es necesario avanzar mucho en esta área, ya que el desarrollo del niño y niña en esta franja de edad, en centros de educación infantil, es una gran inversión en la socialización de los niños y niñas y un apoyo fundamental para su desarrollo escolar.

Los niños/as con acceso a la educación infantil abandonan menos de la escuela y repiten menos las series escolares, además de contribuir para romper el ciclo de pobreza de una nación.

Otro déficit apuntado fue el de la repitencia o abandono escolar. Son necesarios programas y estrategias para mantener a esos niños y niñas en la escuela.

En la Argentina, la situación educativa de los municipios seleccionados está debajo de la media nacional. En el Brasil, en la mayoría de los indicadores, los municipios seleccionados están por arriba de la media nacional. En el Paraguay, a pesar de que estén siendo enfrentados los problemas de baja cobertura de la Escuela Básica y las altas tasas de analfabetismo, aún es preocupante la calidad de la enseñanza y la inequidad observada en la política educativa en lo que se refiere al sexo, área de residencia, idioma hablado en el hogar y el nivel socio-económico.

Es preciso investigar a fondo las causas de esos déficit. En lo que se refiere a la oferta de la educación infantil, los sistemas educativos de los tres países (ver Box siguiente) tratan diferente esta cuestión. Mientras que en la Argentina hay un nivel pre-escolar obligatorio, que abarca a niños y niñas de 5 a 6 años, en el Brasil y en Paraguay es obligatorio sólo la enseñanza fundamental / educación básica, a partir de los 6 años.

Uno de los grandes impedimentos para la ampliación de la oferta de educación infantil es la contraparte que el Estado deberá garantizar en sus presupuestos para la oferta de este servicio.

Además de eso, es preciso calificar las competencias de la familia para la atención de niños y niñas de hasta 6 años de edad. No se trata de una sustitución de la educación infantil, sino de un proceso fundamental de fortalecimiento de las unidades familiares en beneficio de los niños y niñas.

En relación al problema de repitencia o abandono, especialmente a partir de la adolescencia, es necesario verificar si ese fenómeno tiene que ver con el trabajo infantil y encontrar formas de revertir ese cuadro, con alternativas como el programa brasileño Bolsa Familia, que transfiere un ingreso mensual a las familias en situación de vulnerabilidad. Para que la familia pueda continuar en el programa, sus hijos/as deben asistir a la escuela regularmente y dicha asistencia es verificada por el programa.

SISTEMAS EDUCATIVOS

ARGENTINA

El sistema educativo público está compuesto por:

- (a) Un nivel pre-escolar que abarca niños y niñas de 5 a 6 años de edad, de asistencia obligatoria.
- (b) Una Educación General Básica (EGB 1, 2 y 3) que forma el Nivel Básico (del primero al noveno grado), siendo obligatorio, gratuito y laico. Abarca los niños y niñas de 6 a 14 años de edad.
- (c) Un nivel secundario o Polimodal que ofrece diferentes orientaciones: humanísticas, ciencias sociales, biológicas, etc. Abarca principalmente a los adolescentes de 15 a 18 años de edad.
- (d) Un nivel formal de educación de oficios.
- (e) Un nivel terciario que incluye especializaciones técnicas y un nivel universitario que ofrece carreras de graduación y post-graduación

BRASIL

La educación está compuesta por la educación básica y la educación superior.

La educación básica está dividida en tres niveles: educación infantil (pre-escolar), enseñanza fundamental (que comprende de la 1ª a la 8ª serie) y enseñanza media.

La Ley de Directrices y Bases de la Educación establece la obligatoriedad y gratuidad de la enseñanza fundamental, con duración de nueve años, para todos los niños y niñas desde los 6 a los 14 años, inclusive para quien no tiene acceso por edad inapropiada.

La Constitución Federal de 1988 introdujo diversos cambios legales, confirmando mayor autonomía y descentralización a la enseñanza. De entre esas, fue establecida una ampliación de repase de recursos de la unión para estados y municipios.

En lo que se refiere al financiamiento de la enseñanza, la Constitución determina que el gobierno federal debe aplicar, en lo mínimo, 18% de sus reservas de impuestos y transferencias, con la manutención y el desarrollo de la educación como un todo, mientras que los gobiernos estatales y municipales se obligan a aplicar al menos 25%.

PARAGUAY

Según la Constitución Nacional, en el Paraguay la Educación Escolar Básica es gratuita y obligatoria. El sistema educativo está dividido en tres niveles de enseñanza. En el primer nivel se incluyen la Educación Inicial (EI) y la Escolar Básica (EEB). En el segundo nivel se incluye la Educación Escolar Media (EEM) y en el tercer nivel la Educación Superior.

La Educación Inicial abarca de 0 a 5 años (0-3 años, maternal; 4 años, jardín; y 5 años, pre-escolar).

La Educación Escolar Básica atiende a niños y niñas de 6 a 14 años e incluye tres ciclos: 1º ciclo, del primero al tercer grado; 2º ciclo, del cuarto al sexto grado; y 3º ciclo, del séptimo al noveno grado.

La Educación Escolar Media abarca tres años (del primero al tercer año). La Educación Superior incluye la universitaria y la no universitaria

Es preocupante la situación del adolescente, que necesita tener garantizado su derecho a una educación de calidad, con cursos de capacitación que aseguren su inserción en el mercado laboral. De la misma forma, es preciso ofrecer al adolescente alternativas saludables de esparcimiento, con énfasis en actividades deportivas y culturales.

Todos los esfuerzos deben ser hechos por los gobernantes y por la sociedad civil de los tres países para garantizar la educación universal y obligatoria, de calidad, para todos los niños y niñas de la Triple Frontera.

5.2 TRABAJO INFANTIL Y EDUCACIÓN

El trabajo infantil es aquel realizado por niños, niñas y adolescentes con edad menor de la autorizada por la legislación de los países donde viven para entrar en el mercado laboral. En este proceso, niños, niñas y adolescentes acaban abandonando la escuela o siendo reprobados sistemáticamente.

La principal causa que lleva a los niños, niñas y adolescentes a trabajar es la pobreza. Como integrantes de familias empobrecidas, son forzados a asumir responsabilidades de trabajo dentro de sus propias casas o en las calles, donde buscan complementar el ingreso familiar.

Otros factores que influyen fuertemente el trabajo precoz son los valores culturales asociados al mismo y la percepción de las familias en relación a la importancia de la escuela.

La Convención sobre los Derechos del Niño determina que los Estados Parte deben reconocer el derecho de los niños y niñas de estar protegidos/as contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o interferir en su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

La Organización Internacional del Trabajo, en su Convención 138, ratificada por la Argentina, el Brasil y el Paraguay, establece una edad mínima para el trabajo, a ser incorporada la normativa interna de cada país.

La Argentina, por medio de la Ley N° 20.744 (Contrato Laboral), establece que a partir de los quince años, con la autorización correspondiente de los padres, hombres y mujeres son considerados aptos para trabajar. En el Brasil, conforme la Constitución, está prohibido el trabajo para menores de 16 años, salvo en la condición de aprendiz a partir de los 14 años. En el Paraguay, el trabajo está permitido a partir de los 14 años, con jornada máxima de 4 horas, hasta los 16 años. De 16 a 18 años, la jornada máxima es de 6 horas.

Los tres países también firmaron la Convención 182 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre la Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil y acción Inmediata para su Eliminación.

Entre las peores formas de trabajo previstas en la Convención 182 están la esclavitud y prácticas análogas a la esclavitud (como la venta y tráfico de niños y niñas, el servicio por deuda y el trabajo forzado), la explotación sexual comercial, el uso de niños y niñas en el tráfico de estupefacientes y otras tareas insalubres y peligrosas, que comprometan su integridad física, moral y psico-social.

El trabajo infantil es una realidad en los tres países. En la Argentina, principalmente en la Provincia de Misiones, aparece ligado sobretudo a actividades agrícolas y agroforestales, a pesar de que también es común en las ciudades.

En el Brasil, el Programa de Erradicación del Trabajo Infantil (PETI) aparece como un diferencial importante, que continua siendo necesario en la región en estudio. En el Paraguay, hay preocupación con la cuestión cultural, que naturaliza la inserción precoz del niño y niña en el mercado de trabajo. Brasil y Paraguay tienen en el Puente de la Amistad un gran desafío, dada la atracción que ejerce sobre los niños, niñas y adolescentes la posibilidad de trabajar en el país vecino y de generar ingresos. Estos niños, niñas y adolescentes son cooptados para todo tipo de trabajo.

En la Provincia de Misiones (Argentina), niños, niñas y adolescentes trabajan en las unidades agrícolas familiares, donde se privilegia la producción en detrimento de la educación, de la salud o de la recreación. La mayoría de la población en la zona rural misionera no considera el trabajo infantil como una forma de explotación, dado que las actividades son compartidas entre todos los miembros de la familia.

En las ciudades, niños, niñas y adolescentes trabajan en las calles, en pequeños comercios y en casas de familia, lo que afecta su asistencia a la escuela y otras actividades.

A partir de la información cualitativa obtenida en los diferentes municipios argentinos seleccionados, se puede clasificar el trabajo infantil como: (1) niños y niñas en las calles en zonas de frontera, donde venden, compran y cambian todo tipo de mercaderías; (2) niños y niñas en las calles en zonas urbanas, recolectando botellas y papeles, vendiendo alimentos, lustrando zapatos, limpiando jardines, etc.; (3) niños y niñas dedicados/as al trabajo rural, junto con sus familias, con severas dificultades de acceso a la escuela y exposición a graves problemas de salud (agro tóxicos); y (4) niños y niñas que realizan trabajos domésticos en sus propias casas (cuidado de la casa y de los hermanos menores).

En el Brasil, el trabajo infantil viene siendo enfrentado desde 1996 por el programa de Erradicación del Trabajo Infantil (PETI), que consiste en el pago de una beca al niño o niña que asiste a la escuela, junto con la oferta de actividades complementarias, lúdicas, culturales, deportivas y de apoyo escolar (en Jornada Ampliada de hasta 4 horas por día), que potencialicen el desarrollo de habilidades y de la autoestima del niño y niña, asegurándole mayor chance de éxito escolar. También involucra actividades socio-educativas e inserción productiva para los padres.

Los avances en la reducción del trabajo infantil en el país resultan de un esfuerzo de articulación estimulada por el Forum Nacional de Erradicación del Trabajo Infantil y sus Forums Estadales, juntando actores del gobierno y de la sociedad civil, y articulando acciones de fiscalización a cargo de órganos de cumplimiento de la ley, como el Ministerio del Trabajo y el Ministerio Público del Trabajo, con programas de inclusión social y educacional.

Según la Encuesta Nacional por Amuestra de Hogares (PNAD) 2003, 2,7 millones de niños y niñas de 5 a 15 años (7,46% de los niños y niñas en esta edad) trabajan en el

Brasil. En 1995, un año antes de la creación del PETI, eran 5,1 millones. Son atendidos por el PETI 15 de los municipios seleccionados, beneficiando cerca de 5 mil niños y niñas. En los seminarios-consulta realizados, otros municipios demandaron la instalación del programa.

Con el anuncio, por el Gobierno Federal del Brasil, de la expansión y universalización del programa PETI en 2006, se recomienda a esos municipios la realización de diagnósticos para contrastar y enviar esas demandas al Programa y organizar la oferta de Jornadas Ampliadas.

La utilización de niños y niñas en actividades agrícolas no familiares, el trabajo en basureros y el comercio informal son los principales problemas que vienen siendo enfrentados en la región. En lo que se refiere específicamente al trabajo en basureros, se destaca la actuación del Forum Estadual Basura y Ciudadanía, que consiguió excelentes resultados en la organización de los recolectores de basura y el envío de los niños y niñas a las escuelas.

El principal desafío para las ciudades brasileñas fronterizas es la utilización de niños y niñas en el comercio de mercaderías contrabandeadas. Muchos de ellos cruzan el Puente de la Amistad, que conecta Foz do Iguazu en Brasil a Ciudad del Este en Paraguay, acompañando a sus madres, lo que los torna igualmente vulnerables. Por el Puente transitan diariamente centenares de niños y niñas, expuestos/as a todo tipo de violación de derechos.

Uno de los datos con mayor invisibilidad es el trabajo infantil doméstico, que involucra principalmente a las niñas menores de 16 años. Datos de la PNAD 2001 hacen referencia a la existencia de 27.108 niños y niñas ejecutando trabajos domésticos en todo el estado de Paraná (Brasil). En Foz do Iguazu, se observa la utilización del trabajo doméstico de niños, niñas y adolescentes paraguayos/as, cuyos derechos laborales son ignorados.

En el Paraguay, la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC) basada en la Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 2000/2002 informa que el 13,6% de los niños y niñas de 7 a 17 años (cerca de 265.706 personas) trabajan en Paraguay. El 21,4% de ellas tienen entre 10 y 17 años y 2,9% entre 5 y 9 años. De la población de 5 a 9 años, 43,4% trabajan fuera de la casa, principalmente en las áreas urbanas. En el campo 79,5% de esta población trabaja de 1 a 5 días por semana. En las ciudades, 64% trabaja de 6 a 7 días por semana.

De la población que trabaja en la franja de edad de 10 a 17 años, el 20,5% tiene formación primaria, el 26,4% secundaria y el 26,3% no tiene ninguna instrucción. 34,9% de la población de 5 a 17 años que trabaja no asiste a ninguna institución de enseñanza formal y los problemas económicos son la principal razón para dejar los estudios. 37,5% de los trabajadores de 10 a 17 años de edad trabajan en la agricultura y la pesca, 22% trabajan en servicios y venta, y el 28,9% son trabajadores no calificados.

El trabajo en las calles es preocupante en la región de Ciudad del Este. En 2005, el Consejo Municipal por los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (CODENI) de la municipalidad realizó un censo que reveló que existen 1.049



niños y niñas en situación de trabajo en las calles. Estos se dedican a vender productos, limpiar vidrios de autos, o mendigar. La mayoría no asiste a la escuela. Los principales puntos de concentración de de estos niños y niñas son el Puente de la Amistad, el centro de la ciudad y la terminal de ómnibus. La investigación también reveló que la mayoría de estas niñas y niños no tiene documentos de identidad y no vive con sus familias.

El debate es muy intenso en el Paraguay, porque parte de la sociedad ve el trabajo infantil como una necesidad de supervivencia de las familias. Existen, incluso, organizaciones de niños y niñas trabajadores, que se posicionaron contra la ratificación de la Convención 138 de la OIT, que establece la edad mínima para trabajar de 14 años para el trabajo en el país.

Otro desafío para el Paraguay es la tradicional utilización de "criaditas," trabajadoras domésticas que viven en una familia que las acoge, en condiciones de gran vulnerabilidad frente a todo tipo de abusos y violaciones de sus derechos. Según la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia existen en el país cerca de 40 mil "criaditas" de 6 a 12 años de edad, 12 mil solamente en Asunción.

En los tres países, el trabajo infantil está directamente vinculado a la pobreza y al nivel educativo de los países. Son necesarios programas de generación de ingreso para las familias, para que el trabajo de los niños y niñas deje de ser una necesidad para el presupuesto familiar. También son necesarias campañas de difusión sobre los daños que el trabajo infantil conlleva para el desarrollo integral de los niños y niñas.

Es preciso construir o ampliar programas de transferencia condicionada de ingresos para las familias, que tengan como contrapartida la permanencia de niños y niñas en las escuelas. También es necesario garantizar escuelas de calidad, con actividades complementarias, que atraigan a los niños y niñas y posteriormente ofrezcan buenos cursos de profesionalización para los adolescentes.

Los gobiernos de los tres países deben asumir el compromiso de erradicar el trabajo infantil en la Triple Frontera y garantizar a todos los niños y niñas y a todos los adolescentes su derecho a asistir a escuelas de calidad y disfrutar de un descanso saludable y creativo.



6

DERECHO A LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS, MALOS TRATOS Y EXPLOTACIÓN

La Convención sobre los Derechos del Niño determina que el Estado debe proteger a los niños y niñas contra todas las formas de malos tratos por parte de sus padres u otros responsables por los niños y niñas y establecer programas sociales para la prevención de los abusos y para el tratamiento de las víctimas.

La protección engloba todas las formas de violencia física o mental, daño o malos tratos, abandono o trato negligente o explotación, incluyendo la violencia sexual.

El derecho a la protección es fundamental para garantizar la integridad física, psicológica y emocional de los niños, niñas y adolescentes, que forman uno de los grupos de la sociedad más vulnerables a la violencia.

La violencia contra los niños y niñas se manifiesta en distintos niveles y de distintas formas. Muchas veces ocurre dentro de la casa y es común que sea justificado como una forma de criar a los hijos. Es imprescindible que se perciban todas las formas de violencia contra los niños, niñas y adolescente como una violación de derechos y que los responsables sean denunciados.

La violencia doméstica es invisible. Es preocupante la ausencia de información estadística sobre esta problemática y de herramientas adecuadas para producirla.

En la Provincia de Misiones (Argentina), la problemática de la violencia familiar llevó a la creación, en 1991, de un programa para la atención a mujeres golpeadas. En 1997, fue creada la "línea 102", destinada a la atención de niños y niñas maltratadas. La línea recibe llamadas de personas de todos los sectores sociales y culturales, incrementándose notablemente en los últimos años los pedidos de ayuda⁷. Lamentablemente, el programa no dispone de un registro estadístico de las denuncias recibidas.

En el 2004, fue fundada la Comisaría de la Mujer y la Policía Comunitaria en Posadas (capital provincial). Los dos órganos tienen sucursales en Puerto Rico y San Vicente, y trabajan en conjunto con la capital (desarrollando programas de prevención en el interior de la provincia). Son atendidas denuncias de violencia y abusos familiares o individuales, incluyendo niños, niñas y adolescentes de ambos sexos.

Lamentablemente, no existen datos desagregados por departamentos o municipios. Muchas veces, la institucionalización de los niños y niñas es la única respuesta estatal para las víctimas de violencia.

En el 2004, el Juzgado de Menores de Eldorado, que atiende a toda la zona norte de la provincia de Misiones, registró 850 casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes. Los tipos de violencia más frecuentes son el abuso sexual, el incesto, los golpes y el abandono. También son preocupantes los casos de madres golpeadas.

Las denuncias de violencia son registradas por los profesores en las escuelas, en los puestos de salud, en la policía y en otros ámbitos públicos. En función de eso, se están realizando campañas públicas para alertar a las personas más vulnerables sobre la importancia de denunciar y buscar ayuda.

En el Brasil, una de las principales puertas de entrada para las denuncias de violencia contra niños y niñas son los

Consejos Tutelares⁸. Estos deben garantizar la notificación de la violación a los órganos del Sistema de Garantía de Derechos, requiriendo la atención por servicios públicos y de defensa de derechos y la responsabilidad de los agresores. La sistematización de todos los registros de violaciones debe ser hecho por el Sistema Nacional de Información para la Infancia y la Adolescencia (SIPIA). Todos los 32 municipios brasileños seleccionados tienen Consejos Tutelares instalados.

Desde enero de 1999 hasta noviembre del 2005, fueron enviados al SIPIA, por los Consejos Tutelares de 24 de los 32 municipios seleccionados, 16.742 denuncias de violación de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Los municipios con mayor registro de violencia son: Cascavel, Marechal Cândido Rondon, Foz do Iguaçu, Mundo Novo y Toledo.

En el universo de los 24 municipios brasileños que enviaron informaciones al SIPIA, más del 44% de las atenciones se refiere a la violación del derecho a la "convivencia familiar y comunitaria". La violación del derecho de libertad, respeto y dignidad (que incluye a la violencia física, psicológica y social) es responsable por el 25% de las denuncias. A continuación, aparece el derecho violado a la "educación, cultura, deporte y esparcimiento", con 17%; el derecho violado a la "profesionalización y protección al trabajo", con 7%; y el derecho violado a la "vida y salud", con 5% de los casos de violación de derechos.

En los municipios brasileños seleccionados funcionan diversos albergues y casas de abrigo que atienden a los niños y niñas y adolescentes en situación de riesgo personal y social, en estado de abandono familiar y/o orfandad, en una franja de edad de 0 a 18 años. El estado de Paraná está finalizando un relevamiento sobre la situación de estos albergues y sobre la cantidad de niños y niñas atendidos/as, pero estos datos aún no son públicos.

En Foz do Iguaçu, las mujeres víctimas de violencia cuentan con la Casa Familia Esperanza y Vida, una iniciativa de Itaipu Binacional que ya atendió a 40 mujeres que fueran derivadas por la comisaría de la mujer. Las mujeres víctimas de violencia pueden estar albergadas hasta 6 meses, junto con sus hijos.

Datos del Departamento de Estadística del Ministerio Público demuestran que, en Ciudad del Este, fueron realizadas 34 denuncias de abuso sexual en niños y niñas en el 2002, 62 denuncias en el 2003 y 44 en el 2004. En relación a las tentativas de abuso sexual, fueron denunciadas 7 en el 2002, 13 en el 2003 y 29 en el 2004. En los mismos años, fueron realizadas tres denuncias de abuso sexual en personas bajo tutela ("criaditas").

En la misma ciudad fueron denunciados, en el 2003, 2 casos de acto sexual contra menores de 18 años. En lo que se refiere a estupro, hubo 4 denuncias en el 2002, 8 en el 2003

⁷ De acuerdo con la entrevista a Gloria Báez, responsable por el Programa Provincial de Violencia Familiar y Género, ligado a la Subsecretaría de la Mujer y la Familia del Ministerio de Bienestar Social, la Mujer y la Juventud de la Provincia de Misiones, en julio de 2005.

⁸ Conforme el art. 131 del Estatuto del Niño y del Adolescente, el Consejo Tutelar es órgano permanente y autónomo, no jurisdiccional, encargado por la sociedad de celar por el cumplimiento de los derechos del niño, niña y del adolescente.



y 32 en el 2004. El maltrato a niños, niñas y adolescentes con edades por debajo de los 18 años es la violación de derechos más denunciada: 49 casos en el 2002, 54 en el 2003 y 83 en el 2004. Fueron registradas, en el 2002, 3 denuncias de proxenetismo, 14 en el 2003 y 16 en el 2004.

Según datos de la Secretaría de la Mujer, en Ciudad del Este son registrados cerca de 15 casos de abuso, violencia doméstica y maltrato por día. En Presidente Franco, hay entre 2 a 5 denuncias de abuso por semana.

En los tres países, los instrumentos de registro de los datos necesitan ser construidos o perfeccionados. Los sistemas de protección necesitan ser ampliados. En la Argentina, los canales de denuncia todavía son pocos y es preciso concienciar a las personas sobre el derecho de denunciar. En el Brasil, existen varios canales de denuncia, pero el volumen de hechos demuestra que la dimensión del problema es preocupante.

Se debe tener la misma preocupación en relación a las estrategias de atención y responsabilización en los casos de violencia denunciados. En el Brasil, los modelos de atención a los niños y niñas víctimas todavía no llegan a un nivel deseado. Pocas son las experiencias que incorporan un abordaje sistémico sobre el conjunto de la familia donde ocurre la violencia. Además de esto, las medidas de responsabilización del agresor no están articuladas con los modelos de reducción de la reincidencia (re-victimización) sufrida por el niño o niña.

En el Paraguay, a pesar de que no existe un sistema amplio de derivación de las denuncias. Los datos del Ministerio Público y de la Secretaría de la Mujer sugieren un grave cuadro de violación de derechos.

Este escenario de violencia contra niños, niñas y adolescentes tiene entre sus principales causas la pobreza de las familias, el involucramiento de padres y responsables con drogas y alcohol, la baja escolaridad y la cultura patriarcal que todavía predomina en muchas familias de la región.

Esto no significa que programas de generación de ingresos para las familias o atención especializada para alcohólicos y drogadictos resuelvan el problema a corto plazo.

La violencia y el abuso son transmitidos de generación en generación. Se trata de una de las áreas de mayor complejidad para la asistencia social, la salud y los sistemas

de seguridad y justicia, exigiendo la capacitación de los funcionarios y acompañamiento especializado.

Además de una gran inversión en el área de atención psico-social, es preciso que los gobernantes de los tres países avancen en instrumentos de producción de datos, necesarios para la formulación de políticas públicas.

Es necesario, igualmente, mejorar los canales de denuncia y mostrar a los niños, niñas y a los adolescentes víctimas de violencia que ellos tienen el derecho a denunciar y a ser protegidos por el Estado.

6.2 EXPLOTACIÓN SEXUAL Y COMERCIAL Y OTRAS FORMAS DE EXPLOTACIÓN

La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes es una violación fundamental de los derechos infanto-juveniles⁹.

Ésta comprende el abuso sexual por parte de los adultos y la remuneración en especie al niño y niña y al adolescente, a una tercera persona o varias. El niño, niña o adolescente son tratados como objeto sexual y mercadería.

La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes constituye una forma de coerción y violencia, que puede implicar el trabajo forzado y formas contemporáneas de esclavitud. Esta práctica es determinada no solo por la violencia estructural, que constituye su telón de fondo, sino también por la violencia social e inter-personal.

La Convención sobre los Derechos del Niño determina que el Estado debe comprometerse en la protección de los niños y niñas contra todas las formas de explotación y abuso sexual.

La Convención 182 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre las peores formas de trabajo infantil, incluye entre ellas a la explotación sexual comercial.

El 25 de mayo del 2000, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el Protocolo Facultativo para la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños y niñas, prostitución y pornografía infantil¹⁰.

Esos tres acuerdos internacionales fueron ratificados por la Argentina, el Brasil y el Paraguay. Sin embargo, la Triple Frontera es una región que se reconoce como marcada por la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.

En función de eso, la Organización Internacional del Trabajo implementó uno de sus programas internacionales de combate a ese delito en aquella región. La OIT realizó diagnósticos de situación en Ciudad del Este, Foz do Iguaçu y Puerto Iguazú, revelando la existencia de situaciones de explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en los tres países, vinculadas a la pobreza, al crimen organizado y a la impunidad de los explotadores y "clientes".

En la Argentina, en todos los municipios seleccionados, existen solo datos cualitativos sobre el abuso sexual¹¹ la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, fenómenos vinculados a situaciones de extrema pobreza y a una alta aglomeración de personas en una misma casa, en zonas rurales y urbanas.

La explotación sexual comercial es reconocida en las zonas urbanas y/o en las zonas de frontera y próximas a las áreas de actividad económica desarrolladas esencialmente

por personas del sexo masculino. Adquiere diversas modalidades, desde el reclutamiento de jóvenes para prostíbulos en otras regiones del país hasta la combinación de trabajo en la calle y actividades sexuales. El abanico de edades es amplio, de 9 o 10 años hasta 16 o 17, afectando predominantemente a mujeres.

Esta es la actividad de mayor riesgo para niños, niñas y adolescentes de los municipios argentinos seleccionados. Los estudios diagnósticos realizados por la OIT identificaron cuatro modalidades de explotación sexual comercial de niños y niñas y adolescentes en Puerto Iguazú, en la Argentina, y demás localidades del área donde se localizan los puestos de migraciones (aduanas): (1) redes de reclutamiento de jóvenes para prostíbulos; (2) servicios calificados en hoteles; (3) niños y niñas que trabajan en la calle, explotados/as sexual y comercialmente; y (4) centros de atracción de niños y niñas y adolescentes, como en estacionamientos de camiones, bares, confiterías y discotecas.

En Argentina, el Programa "Luz de la Infancia", financiado por la OIT a través del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, que se desarrolla desde el 2003 en Puerto Iguazú, ya recibió más de 100 denuncias, 50% de ellas de explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes y las demás por violencia doméstica.

En el Brasil, no existen datos confiables sobre la problemática, apenas estimaciones, a partir de las atenciones del Consejo Tutelar (enviadas al SIPIA), del Programa Centinela (Programa de Gobierno realizado para la protección de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia doméstica y sexual) y de la Matriz Inter-sectorial de Enfrentamiento de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes.

Dentro de las denuncias enviadas al SIPIA por los Consejos Tutelares de los municipios brasileños seleccionados, la violación del derecho de "Libertad, respeto y dignidad" (que incluye a la violencia física, psicológica y sexual) es responsable por el 25% de los casos.

El Programa Centinela está instalado en Cascavel, Diamante d'Oeste, Foz do Iguaçu, Medianeira y São Miguel do Iguaçu. Durante la realización de los seminarios-consulta, demandaron este programa a las prefecturas de Assis Chateaubriand, Guaíra, Mundo Novo, Ouro Verde do Oeste y Santa Terezinha de Itaipu, lo que demuestra el avance del problema de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en la región. Esta demanda es considerada relevante para la implementación de nuevos Centros de Referencia Especializada en Asistencia Social, a través del

⁹ Conforme a la Declaración de Estocolmo, aprobado en el I Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes, realizado en 1996.

¹⁰ El Protocolo define *venta de niños y niñas* como cualquier acto o transacción por el cual un niño o niña sea transferido/a por cualquier persona o grupos de personas para otra persona o grupo mediante remuneración o cualquier otra retribución; define *prostitución infantil* como la utilización de un niño o niña en actividades sexuales mediante la remuneración o cualquier otro tipo de retribución; y define *pornografía infantil* como cualquier representación, por cualquier medio, de un niño o niña en el desempeño de actividades sexuales explícitas reales o simuladas o cualquier representación de órganos sexuales de un niño o niña para fines predominantemente sexuales.

¹¹ Conforme el Informe del Grupo de Trabajo de la OMS sobre la Violencia y Salud, 1996, abuso sexual es la participación de un niño o niña en una actividad sexual que él/ella no comprende, para la cual no puede dar consentimiento informado o para la cual el niño o niña no está preparado/a desde el punto de vista de su desarrollo.

Sistema Único de Asistencia Social (SUAS).

La Matriz Inter-sectorial de Enfrentamiento de la Explotación Sexual Comercial de los Niños, Niñas y Adolescentes (2005), coordinada por la Secretaría Especial de Derechos Humanos de la Presidencia de la República del Brasil, con apoyo técnico y financiero de UNICEF, identifica situaciones de explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en Foz do Iguaçu, Diamante do Oeste, Mundo Novo, Cascavel y Assis Chateaubriand.

La OIT, con el apoyo del Comité Local de Enfrentamiento de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes de Foz do Iguaçu y también con el apoyo de Itaipu, desarrolló durante 4 años el Programa de Lucha a la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes en la Triple Frontera, con resultados bastante positivos, especialmente en términos de la creación de la Red de Lucha contra la Explotación Sexual Comercial Infanto-juvenil, instalación de una línea-denuncia, capacitación y articulación de Operadores de Derecho de los tres países.

Como desdoblamiento del programa de la OIT, varias iniciativas fueron llevadas a cabo localmente, entre ellas el Programa Acordar¹² y la instalación, por el Gobierno del Estado de Paraná, del NUCRIA – Núcleo de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia, que es Comisaría especializada en crímenes cometidos contra personas menores de 18 años.

La OIT identificó 4 niveles de explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en Foz do Iguaçu: (1) niños y niñas y adolescentes que trabajan en la calle vendiendo y trasportando mercaderías contrabandeadas del Paraguay; (2) niños, niñas y adolescentes que trabajan en las calles apenas haciendo programas y transportando drogas; (3) niños y niñas y adolescentes que son explotados sexualmente en pequeñas casas de prostíbulos, posadas, pequeños hoteles o bares; y (4) niños, niñas y adolescentes de clase media explotados sexualmente en discotecas, grandes casas de prostitución u hoteles de medio y gran tamaño.

La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en la región está ligada a otros tipos de crímenes, especialmente el tráfico de drogas y el tráfico de seres humanos. La proximidad de la frontera agrava el problema, pues facilita la circulación casi sin control de niños, niñas y adolescentes y permite a los criminales y explotadores mayores posibilidades de fuga y de impunidad.



En el Paraguay, el Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas para el Tráfico de Niños y Niñas, la Prostitución y la Pornografía Infantiles, Juan Manuel Petit, presentado en diciembre de 2004, vincula la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes directamente al contexto de pobreza y desigualdad social que caracteriza a la región Este paraguaya.

Según Juan Manuel Petit, dos de cada tres trabajadoras del sexo son niñas o adolescentes, la mayoría tienen de 16 a 18 años y comienzan a ser explotadas entre los 12 y 13 años. También se encuentran niñas de ocho años. Cerca del 98% de las trabajadoras del sexo reciben entre 5 a 8 dólares americanos por la actividad sexual realizada.

Los lugares de explotación son calles, prostíbulos, centros comerciales, discotecas, locales nocturnos, hoteles, casas de masaje, centros de camioneros y terminales de ómnibus. Petit afirma que hay señales claras de vinculación entre la explotación sexual comercial y el crimen organizado.

Investigaciones realizadas por la OIT en Ciudad del Este, en el 2002, registran que habían en la ciudad aproximadamente 650 trabajadoras del sexo y 250 niñas y adolescentes víctimas de la explotación sexual comercial. Las áreas de mayor incidencia eran las proximidades del Puente de la Amistad y Aduanas.

Los estudios de la OIT identificaron un perfil de las niñas y adolescentes explotadas sexual y comercialmente. Entre otras características, ellas tienen nacionalidad paraguaya, edad media de 16 años, padres vivos pero viviendo en lugares distantes de Ciudad del Este, tienen por lo menos la primaria concluida pero abandonaron la escuela, fueron iniciadas en la explotación entre los 14 y 15 años, son explotadas en la calle, atienden 4 personas por día, sufrieron abuso psicológico y físico y sólo usan preservativos si sus "clientes" quieren.

La actuación de la OIT fue fundamental para que la sociedad y el gobierno intensifiquen la lucha contra la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. Hoy, existe en Ciudad del Este la Red de Protección a la Niñez y Adolescencia de Alto Paraná, la Oficina Regional contra la Explotación Sexual y Comercial Infantil y el Centro de Atención, Prevención y Acompañamiento de Niños, Niñas y Adolescentes (CEAPRA), especializados en la atención a las víctimas.

En noviembre del 2005, la Oficina Regional contra la Explotación Sexual y Comercial Infantil divulgó que el 35%

¹² El Programa Acordar es desarrollado simultáneamente por 4 entidades que trabajan en forma complementaria. La Sociedad Civil Nossa Senhora Aparecida es la responsable por el gerenciamiento del programa; también cuida las cuestiones de salud, a través de un poli-ambulatorio y ofrece talleres profesionales para las víctimas de explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes y familiares. El Núcleo de Acción Solidaria al SIDA (NASA) es responsable por el abordaje de la calle o in loco, en prostíbulos. La Casa del teatro desarrolla talleres en cinco puntos de la ciudad considerados críticos. Otra asociación del proyecto es la Fundación Nuestro Hogar, que trabaja en la atención de familias, principalmente en las cuestiones psicológicas.

de los niños y niñas en situación de calle, en Ciudad del Este, son explotados sexualmente¹³.

En Hernandarias, existe el proyecto Protección y Promoción Integral de la Infancia y de la Adolescencia, lanzado por la Secretaría Nacional de la Infancia y la Adolescencia del Paraguay, en asociación con la Itaipu Binacional.

La experiencia de la OIT en la región demostró que el trabajo con las víctimas es complejo, e involucra aspectos jurídicos, de atención de la salud y acompañamiento psicológico.

Hoy, se sabe que no es suficiente solamente brindar asistencia a las víctimas. También se necesita un trabajo más amplio con los familiares de estas víctimas y con la comunidad.

Por la relación entre la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes con el crimen organizado, fue creado el Grupo de Operadores de Derecho de la Triple Frontera, para permitir la acción articulada de autoridades judiciales y policiales de los tres países.

La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en la Triple Frontera representa una grave violación de sus derechos. Exige de los gobiernos y de la sociedad civil de los tres países la continuidad y la profundización en los programas existentes de enfrentamiento a ese delito.

Programa de Prevención y Eliminación de la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes en la Frontera Argentina/Brasil/Paraguay

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), por medio del Programa de Eliminación del Trabajo Infantil (IPEC), seleccionó la Triple Frontera para implementar uno de sus programas mundiales de lucha contra la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en función de la compleja realidad local, con la presencia del crimen organizado y del tráfico internacional de drogas, armas y seres humanos.

Esto se hizo también porque ya había en la región, especialmente en Foz do Iguazú, una movilización importante de la sociedad civil en términos de denuncia y lucha contra la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes.

De setiembre de 2001 a mediados del 2005, con el financiamiento del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, la OIT implementó, en los municipios de Puerto Iguazú (Argentina), Foz do Iguazú (Brasil) y Ciudad del Este (Paraguay) el Programa de Prevención y Eliminación de la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes en la Frontera Argentina/Brasil/Paraguay.

El Programa tuvo innumerables éxitos. El más evidente está en los resultados obtenidos en términos de identificar las vacíos legales y proponer armonización entre los tres países; contribuir en la obtención y análisis de informaciones confiables y relevantes sobre la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes; fortalecer las instituciones públicas y privadas en la formulación e implementación de acciones para eliminar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes; proporcionar atención en las áreas de salud, educación, apoyo psico-social y jurídico a niños, niñas y adolescentes sexualmente explotados/as, y contribuir en la formulación de políticas y mecanismos de prevención a la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.

Para ello, fueron fundamentales las campañas en los medios de comunicación, el trabajo de capacitación, los centros de referencia y el compromiso del sector policial.

El Programa puso en el campo de las redes de explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes una cuña de difícil remoción y esto, verdaderamente, podrá ser comprobado a largo plazo.

¹³ Conforme el diario paraguayo La Nación, 07/11/2005. La misma materia registra que la Oficina asiste a 20 niñas víctimas de explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes mientras que el CEAPRA atiende cerca de 380 niños, niñas y adolescentes en su centro de rehabilitación.

6.3 TRÁFICO DE SERES HUMANOS

En junio del 2000, el Consejo del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) aprobó el Plan General de Cooperación y Coordinación Recíproca para la Seguridad Regional en Materia de Tráfico de Menores entre el MERCOSUR, la República de Bolivia y la República de Chile, que determina que los Estados Parte reafirmen la plena vigencia de las disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Convención Interamericana sobre Restitución Internacional de Menores.

En junio del 2005, en el ámbito de la XVII Reunión de Ministros del Interior del MERCOSUR, fue firmado el "Acuerdo sobre Procedimiento para Verificación de la Documentación de Entrada y Salida de Menores", de carácter operativo y con vigencia inmediata. El acto internacional pretende ampliar el control en el tránsito de menores entre las fronteras del MERCOSUR, proporcionando, de ese modo, mayor protección y seguridad a los niños, niñas y adolescentes de la región. La creación de un registro único de menores desaparecidos y de una rutina de doble verificación migratoria – una en el punto de salida del menor y otra en el punto de entrada – tienen como una de las metas dificultar el tráfico de personas.

Conforme al Protocolo para Prevenir, Suprimir y Castigar el Tráfico de Personas, Especialmente Mujeres y Niños y Niñas, adicional a la Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional, más conocida como Convención de Palermo, lo que configura el tráfico de personas es la actitud del corrupto de engañar o forzar a la víctima, apropiándose de su libertad por deuda u otro medio.

El Protocolo define el tráfico de seres humanos como "reclutamiento, transporte, transferencia, abrigo o recibimiento de personas, por medio de amenaza o del uso de la fuerza u otras formas de coerción, de rapto, de fraude, de engaño, de abuso de poder o de una posición de vulnerabilidad o de dar o recibir pagos o beneficios para obtener el consentimiento para que una persona tenga control sobre otra persona, con el propósito de explotación".

El Protocolo también define que explotación incluye, como mínimo, la explotación de la prostitución u otras formas de explotación sexual, trabajo o servicios forzados, esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, servidumbre o la remoción de órganos. El documento deja claro que el consentimiento de la víctima de tráfico es irrelevante para que una acción sea caracterizada como tráfico o explotación de seres humanos, ya que dicho consentimiento es, generalmente, obtenido bajo mala intención.

En lo que se refiere a los niños y niñas, entendidos/as en el protocolo como personas menores de 18 años, es considerado tráfico el reclutamiento, transporte, transferencia, abrigo o recibimiento de un niño o niña con fines de explotación.

La Convención sobre los Derechos del Niño determina que el Estado tiene la obligación de hacer todo lo que esté a su alcance para impedir el rapto, la venta o el tráfico de niños y niñas.

El tráfico de niños, niñas y adolescentes en la Triple Frontera está relacionado sobre todo a la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. En junio del 2003, en Foz do Iguazu, la Policía Nacional allanó una agencia internacional de niñas que llevaba brasileñas para ser explotadas en Buenos Aires. Un mes después, el Consejo Tutelar de Foz do Iguazu rescató dos niñas brasileñas en un prostíbulo de Los Cedrales (Paraguay), con el apoyo de la Fiscalía Pública de Ciudad del Este y de la Policía Nacional paraguaya.

Estos dos casos son indicativos de la gravedad del problema del tráfico en la región. Lamentablemente, aún son pocos los casos que son denunciados, investigados y que llevan los traficantes a la prisión.

En la Argentina, conforme el diagnóstico hecho por el Programa Luz de Infancia/Ministerio de Trabajo/OIT, se verificó el reclutamiento de adolescentes de Puerto Iguazú y alrededores para el trabajo en prostíbulos de grandes centros urbanos argentinos y brasileños. Noticias de periódicos también tienen apuntan a la existencia de rutas de reclutamiento en la región.

Entrevistas de campo realizadas para este estudio relatan la existencia de reclutadores que van hasta las localidades atrayendo niños, niñas y adolescentes con ofertas de trabajo que son, al final de cuentas, redes de explotación sexual.

En el Brasil, conforme la Encuesta sobre Tráfico de Mujeres, Niños, Niñas y Adolescentes para Fines de Explotación Sexual Comercial en el Brasil, publicada en el 2002, existen 241 rutas terrestres, marítimas y aéreas de tráfico de niños y niñas, jóvenes y mujeres para la explotación sexual en el exterior y en el interior del país.

El estudio identifica en la región brasileña de la Triple Frontera cuatro rutas internacionales de tráfico de seres humanos: de Paraná salen niños, niñas y adolescentes para Hernandarias (Paraguay), para Río de Janeiro, Europa, Paraguay y la Argentina. De Mato Grosso do Sul, salen rutas de tráfico para Bolivia, Paraguay, Chile, Italia y España.

El Estudio Analítico del Enfrentamiento de la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes en el Brasil (1996 y 2004), realizado por el Grupo de Investigación sobre Violencia y Explotación Sexual (Violes), apunta a la gravedad del problema en las fronteras brasileñas, especialmente en 104 municipios donde el crimen ya tomó carácter transnacional, entre ellos Foz do Iguazu.

También el estudio La Trata de Personas en el Paraguay, de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), muestra que el tráfico de mujeres paraguayas utiliza rutas terrestres que pasan por Foz do Iguazu, Cascavel y Curitiba.

En el Paraguay, dentro de los programas de cooperación en la lucha contra el tráfico de personas, el gobierno de los Estados Unidos donó más de 100 mil dólares, para ser utilizados en acciones concretas de combate a este delito. Los fondos serán administrados por la Secretaría de la Mujer.

Los principales flujos de tráfico de seres humanos que salen del Paraguay se dirigen a América del Norte, Europa y Medio Oriente, aunque también existen flujos internos, como demuestra la reciente desarticulación, en la Argentina, de una red de traficantes de niños, niñas y adolescentes paraguayas, explotadas sexualmente en Buenos Aires.

En el Estudio La Trata de Personas en el Paraguay, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) registra que, entre el 2000 y el 2004, fueron identificados 118 casos de tráfico interno e internacional, en los cuales fueron envueltas 495 mujeres y adolescentes, principalmente paraguayas. De estas, 145 tenían menos de 18 años.

Del total de menores víctimas, casi el 30% son víctimas del tráfico interno y el 70% de tráfico internacional. Son 104 niñas y adolescentes reclutadas para ser explotadas sexualmente en países extranjeros.

Según el mismo estudio, 36% de los 89 casos sobre los cuales se conoce la procedencia de la víctima corresponden a Asunción y al Departamento Central, 22% al Departamento de Itapúa, 8% al Departamento de Alto Paraná y 6% al Departamento de Guairá. El restante se distribuye entre los demás departamentos, inclusive Caaguazú.

El destino principal de las adolescentes es la Argentina (62%). Cuarenta por ciento de ellas son víctimas del tráfico interno. Llama la atención la pequeña cantidad de casos contabilizados de tráfico para el Brasil, pues hay un movimiento constante de niñas y adolescentes entre las ciudades fronterizas de la región.

Los flujos también se producen en la dirección contraria, principalmente de Foz do Iguaçu para Ciudad del Este y para las colonias agrícolas brasileñas próximas. Son varios los casos de adolescentes procedentes de otras ciudades de Paraná y Río Grande do Sul (Brasil), encontradas en prostíbulos de las colonias brasileñas de San Alberto, Santa Rita, Katueté y otras.

El estudio de la OIM constató que de las ciudades de Caaguazú, Ciudad del Este y Hernandarias también salen niñas y adolescentes para las colonias brasileñas de Santa Rita, San Alberto, Katueté, Mbaracayú y otras zonas de agricultura extensiva explotadas por extranjeros residentes en el país. También registra el tráfico de niños, niñas y adolescentes de otras ciudades del interior del Paraguay para las ciudades de Hernandarias, Ciudad del Este, Coronel Oviedo, Encarnación y Asunción.

La existencia de tráfico de niños, niñas y adolescentes en la Triple Frontera exige de los gobernantes y de la sociedad civil urgentes condenas a los criminales, programas especiales de asistencia y recuperación de las víctimas, e investigaciones más sistemáticas sobre el tema.

El tráfico de seres humanos es una de las más graves violaciones de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Niños y niñas víctimas del tráfico están expuestos/as a toda suerte de explotaciones y a una serie de peligros y vulnerabilidades.

6.4 ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY Y MADRE CON NIÑOS Y NIÑAS EN INSTITUCIONES PENALES

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) establece que el Estado debe velar para que ningún niño o niña sea privado/a de su libertad de forma ilegal o arbitraria.

La detención, la reclusión o la prisión de un niño o niña deben ser efectuadas en conformidad con la ley y solo como último recurso, y durante el más breve período de tiempo que fuera apropiado.

La CDN garantiza que todo niño o niña privado/a de la libertad sea tratado/a con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana, y teniendo en consideración las necesidades de una persona de su edad.

En especial, todo niño o niña privado/a de su libertad debe estar separado/a de los adultos y tendrá derecho a mantener contacto con su familia por medio de correspondencia o de visitas, salvo en circunstancias excepcionales.

El concepto de privación de libertad se encuentra expresamente consignado en las Reglas de las Naciones Unidas para la protección de menores privados de libertad (Resolución 45-113 de la Asamblea General de la ONU). Este documento establece que por privación de libertad se entiende toda forma de detención o encarcelamiento, así como la internación en establecimientos públicos o privados de los cuales no se permita al menor salir por su propia voluntad, por orden de cualquier autoridad judicial, administrativa u otra autoridad pública.

Entre las características socio-económicas que pueden llevar a una incidencia de casos de adolescentes en conflicto con la ley, se puede mencionar bajos niveles de ingresos, pobreza, desocupación, mala nutrición y abandono escolar. Entre las características socio-culturales, se puede mencionar modos violentos de tratar a los niños y niñas, discriminación y proliferación de armas. Entre las características personales de los niños, niñas y adolescentes en conflicto con la ley, se puede mencionar el abuso de sustancias tóxicas, malos tratos durante la infancia y pérdida de perspectivas en relación al futuro.

En la Argentina, a nivel nacional, el proceso de adecuación de las normativas internas a los preceptos

de la CDN se completó en el 2005 y, a nivel local, solamente las provincias de Mendoza, Chubut, Tierra del Fuego, Neuquén y Misiones, además de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionaron ese proceso legislativo de adecuación legal. En la Provincia de Misiones (Argentina) no existen registros institucionales que permitan cuantificar la incidencia de actos delictivos cometidos por niños, niñas y adolescentes y, menos aún, que permitan medir o visualizar la cantidad de niños, niñas y adolescentes institucionalizados.

En la mayoría de los casos, los adolescentes acusados de delitos (robos, asaltos, tráfico de drogas, etc.) son detenidos para averiguación de antecedentes por la Policía Provincial, por la Gendarmería Nacional o por la Prefectura (Fuerza de Seguridad Naval, que controla los puertos y aduanas).

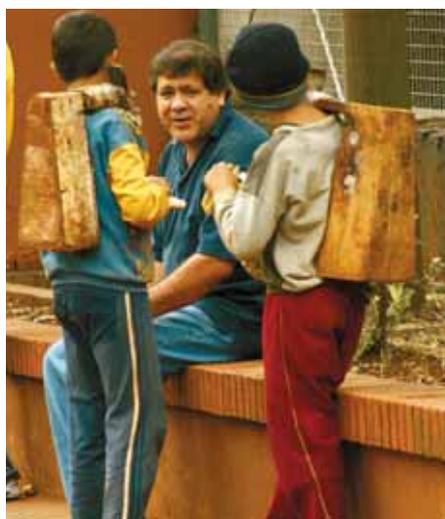
En la mayoría de los casos reincidentes, salen y entran de la Alcaldía de Menores (unidades propias para adolescentes) sin encontrar soluciones satisfactorias de "reinserción" en la sociedad, ante las limitaciones de los programas de asistencia y capacitación profesional.

En Misiones, existe solo una unidad penitenciaria para jóvenes, localizada en Posadas (capital provincial), a la cual son llevados los jóvenes detenidos que habitan en los municipios en estudio. Esto dificulta aún más el mantenimiento de los vínculos familiares, por la distancia geográfica.

En la Provincia de Misiones, las cárceles femeninas permiten que las madres se queden con sus hijos hasta los 2 años. En Eldorado, se localiza una de las tres unidades carcelarias provinciales que alberga a mujeres.

En el Brasil, para atender al Estatuto del Niño y del Adolescente, que prevé que el adolescente a quien se atribuye la autoría de un acto de infracción aguarde sentencia en un ambiente diferenciado de las cárceles comunes, están en funcionamiento en Paraná los Servicios de Asistencia Social, de forma descentralizada y regionalizada.

La integración operacional de los órganos del Poder Judicial, Ministerio Público, Defensoría, Seguridad Pública y el Servicio de Asistencia Social (SAS) es denominado el Centro Integrado de Asistencia al Adolescente Infractor (CIAADI). En Foz do Iguazu funciona un CIAADI/SAS que atendió, en octubre del 2005, a 26 adolescentes, por el período máximo de 45 días. En asociación con los municipios, fueron implantados SAS en Cascavel y Toledo. En octubre del 2005, había 7 adolescentes en el SAS de Toledo y 26 en el de Cascavel.



⁶ Conforme Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Situación de niños, niñas y adolescentes privados de libertad en la Provincia de Buenos Aires, 2003.

El adolescente que se encuentra en cumplimiento de medida socio-educativa, privativa de libertad, determinada por los Juzgados de Turnos de la Infancia y de la Juventud, es enviado a Centros de Internación. En la región en estudio, existe una unidad de internación en Foz do Iguazu, que atendía, en octubre del 2005, a 70 adolescentes del sexo masculino, en la franja de edad de 12 a 18 años.

En Mato Grosso do Sul, las Unidades de Internación y de Semi Libertad son municipalizadas. Las más próximas del municipio de Mundo Novo son la Unidad Educacional de Internación Masculina Naranja Doce y la Unidad Educacional de Internación Femenina Esperanza, ambas en el municipio de Dourados.

Durante los seminarios-consulta fueron varias las demandas, por parte de los gobiernos municipales, de programas e instalaciones adecuadas para el cumplimiento de medidas socio-educativas restrictivas y privativas de libertad.

En el Paraguay, están presos aproximadamente 296 adolescentes. De estos, 232 están en centros separados de la población adulta. La Corte Suprema de Justicia firmó un convenio de cooperación con UNICEF, en junio del 2004, para instalar un proyecto piloto de atención a adolescentes en conflicto con la ley.

El Relator Especial de las Naciones Unidas para el Tráfico de Niños y Niñas, la Prostitución y Pornografía Infantil, Juan Manuel Petit, en el informe presentado en diciembre del 2004, relata visitas hechas a los presidios de Ciudad del Este, Coronel Oviedo y Pedro Juan Caballero.

En ellos, recogió testimonios de abusos contra adolescentes por parte de otros presos y funcionarios de prisiones. El espacio a la disposición de los adolescentes es muy limitado en estos presidios. En el Presidio de Ciudad del Este estaban 20 adolescentes privados de libertad, compartiendo celdas con adultos.

En algunos de los municipios estudiados, existen albergues para niños y niñas, fundamentalmente huérfanos, trabajadores de la calle, niños y niñas maltratados/as, abusados/as o abandonados/as y niños y niñas con problemas de drogadicción. En su mayoría, esos albergues tienen recursos abastecidos por la propia comunidad o por la cooperación internacional para el desarrollo. En algunos, el Ministerio de Educación y Cultura paga el salario de los profesores.

Existen dos presidios femeninos en el Paraguay. Las mujeres presas pueden quedarse con sus hijos hasta que estos cumplan 5 años de edad. Existen otros lugares de reclusión para mujeres, de pequeña capacidad. Todos se localizan en presidios masculinos, en instalaciones separadas y muy precarias.

En los tres países, el problema de los adolescentes involucrados con algún tipo de crimen viene aumentando, sin que la estructura existente para garantizar sus derechos y su re-socialización consiga atender a la demanda.

RESPONSABILIDAD PENAL

ARGENTINA

La Ley Nº 23.849 y el art. 75 de la Constitución de la Nación Argentina determinan que, a partir de los 16 años, los adolescentes pueden ser privados de su libertad si cometen delitos y pueden ser internados en alcaldías o penitenciarías.

BRASIL

El art. 104 del Estatuto del Niño y del Adolescente determina que son penalmente inimputables los menores de dieciocho años, sujetos a las medidas previstas en la Ley.i.

PARAGUAI

La Ley 2169 define como "adolescente" al niño o niña entre 14 y 17 años. El Código de La Niñez afirma que los adolescentes son penalmente responsables, de acuerdo con las normas de su Libro V.

EL DESAFÍO DE LAS DROGAS

Durante la realización de los seminarios-consulta, quedó clara la preocupación de los municipios brasileños con la cuestión de la drogadicción. Mismos aquellos con elevado Índice de Desarrollo Humano (IDH) y atención de excelencia al público infanto-juvenil demuestran que necesitan del apoyo en términos de capacitación y construcción de centros especializados para enfrentar el problema.

La proximidad de la frontera es un agravante, pues los niños, niñas y los adolescentes quedan expuestos/as a rutas de tráfico internacional. Con las drogas, aumenta la vulnerabilidad a la explotación sexual, SIDA, y a toda especie de violencia. No podemos olvidar que la pobreza y la falta de educación están ligadas al aumento del consumo de drogas y alcohol.

Existen pocos estudios sobre el asunto. En el 2000, UNICEF Brasil divulgó la publicación "La Voz de los Adolescentes", que indicaba que el 14,2% de los entrevistados (en un universo de 5.280 adolescentes brasileños) afirmaron haber usado drogas, legales o ilegales.

En febrero del 2005, la Secretaría de Estado de Justicia y Ciudadanía de Paraná envió al gobierno una propuesta de incluir en los currículos de las escuelas y universidades estatales la disciplina de Ciudadanía y Calidad de Vida, con énfasis en la prevención al uso de drogas.

Esta es una de las áreas más problemáticas identificadas por este estudio. Es grande la preocupación de los gobiernos y de las sociedades locales con las perspectivas de vida de los adolescentes.

En una situación social marcada por la pobreza, en una región geográfica que es ruta de tráfico de drogas y otros delitos y en una sociedad que estimula el consumo, esos adolescentes se tornan víctimas fáciles de ser seducidas por criminales.

Los gobernantes y la sociedad civil de los tres países necesitan dar prioridad al problema de la adolescencia en la región, invirtiendo masivamente en cursos profesionales, programas de primer empleo, actividades deportivas y esparcimiento.



7

DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES

A pesar de que los gobiernos y la sociedad civil estén comprometidos en innumerables programas de atención para niños y niñas y adolescentes de la región, se puede afirmar, en términos generales, que sus derechos, conforme explicitados en la Convención sobre los Derechos del Niño y en las normativas internas de los tres países, no están siendo plenamente respetados y protegidos.

Fueron verificados problemas en todos los indicadores seleccionados. Millares de niños y niñas viven en casas sin saneamiento y agua potable, se encuentran en situación de pobreza, no tienen garantizado la atención médica y escolar de calidad, está expuestos al SIDA, no poseen documentos, se alimentan mal, necesitan trabajar para ayudar en el presupuesto familiar, son víctimas de violencia doméstica y están desprotegidos en una región de comprobada existencia de explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes y de tráfico de seres humanos.

Las causas de esta realidad son sobre todo económicas. Los tres países han pasado por crisis que afectan profundamente a las clases más desfavorecidas de la sociedad. La necesidad de trabajo pone en las calles, u oculta en casas alejadas, a miles de niños, niñas y adolescentes. El trabajo infantil impide la escolarización, creando un círculo vicioso de pobreza.

En los 62 municipios estudiados de los tres países, son grandes las diferencias de situaciones y desarrollo socio-económico. Algunos de ellos tienen excelentes indicadores sociales y programas ejemplares de atención a niños, niñas, adolescentes y mujeres embarazadas. Otros tienen problemas gravísimos de saneamiento, salud y protección. Las diferencias también existen entre los municipios y el total de cada país.

Tales diferencias no se reflejan solo en términos de ingresos, sino también en términos de acceso de niños, niñas y adolescentes a servicios sociales básicos y a mecanismos de protección, inclusive en función de su situación particular de etnia o lugar de residencia. Estas disparidades no solo perpetúan la situación de pobreza sino que también contribuyen a la desintegración social, volviendo más complejas las problemáticas sociales identificadas en este estudio.

Existen también las cuestiones de naturaleza política. Es fundamental que los gobiernos federales, estatales/provinciales/departamentales y municipales prioricen a niños, niñas y adolescentes en sus propuestas y ejecuciones presupuestarias.

El crimen organizado existente en la región representa una grave amenaza. Niños, niñas y adolescentes son víctimas preferenciales. La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, el tráfico de drogas, el tráfico de seres humanos y el contrabando de mercaderías van de la mano. Es necesario reprimir a los criminales y crear programas de resocialización para las víctimas.

La sociedad civil organizada tiene un papel fundamental en el enfrentamiento de las cuestiones que victimizan a niños, niñas y adolescentes de la región. Ella necesita tener una posición firme de no connivencia con la explotación y una actitud propositiva junto a las autoridades locales.

Además de identificar los problemas y los responsables por la violación o no realización de los derechos de los niños, niñas y de los adolescentes, el proceso de realización de este trabajo identificó las buenas prácticas existentes para modificar esta realidad.

Son innumerables los programas federales, estatales/provinciales/departamentales provinciales y municipales creados para proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes de la Triple Frontera, especialmente aquellos en situación de mayor riesgo. La participación de la sociedad civil también es ejemplar. Sin ella, los gobiernos no podrían haber avanzado tanto en programas específicos de atención.

Sin embargo, en mayor o en menor grado, se nota que las ofertas institucionales destinadas a la infancia y la adolescencia padecen de una falta de articulación entre las diversas políticas para el sector.

Vimos, en este trabajo, como las cuestiones de salud, género, raza, educación, seguridad alimentaria, saneamiento y protección van juntas. Las políticas públicas en estas diversas áreas deben articularse teniendo como marco el enfoque integral para el cumplimiento de derechos.

La ausencia de esta articulación se expresa en la superposición de acciones y en la dispersión de esfuerzos, resultando en políticas de alcance limitado.

Los resultados de este análisis apuntan a una serie de recomendaciones para la acción. Algunas de estas recomendaciones se citan a continuación:

La necesidad de establecer una oferta de registro civil en hospitales y maternidades y la realización de campañas que divulguen la gratuidad del servicio y la importancia del registro civil para los derechos de ciudadanía de los niños y niñas;

El estímulo a la lactancia materna, la atención a las enfermedades prevalentes en la infancia (diarreas, neumonías y desnutrición), la oferta regular de la vacunación a niños y niñas y a madres en áreas de baja cobertura de inmunización y el equipamiento y capacitación de los servicios públicos de salud son también de fundamental importancia;

- La oferta regular de servicios en los sistemas de salud, propuestas de prevención, de consejería y testeo del virus VIH y sífilis en mujeres embarazadas, así como la oferta de tratamiento, cuando sea necesario, es urgente dada la creciente feminización de la epidemia;

- La ampliación de los servicios de saneamiento básico, con definición de atribuciones municipales, estatales/provinciales/departamentales y garantía de la ejecución presupuestaria;

- Una de las mayores necesidades de la región es una red ampliada de atención materno-infantil, que ofrezca a las mujeres gestantes, madres y a los niños y niñas servicios de calidad en el pre-natal, parto y post-parto, en los cuidados al recién nacido y en la atención de enfermedades prevalentes en la infancia. Esta red de servicios debe considerar las corrientes migratorias de la Triple Frontera y buscar alternativas que impidan la discontinuidad en los tratamientos;

- Es preciso, igualmente, que los tres países inviertan en una educación de calidad, que incorpore niños y niñas de 0-5 años y niños y niñas de zonas rurales, y que mantenga a los niños y niñas en las escuelas, disminuyendo los indicadores de abandono y repitencia, particularmente de adolescentes;

- Una de las etapas más críticas para el desarrollo pleno de las capacidades de los niños, niñas y adolescentes se da en los primeros años de vida. En consecuencia de esto, en los esfuerzos que el Estado realice para garantizar los derechos de los niños y niñas más pequeños, se deben considerar las necesidades que los niños y niñas tienen de contar con afecto y con un entorno familiar protector. Para ello, se requiere del fortalecimiento de las familias en su capacidad de cuidado, alimentación y protección en el contexto de programas de desarrollo infantil integral;

El análisis muestra que los adolescentes son particularmente vulnerables a los riesgos de contagio del VIH/SIDA, a la explotación sexual y al abandono escolar. Es importante que las políticas y acciones enfocadas en los adolescentes mantengan un abordaje integral de los problemas que este sector de la población enfrenta, dando énfasis a su permanencia y terminalidad en la escuela, y en la conclusión de los ciclos escolares, en la prevención del VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, en la expansión de los espacios de expresión y participación para la búsqueda de soluciones a las problemáticas que los afectan.

- Es necesario ampliar experiencias como la del Grupo de Operadores de Derecho de la Triple Frontera, creado a partir de la actuación regional de la Organización Internacional del Trabajo en la lucha contra la explotación sexual

comercial infantil, para su actuación también en el enfrentamiento de la violencia contra los niños, niñas y adolescentes y del tráfico de seres humanos.

UNICEF entiende que es necesaria la construcción de una agenda de trabajo conjunta de los tres países, con metas, acciones y mecanismos de monitoreo para responder a los problemas identificados en el estudio, de manera global e integral.

Los diversos grupos temáticos del MERCOSUR, que cuentan con la representación de los tres países involucrados en este estudio, deben ser estimulados a priorizar aún más a los niños, niñas y adolescentes en sus análisis y planificación y a pensar la región de la Triple Frontera como un área especial de atención y actuación.

Niños y niñas vulnerables en una región insegura necesitan de redes de protección construidas en conjunto por gobiernos y sociedad civil, con el apoyo de organismos internacionales, cuando se considere necesario y pertinente. Solamente una gran movilización de estos sectores podrá transformar la realidad y garantizar la protección de todos los niños y niñas y todos los adolescentes de la Triple Frontera.

Promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes en esta región es una oportunidad de fortalecer la cooperación e integración con acciones concretas en el ámbito del MERCOSUR.

Este trabajo inicial de diagnóstico pretende ser una contribución para esta tarea urgente y necesaria de promover la garantía, respeto y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en la región.



