

## Política de salud, derechos y ciudadanía: algunos de los desafíos las condiciones del MERCOSUR en la región de la Tríplice Frontera

Diuslene Rodrigues Fabris<sup>\*</sup>  
Marli Renate von Borstel Roesler<sup>\*\*</sup>

### Resumen

El Sistema Único de Salud (SUS), concebido a partir de la Carta Constitucional Brasileña de 1988, busca transponer modelos segregativos de derechos y garantías fundamentales a las acciones y servicios de salud, hasta entonces vigentes en la gestión de las políticas públicas, cuyo principio está establecido a partir de la universalización del atendimento. Al observarse la dinámica territorial brasileña, entre ellas, en la región del bloque Mercosur y en la tríplice frontera, entre los Estados nacionales Brasil, Paraguay y Argentina, se ve infelizmente, entre otras negociaciones de derechos universales que la no titularidad formal de sus habitantes los impide el acceso a las acciones y servicios de la política de salud. El artículo objetiva delimitar ejes de reflexión alrededor de desafíos de superación de procesos históricos y contemporáneos de desigualdad, marginalidad y fragmentación de la sociedad latino-americana y de Estados nacionales para administrar las diferencias sociales para que expandan la ciudadanía democrática.

### Abstract

The Unified Health System (hereby SUS), conceived by the Brazilian Constitutional Charter of 1988, seeks to transpose segregated models of fundamental rights and guarantees to the actions and health services, up to then in force in the management of public policies, whose principle is established from care universalization. When one observes the Brazilian territorial dynamics, in the region of the Mercosur block and in the triple border, between national states: Brazil, Paraguay and Argentina, it is unfortunately seen that, among other negotiations of universal rights, non-formal entitlement of their inhabitants prevents them from accessing actions and services of health policy. The article aims at delimiting as of reflection around challenges to overcome historical and contemporary processes of inequality, marginalization and fragmentation of Latin-American society and national States to manage social differences so that democratic citizenship is expanded.

<sup>\*</sup> Profesora Asistente de la Carrera de Servicio Social de UNIOESTE/Campus Toledo. Doctoranda del Curso de Pos Grado Stricto Sensu en Desarrollo Regional y Agronegocio de Unioeste/Campus Toledo. Correo electrónico: diuslene.fabris@hotmail.com.

<sup>\*\*</sup> Profesora Asociada de la Carrera de Servicio Social y de los Programas de Máster en Servicio Social, Desarrollo Rural Sostenible y Ciencias Ambientales de la Universidad Estatal del Oeste de Paraná (UNIOESTE). Doctora en Servicio Social (PUC/SP) y Pos-Doctora en Medio Ambiente y Desarrollo (UFPR). Líder del Grupo de Estudio e Investigación en Políticas Ambientales y Sustentabilidad – GEPPAS/UNIOESTE. Tutora del Programa de Educación Tutorial PET – Servicio Social, UNIOESTE, campus de Toledo. Correo electrónico: mroesler@certto.com.br

## **Palabras-claves / Key words:**

SUS, MERCOSUR, Derechos Humanos, Ciudadanía Contemporánea, SUS, MERCOSUR, Human Rights, Contemporary Citizenship.

## **I. Introducción**

Los últimos años de la década de 1980 fueron años de grande efervescencia en torno al debate político de apertura democrática en América Latina y del Estado brasileño y de significados controvertidos del génesis de las reformas demandadas, entre ellos, en el ámbito de la política de salud pública con la creación del Sistema Único de Salud(SUS). La promulgación de la nueva Carta Constituyente de Brasil en 1988, representaba la posibilidad jurídica de afirmación democrática de derechos y garantías fundamentales como forma de enfrentamiento nacional al grave aumento de las manifestaciones de las cuestiones sociales, y que hacían emerger las desigualdades y diferencias sociales que distinguen los habitantes.

    Todos los Estados nacionales luchan para administrar las diferencias sociales que distinguen sus habitantes. Algunas de las medidas por ellos adoptadas son dramáticas, como la esclavitud, migración forzada y genocidio. Pero la mayor parte de ellos administra esas diferencias de acuerdo con la formulación de igualdad y de desigualmente que definen sus ciudadanías. Las democracias, en particular, prometen ciudadanías más igualitarias y, con eso, más justicia y dignidad en la organización de esas diferencias. En la práctica, sin embargo, la mayoría de las democracias vivencia conflictos tremendos entre sus ciudadanos, a medida en que sus principios entran en choque con prejuicios cuanto a los términos de la incorporación nacional y de la distribución de derechos (Holston, 2013: 21).

    El autor da destaque, inicialmente, a las posiciones de los Estados nacionales cuanto a las formulaciones de igualdad y de desigualdades que definen sus ciudadanías y que, los conflictos entre los ciudadanos aumentaron considerablemente con la extraordinaria democratización y urbanización del siglo XX. Entre tanto, la insurgencia mundial de ciudadanías democráticas ocurrida en las décadas recientes, de cierta manera, rompió con fórmulas establecidas de gobiernos y de privilegios en las más diversas sociedades. “El resultado es una extrañeza entre la democracia y sus opositores en que nuevos tipos de ciudadanos surgen para expandir la ciudadanía democrática, a la vez que nuevas formas de violencia y exclusión la corroen”.(ídem, íbidem: 21).

    Además de eso, deja explícito, que las ciudades han sido, a lo largo de la historia, escenario de desarrollo de la ciudadanía y, la urbanización global crea condiciones volátiles “a la medida en que las ciudades se llenan de ciudadanos marginalizados y de no ciudadanos que contestan su exclusión. En esos contextos, la ciudadanía es desordenada y desordenadora” (ídem, íbidem: 22).

Souza (2006), contribuye en ese sentido reflexivo sobre los nuevos pactos territoriales en la América Latina, obstáculos y posibilidades en la segunda mitad del siglo XX para enfrentamiento de la desigualdad, marginalidad y fragmentación en la sociedad latino-americana contemporánea, de la distribución de derechos y definición de ciudadanía. El socialismo derrumbado en la antes Unión Soviética y en los países de la Europa Oriental, donde este proceso no señala el fin de esa ideología; las naciones capitalistas entre los éxitos y fracasos de las políticas neoliberales que promovieron y las economías subdesarrolladas, por las exigencias del pago de esa deuda; de las políticas de ajuste e intereses del capital transnacional, abandonan su estrategia de corte proteccionista y se abren al exterior dando como resultado la extensión de la pobreza a continentes de población cada vez mayores y el deterioro ecológico ambiental a una proporción creciente del planeta.

Gouveia (1999), escribe de forma breve sobre la retrospectiva histórica de la relación salud y medio ambiente. Auxilia, sobre todo, en la comprensión de la extensión de la pobreza y creciente deterioro ecológico ambiental e impactos y repercusiones en la salud de la población y desafíos a las políticas públicas regionalizadas y legislaciones. En su estudio, históricamente salud y medio ambiente estuvieron íntimamente relacionados. Y, el rol atribuido al medio ambiente dentro del proceso salud-enfermedad se ha modificado, habiendo periodos en que su importancia era enfatizada y otros en que prácticamente se negó su participación en este proceso.

Ejemplificando, Hipócrates (apud Gouveia, 1999), en su famosa obra "Ares, aguas y lugares", destacaba en el campo que se definía ciencia de la medicina, el papel crucial del medio ambiente en la génesis, determinación y evolución de las enfermedades, aunque en las condiciones históricas de este período, el medio ambiente fuese considerado como un "elemento" a ser pasivamente aceptado y sobre el cual no se ejercía dominio específico. "Esta concepción "ambiental" de la enfermedad fue nuevamente reforzada a partir de los siglos XVI y XVII con la Teoría de los Miasmas, que concebía la transmisión de las enfermedades por el aire y por los olores" (Gouveia, 1999: 51).

A pesar de la teoría miasmática haber sido hegemónica hasta meados del siglo XIX, la dinámica de la urbanización de Europa y la consolidación del modo de producción fabril, seguidos a la Revolución Francesa hicieron crecer los movimientos que atribuían a las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones papel importante en el apareamiento de enfermedades. El medio ambiente pasa a adquirir un carácter predominantemente social, según Barata (apud Gouveia, 1999). Al mismo tiempo en que el medio ambiente era pensado del punto de vista predominantemente social para algunos autores, el advenimiento de la era microbiana o bacteriológica, a la mitad del siglo XIX, introducida por los trabajos de Snow, Pasteur, y Koch entre otros, "relegaría definitivamente, por

otro lado, la teoría miasmática de la enfermedad a un segundo plano, y junto con ella, la importancia del medio ambiente físico y social” (Ídem, *ibidem*: 52).

Recientemente, y también en los países en desarrollo, con el descenso de la morbo-mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas, las enfermedades crónico-degenerativas pasan a ganar destaque, originándose con ellas un modelo de investigación más reduccionista que privilegie factores de riesgo individuales, confiriendo poca o ninguna importancia al medio, del cual esos factores se originaron como destaca Susser (apud Gouveia, 1999). Pero el planeta pasó a experimentar enormes y diferentes cambios ambientales.

La industrialización y los avances tecnológicos hicieron aumentar la cantidad y la variedad de contaminantes químicos eliminados en el medio ambiente. El proceso de urbanización mundial y revolución urbana ha tenido implicaciones plurales y asimétricas para el bienestar general de las personas y para la cualidad del medio ambiente. De ese modo, mientras, de un lado, las concepciones dominantes del proceso salud-enfermedad se alejaban cada vez más del concepto de “medio ambiente”, la degradación creciente de este medio, principalmente en las áreas urbanas, hizo multiplicar los movimientos de carácter ambientalista, que pasaron a tener un propósito más amplio, pero casi nunca teniendo la salud como prioridad (Gouveia, 1999: 53).

Las transformaciones en curso apuntan para cambios de paradigma, de disimulaciones de los antiguos y nuevos modelos de desarrollo, donde la revolución tecnológica y la concentración financiera aparecen como factores preponderantes a la segregación socio-espacial y los altos índices de pobreza como algunos de sus resultados principales. Datos estadísticos presentados por Sousa (2006), consideran la magnitud de la desigualdad, marginalidad y fragmentación en la sociedad latino-americana ubican:

el 10% más rico de la región se apropia del 48% del ingreso; el 10% más pobre, del 1,6%. En Brasil, la brecha entre el ingreso de los más ricos y el los más pobre es 54 veces; en Colombia, de 54,8; en Guatemala, de 63. Por otra parte, estudios del Banco Interamericano de Desarrollo destacan que el 10% más rico de la región tiene doce años de escolaridad; el 30% más pobre, sólo cinco. El 20% más rico, de cada mil niños, 40 mueren antes de cumplir cinco años; el 20% más pobre, más del doble: cerca de cien” (Sousa, 2006: 136).

Sousa (2006), expresa que el capitalismo desde sus inicios mostró una vocación de dominio universal. Las relaciones capitalistas penetran los espacios, estructuras y relaciones siendo transformadas con el objetivo de obtener hegemonías sobre las mismas. Así, se hace necesario el análisis para buscarse profundizar el fin conductor de la génesis y consecuencias de un proceso productivo perjudicial para los pueblos de la región e, por su vez, crear un entorno favorable y un momento oportuno para retomar el debate

sobre la integración y pactos territoriales; y, además de eso, de traducir con criticidad las propuestas que hoy surgen en América Latina en políticas concretas fundadas en la realidad social de cada país y que responden a las necesidades y aspiraciones del desarrollo de sus pueblos. Además, sin dejar de correlacionar la realidad social de cada país la dimensión espacial referente a la teoría de la acumulación de Marx en el modo de producción capitalista<sup>1</sup>.

El número de latinos-americanos que viven en situaciones de pobreza disminuye levemente en 2004 y sumaron 224 millones de personas, equivalentes a 43,2% de la población, pero, se incrementaron los índices de desigualdades en la región, segundo estudios difundidos por la Comisión Económica para América Latina y Caribe (CEPAL). Sin embargo, el número de personas que viven con menos de un dólar, en ese período, se ubicó en 98 millones, alcanzando el 18,9% de la población total de América Latina. Pero, mismo observada una disminución del número de pobres, la región en 2004 tuvo aumento en los indicadores de desigualdad social. La CEPAL informó que la mala distribución del ingreso en la región no mejoró, sino que tiende a empeorar, en lo que refleja en que más de 20 millones de latinoamericanos viven fuera de su país de nacimiento - cifra considerada inédita para la región - de los cuales 15 millones residen en los Estados Unidos. Para Sousa (2006: 138), los datos estadísticos expresan que “la desigualdad no es un castigo de la naturaleza, es una construcción humana”.

El Documento Informativo Panorama Social de la América Latina, de 2013, presenta las mediciones oficiales de la CEPAL referentes al análisis de la pobreza por ingreso y busca ofrecer enfoques innovadores sobre pobreza y bienestar, enfatizando abordajes multidimensionales, de carácter exploratorio, sin embargo no son exhaustivos, conforme informaciones iniciales de la presentación en el texto. Lo que permite complementar/ampliar la comprensión de los datos presentados anteriormente con referencia a los datos de 2004.

Para CEPAL (2013: 11-12), el producto por habitante de la región de América Latina y del Caribe creció 4,5% en 2010, 3,2% en 2011 y apenas 1,9% en 2012, año en que la economía mundial se deterioró. A pesar del crecimiento moderado de la economía, como resultado de la generación de empleos, la tasa de ocupación aumentó, absorbiendo el pequeño incremento de la tasa de participación en la actividad económica, y permitió que la tasa de desempleo

---

<sup>1</sup> En estudios de Harvey (2005) sobre la geografía de la acumulación capitalista a partir de la reconstrucción de la teoría marxista y publicado por primera vez en *Antipode*, edición de 1975, se encuentra expresado que durante mucho tiempo, se ignoró la dimensión espacial referente a la teoría de la acumulación de Marx en el modo de producción capitalista. Un análisis más atento a sus obras revela que Marx reconoció que la acumulación de capital ocurría en un contexto geográfico, creando tipos específicos de estructuras geográficas. “Desarrolló un nuevo abordaje relativo a la teoría de localización (en que la dinámica está en el centro de las cosas) y mostró ser posible ligar, teóricamente, el proceso general de crecimiento con el entendimiento explícito de una estructura emergente de relaciones espaciales” (Harvey, 2005: 41).

disminuyese levemente, del 6,7% al 6,4%, ubicándose en el menor nivel de las últimas décadas (CEPAL/OIT, 2013). En términos regionales, en la mayoría de los países con información disponible si subsidiada mantuvo o se incrementó el poder adquisitivo de los sueldos medianos, en concordancia con los bajos niveles que presentó la inflación, cuya media simple pasó del 7,1% al 5,4% entre 2011 y 2012.

En 2012, de la población total de América Latina (con estimativa correspondiente a 18 países de la región), el 28,2% era pobre, mientras la indigencia, o pobreza extrema, alcanzaba el 11,3%. Esto significa que 164 millones de personas son pobres, de las cuales 66 millones son pobres extremos. En relación a la tasa de pobreza de 2011 (29,6%), las cifras representan una disminución de 1,4 puntos porcentuales. La pobreza extrema se mantuvo sin variaciones apreciables, observados en 2012 apenas 0,3 puntos porcentuales abajo del de 2011 (11,6%). El número de personas pobres decreció en cerca de 6 millones en 2012, al paso que el número de personas indigentes se mantuvo prácticamente constante. Prácticamente sin excepciones, la pobreza en la región muestra una caída acumulada que, en promedio, llega a 15,7 puntos porcentuales desde 2002.

La pobreza extrema registra una reducción de 8,0 puntos porcentuales, aún que el ritmo de su disminución se tenga frenado en los últimos años. Entre 2002 y 2007 el número de personas pobres se redujo a una tasa del 3,8% al año y el número de personas indigentes a un ritmo de 7,1% anual. Contractando, en el periodo 2007-2012, la velocidad con que se redujo el número de personas con insuficiencia de ingreso cayó para el 2,5% anual, en el caso de la pobreza y para 0,9% anual, en el caso de indigencia. Luego, de los once países que disponen de información para el año de 2012, se advierte que en seis de ellos se registraron disminuciones de los niveles de pobreza. La República Bolivariana de Venezuela presentó la mayor reducción de la pobreza, de 5,6 puntos porcentuales (de 29,5% para 23,9%) y de la pobreza extrema, de 2,0 puntos porcentuales (del 11,7% para el 9,7%). En Ecuador, la pobreza cayó 3,1 puntos porcentuales (del 35,3% al 32,2%) y la indigencia 0,9 puntos porcentuales (del 13,8% al 12,9%). En Brasil, la pobreza disminuyó 2,3 puntos (del 20,9% al 18,6%), mientras la pobreza extrema caía 0,7 puntos (del 6,1% al 5,4%). En Perú, se registró una caída de 2,0 puntos en la tasa de pobreza (del 27,8% al 25,8%) y en Argentina y Colombia la reducción fue algo superior a 1(un) punto porcentual. En esos tres últimos países, la pobreza extrema no presentó variaciones apreciables en relación a los niveles de 2011. Cuanto al análisis multidimensional de la pobreza, según CEPAL (2013: 14), el análisis empírico se construye con base en un núcleo de indicadores que tradicionalmente han hecho parte de las mediciones de necesidades básicas insatisfechas<sup>2</sup>, a los cuales se juntan la medida de privación por ingreso y algunas dimensiones no incluidas habitualmente en el análisis de la pobreza. “Se clasifican como pobres todas las personas con carencias en al menos

dos de los indicadores considerados. La agregación de los resultados en un índice sintético se basa en la metodología propuesta por Alkire y Foster (2009)<sup>2</sup> (CEPAL, 2013: 13).

Aún, en datos informativos de CEPAL, de 2013, la medición de la pobreza con un enfoque multidimensional de privaciones no cuenta todavía con los consensos metodológicos. Complementa el enfoque de ingreso y posibilita captar tanto poblaciones en que ambos los parámetros coinciden como grupos que padecen privaciones en necesidades básicas sin que su nivel de ingreso necesariamente los ubique abajo de la línea de pobreza. Uno de los aspectos preocupantes de la evolución de la pobreza monetaria en América Latina y Caribe se encuentra la infantilización de la pobreza, cuyo debate se inició en la región en la década de noventa. De ahí, está la importancia de avanzar en una medición multidimensional que identifique las privaciones vinculadas a la provisión de servicios y bienes que afectan directamente estos grupos, como las insuficiencias de ingreso para satisfacer las necesidades de todos los miembros de la familia.

La pobreza infantil es entendida, en el trabajo conjunto de CEPAL/ UNICEF para la América Latina y el Caribe “como la presencia de privaciones en el ejercicio de los derechos de los niños y adolescentes en determinados ámbitos y que son reconocidos como constitutivos de pobreza: educación, nutrición, vivienda, agua, saneamiento e información [...]”. (CEPAL, 2013, p. 19). Del punto de vista metodológico, las características del enfoque de derechos condicionaron los criterios adoptados. En esa perspectiva, el carácter universal de los derechos implica valorar el derecho o su privación, de la misma manera en todos los grupos poblacionales de niños y adolescentes, sin fijar distinciones para las poblaciones urbana y rural; y su indivisibilidad e interdependencia.

En América Latina, el 40,5% de los niños y adolescentes son pobres. Esto implica que, en la región, la pobreza infantil total afecta 70,5 millones de personas menores de 18 años. De ese total, el 16,3% de los niños y adolescentes se encuentran en situaciones de pobreza extrema, entendiendo como tal la existencia de al menos una privación grave. O sea, uno en cada seis menores es extremadamente pobre, lo que significa que más de 28,3 millones de niños y adolescentes se encuentran afectados por este flagelo (CEPAL, 2013: 20).

---

<sup>2</sup> *El Documento de CEPAL de 2013, **Panorama Social de la América Latina** aborda la medición de la pobreza desde un punto de vista multidimensional, como carácter esencialmente exploratorio y sin el propósito de presentar una medida definitiva de pobreza multidimensional en la región, sobre todo, incorpora un enfoque que permite complementar la medición convencional. Considera útil explotar diferentes dimensiones, umbrales y formas de agregación que permitan avanzar en la construcción metodológica de indicadores pertinentes y factibles de que sean aplicados en la región. Entre las dimensiones, indicadores de carencias y ponderaciones para la mediación de la pobreza con base en indicadores clásicos de necesidades básicas insatisfechas están: Dimensión Agua y Saneamiento; Dimensión Energía; Dimensión Vivienda; y Dimensión Educación.*(CEPAL, 2013:13-14)



En esa dirección interpretativa, la cual involucra la perspectiva multidimensional y con enfoque de derechos, Mamigonian (2006), contribuye al entendimiento del panorama social de la región con la profundización del entendimiento histórico, buscando las complejas cuestiones territoriales de América Latina. Él expresa en el texto *¿Cuál es el futuro de América Latina?* Que la derrocha del nacional-desarrollismo, vigente de 1930 a 1980 en América latina ocurrió, en gran parte, por presión del gobierno Reagan (1980-88), visando obtener en el continente latino dos ventajas simultáneas: “ 1) pago draconiano de los intereses de las deudas externas, favoreciendo bancos y 2) apertura de los mercados internos, a pretexto de libre comercio y de combate a la inflación, favoreciendo las empresas industriales y de servicios del centro del sistema, sobre todo, norte-americanas” (Mamigonian, 2006: 125).

Datos direccionados al Brasil, el autor enfatiza el papel del pacto de poder ligado a la Revolución de 1930, con destaque a sectores vinculados al mercado interno (terratenientes e industrias), motores estratégicos de la industrialización, que contaron con el apoyo estadounidense en la implantación de las grandes estatales (CSN y CVRD) durante la Segunda Guerra Mundial y en el sector productivo hasta 1980. En el período de 1930-1980, el crecimiento brasileño tuvo velocidad semejante al de la URSS y de Japón, por encima del promedio mundial. Se constituye, por tanto, un edificio industrial complejo, se creó una agropecuaria competitiva, un sistema educacional y técnico científico avanzado. Empresas como la Petrobras, la Embraer, la WEG, entre otros ejemplos, hicieron de Brasil una pequeña potencia. “Pero Brasil está lleno de problemas y nos cabe preguntar cómo estos crecieron y como enfrentarlos, en nuestro beneficio y de América del Sur” (Ídem, *ibidem*: 134).

En la perspectiva y cuidado crítico de análisis de las consecuencias del capitalismo para los pueblos latinoamericanos y afirmación de la garantía de derechos humanos, Balakrishnan (2000), expresa que el capitalismo tiene como premisa la memorable negación de la organización comunitaria de los productores derechos en su relación con la naturaleza, unos con los otros y con sus señores. En el proveimiento comunitario de la subsistencia campesina, regiones enteras de la Tierra son zambullidas, infelizmente, en una dependencia inescapable del mercado, poniendo en movimiento una expansión incesante de las fuerzas productivas.

Bajo esa perspectiva de entendimiento del Estado en la sociedad capitalista, las demandas de derechos y garantías fundamentales de salud entran como temática de la Asamblea Constituyente Brasileña, instituida en 1987/1988, foco de provocadas disputas políticas entre bloques empresariales y entidades del sector. En este contexto, es creado el Sistema Único de Salud (SUS), cuya regulación constitucional se completó en 1990, con la edición de



dos leyes. La Ley nº 8.080 de 19 de setiembre<sup>3</sup>, que trataba del proceso de descentralización, de las competencias de las diferentes esferas de gobierno y de la organización del Sistema y la Ley nº 8.142 de 28 de diciembre<sup>4</sup>, que dispone sobre la participación de la comunidad y los mecanismos de transferencia de recursos financieros en el área de la salud; estableciendo así, remesas regulares y automáticas del gobierno federal.

Se resalta que el modelo que se implantó propuso alterar la situación de desigualdad y exclusión en la asistencia a la salud de la población, con impactos en la defensa y garantía de demás derechos fundamentales, garantizando el atendimento gratuito en los hospitales, puestos de salud y en otros servicios públicos sin distinción de raza, credo o clase social. Se privilegia, de este modo, una acción volcada a la mejoría de las condiciones de vida de la población, siendo tomada como criterio para avanzar en la lucha por una sociedad brasileña más justa<sup>5</sup>.

En los términos de la Constitución Federal de 1988, salud es derecho del ciudadano brasileño, asegurado por políticas sociales y económicas y por el acceso universal e igualitario a los servicios de salud (art. 196). Al mismo tiempo, la Constitución determina que es deber del Estado garantizar el ejercicio de ese derecho (art. 196), por fuerza de su responsabilidad tanto en el campo específico de las acciones y servicios públicos de salud, ejercida por medio del Sistema Único de Salud (SUS), como, en el ámbito general, al promover el desarrollo social y actuar sobre los determinantes de las condiciones de salud. Aunque libres a la iniciativa privada (art. 199 caput), las acciones y servicios de salud son de "relevancia pública", cabiendo al Poder Público disponer, en los términos de la ley, sobre su reglamentación, fiscalización y control (Constitución art. 197). (CEPAL, 2009: 3)

En 1990 un nuevo gobierno asume el poder (Gobierno Collor de Mello), los derechos humanos fundamentales y garantías referentes a la salud en la Constitución Federal de 1988 sufrieron retroceso. La nueva política gubernamental establecía el desmantelamiento de las políticas sociales, defendiendo una política neoliberal que visaba reducir e indeterminar los mecanismos de protección social, implicando en el deterioro de los

<sup>3</sup>Disponible en: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Recuperado el 23/02/14.

<sup>4</sup>Disponible en: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Recuperado el 23/02/14.

<sup>5</sup>Insertamos subsidios reflexivos del texto de Freire (2013) acerca de los Derechos Humanos en Brasil: *ilusión jurídica o posibilidad histórica para comprensión de la relación derechos humanos y lucha por una sociedad más justa. La autora discute que "los derechos humanos de libertad, fraternidad e igualdad son para Marx, como observa Mészáros (1993, p. 207), problemáticos no por si propios, pero decurrentes del contexto en que se originan "mientras postuladas ideas abstractas e irreversibles, contrapuestos a la realidad desconcertante de la sociedad de individuos egoístas". [...], para recordar Marx, Mészáros (ibid), es extremadamente complicado creer que "una sociedad regida por las formas deshumanas de la competición antagonica y de la ganancia implacable, aliados a la concentración de riquezas y poder en un número cada vez menor de manos", pueda defender los derechos humanos" (Freire, 2013: 152).*

servicios públicos, comprometiendo la universalidad, la equidad y la igualdad preconizadas en la fundamentación del Sistema Único de Salud.<sup>6</sup>

En este sentido, se puede considerar que las conquistas de acciones y servicios de salud se hicieron más en los términos jurídicos de lo que en el ámbito social, cultural, ideológico y político del país. Evidenciando que las reformas propuestas por el Estado tenían sentido de descalificar la noción de público y desregular los derechos sociales existentes, atendiendo al modelo de Estado y sociedad preconizado por el neoliberalismo, lo cual centra su intervención a partir de la selectividad y minimización de la estructura y acción del Estado.

Partiéndose para tal entendimiento que segundo Harvey (2005: 89), la concepción del Estado como forma súper estructural, que posee su base en un modo particular de producción (aquí, el capitalismo), es adecuada para propósitos del análisis teórico, pero, se muestra inadecuada al ser proyectada ingenuamente en el estudio de las sociedades capitalistas reales. “El Estado burgués no nace como reflejo automático del crecimiento de las relaciones capitalistas. Las instituciones estatales tienen de ser (y era) ejercido a través de esas instituciones, ayudando a crear las relaciones reales que, al fin, las instituciones estatales reflejan”.

Haces de esta afirmativa pueden ser constadas en el espacio territorial de la “tríplice frontera” entre Brasil, Paraguay y Argentina y que, comprenden el movimiento de migración de brasileños para Paraguay, como hacenderos, o trabajadores rurales y la formación del Mercado Común del Sur – Mercosur. En 1991, Brasil, Paraguay y Argentina, conjuntamente con el Uruguay, a través del Tratado de Asunción, formalizan un bloque económico, denominado Estados-Partes.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup>Para Sousa y Oliveira (2013: 119), “en la mitad de los años de 1990 es que se consolidaría, pragmáticamente, el neoliberalismo en Brasil. En ese momento, las élites brasileñas se unen en torno del proyecto neoliberal, unión esa que se configuraría en el pacto entre las élites financieras e industriales, con las históricas oligarquías rurales existentes en el país. La defensa de la libertad de mercado y los ataques al intervencionismo estatal daría la tónica de las acciones gubernamentales del mandato de Fernando Henrique Cardoso, iniciada en 1995”.

<sup>7</sup> El Mercado Común del Cono Sur – MERCOSUR, actualmente, está integrado por la República Argentina, la República Federativa del Brasil, la República del Paraguay, la República Oriental del Uruguay, la República Bolivariana de Venezuela y República Plurinacional de Bolivia. Los Estados Partes del Mercosur comparten una comunión de valores que encuentra expresión en sus sociedades democráticas, pluralistas, defensoras de las libertades fundamentales, de los derechos humanos, de la protección del medio ambiente y el desarrollo sostenible, bien como su compromiso con la consolidación de la democracia, la seguridad jurídica, el combate a la pobreza y el desarrollo económico y social con equidad. El MERCOSUR tiene como Estados Asociados Chile, Colombia, Perú, Ecuador, la Guayana y el Surinam. La participación de los Estados Asociados en las reuniones del MERCOSUR y la celebración de Acuerdos se rigen por lo establecido en las Decisiones CMC N° 18/04, 28/04 y 11/13. (MERCOSUR, 2014). Disponible en: [http://www.mercosur.int/t\\_generic.jsp?contentid=4002&site=1&channel=secretaria&seccion=3](http://www.mercosur.int/t_generic.jsp?contentid=4002&site=1&channel=secretaria&seccion=3). Recuperado el 03/02/2014.

Según Fier (2004), el MERCOSUR nació al inicio de la década de 90, por tanto en otro escenario, con un objetivo, aunque no explícito: el mercado. No hubo énfasis para los demás segmentos, como los servicios, ni llevó en cuenta las cuestiones sociales y humanas. Aun siendo el mercado el objetivo, el acuerdo anunciaba un período rico en la historia del Cono Sur, al pensar en corregir o hasta superar los antiguos equívocos que habían marcado las relaciones entre Brasil, Argentina, Paraguay y Uruguay. El preuncio podía ser sentido a partir del título del primer acuerdo-cuadro firmado con Argentina, aún en 1988: Tratado de Integración, Cooperación y Desarrollo. La idea de integración estaba vinculada al objetivo del desarrollo que implicaría, en última instancia, de manera indirecta, la mejoría del nivel de vida de las poblaciones de la región.

La intención inicial de la integración fue totalmente abandonada por los Gobiernos de Collor y Menem y no corregida por Fernando Henrique Cardoso, cuando, a través del Tratado de Asunción, se priorizó un área de libre comercio y la unión aduanera, con el objetivo de abrir el mercado a cualquier costo. “Tal política estimuló la disputa de las empresas intrabloque y no la busca de la integración y cooperación, generando a corto plazo una crisis en el MERCOSUR, que quedó reducido casi que meramente a una marca, agravada, todavía, con la crisis económica que afectó los cuatro países del bloque, con mayor profundidad en Argentina” (FIER, 2004: 34).

Se nota que, hasta el presente momento, la formación del bloque no superó la propuesta primera de ser un acuerdo de integración económica intragubernamental volcado a la composición de un mercado común afinado a los preceptos del capital. Movimientos de interacción iniciados antes de la formalización del MERCOSUR, como ejemplificado anteriormente, abarcan la expresiva migración de brasileño para el Paraguay. Según Geiger (2006: 153-154), datos del Fondo de las Poblaciones de las Naciones Unidas, calcularon en 600.000, o el 12% de la población total, el número de extranjeros viviendo en Paraguay, de los cuales, 350.000 brasileños, o “brasiguayos”. Se cuenta, por otro lado, que el 12% de los nacidos paraguayos salieron de su país, la mayoría, como fuerza-de-trabajo en São Paulo y Buenos Aires. Otro importante contingente del movimiento poblacional en la nueva nomenclatura geográfica y que aparece “Tríplice Frontera”, es formado por estudiantes paraguayos, o bolivianos, frecuentando universidades argentinas y brasileñas.

Se observa que las fronteras de Estados Nacionales participantes del bloque suramericano MERCOSUR se ha destacado mientras espacio regional y de identidad institucionalizada de mercado común, de muchas tensiones sociales, ocasionadas por el movimiento de las poblaciones en

la busca de medios para suplir sus necesidades esenciales<sup>8</sup> - hasta porque, como bien afirma Souza (2011: 175) al definir frontera:

Son espacios en los cuales lo local y lo internacional se articulan, estableciendo vínculos y dinámicas propias, construidas y reforzadas por los pueblos fronterizos.[...]. Son regiones que no “respetan” las barreras existentes, ya que hay acción e interacción de los agentes fronterizos estimulando dinámicas fronterizas informales.

Mencionado aún por Geiger, entre otras condiciones de su formación y dinámica política y económica, que facilitan en relieves aplanados la circulación terrestre de personas y mercancías, Paraguay vio el establecimiento de colonias extranjeras urbanas, incluso gran número de origen árabe, participando del comercio a menor con los países vecinos. “Se calcula un pasaje anual de 10 mil millones de dólares en mercancías contrabandeadas de Paraguay para Brasil. Surgió nueva nomenclatura geográfica, como “Puente de la Amistad”, sobre el río Paraná, “Tríplice Frontera”. (Geiger, 2006: 153)

En este contexto de crisis y tensiones, lateralidades y estrategias de enfrentamiento a un acuerdo de bloques de Estados y de condiciones del MERCOSUR, que no se extendió al campo jurídico-social, se tiene la base territorial de la “tríplice frontera” y de identidad de los “brasiguayos”<sup>9</sup>. Que por imposición de la legislación vigente acaban viviendo en situación de irregularidad civil, hecho que los excluyó de la protección social en ambos países y en la América Latina.

Un factor fundamental para evaluar las políticas de protección social, sean estas financiadas con recursos fiscales o por contribución, consiste en determinar cómo responden a las dinámicas de riesgos y su distribución social. Se hace fundamental identificar como se brindan los servicios, cual es la diversidad de riesgos frente a los cuales otorgan protección y como

---

<sup>8</sup> La noción de región, antes de remitir a la geografía, se refiere a una noción fiscal, administrativa, militar [...], la región se liga directamente a las relaciones de poder y su espacialización; ella remite a una visión estratégica del espacio, a su escudriñamiento, a su recorte y a su análisis, que produce saber (Albuquerque, 2006: 25).

<sup>9</sup> “La expresión brasiguayo fue creada primeramente con el intuio de organización, los campesinos y trabajadores rurales pobres de todo orden expulsos del campo paraguayo por la modernización agrícola que llegaba al vecino país en el inicio de los años 1980, fueron forzados por las condiciones impuestas, a se re-inmigrasen nuevamente para sus rincones natales y, en 1985 cerca de mil familias de esos campesinos expulsados, levantaron un inmenso campamento en el municipio de Mundo Novo, al Sur del Estado de Mato Grosso do Sul. En ese momento histórico, nació la expresión brasiguayo que, posteriormente, se volvió una identidad en el proceso de lucha para esa gente. Además de eso, la identidad brasiguaya se hacía importante en aquel momento, organizados, los campesinos campados, tendrían mayor poder en la reivindicación de derechos, que afirmaban poseer, junto a los órganos gubernamentales brasileños, principalmente el INCRA” (Ferrari, 2007: 119).

se especifican los beneficios. Dos de estas dimensiones son esenciales a la protección social: la filiación a los sistemas de salud y de pensiones. Por CEPAL, la protección social debe regirse por los siguientes principios:

- El principio de universalidad: a todos los ciudadanos, como miembros de la sociedad, se debe garantizar, en calidad de derechos, determinadas protecciones o beneficios (con determinadas características cuanto a la cantidad y calidad) que son necesarios para su participación plena en la sociedad. [...].
- El principio de solidaridad: las personas deben participar en el financiamiento de la política social de acuerdo con la capacidad económica de cada cual, en el acceso a los servicios sociales.[...].
- Los criterios de selectividad: son criterios tendientes a asegurar que los servicios sociales lleguen a la población más pobre. Para atender al carácter multidimensional y heterogéneo de la pobreza, debe existir una interacción benéfica entre las políticas universales e integrales, y las selectivas y diferenciadas.
- El principio de eficiencia: para que la igualdad sea mayor y sustantiva, el uso de los recursos públicos debe ser eficiente de manera a potenciar los principios de universalidad y solidaridad, sin contraponerlos (CEPAL, 2013: 31-32).

Entre los principales desafíos que se presentan para los sistemas de protección social en la región están avanzar en dirección a la universalidad de la protección social y de sus beneficios, lo que, requiere definir y garantizar pactos sociales para asegurar su prioridad y mejorar las capacidades para su ejecución; nivelar las condiciones existentes en el ámbito productivo, reduciendo la heterogeneidad de la estructura productiva, mejor financiamiento de la protección social y optimizar el impacto de las políticas sociales; avanzar en materia de institucionalidad laboral, teniendo en vista que el desarrollo de la protección social se vincula históricamente a la legislación laboral, a las regulaciones de las condiciones de trabajo, a las dimisiones, a las negociaciones colectivas, a las políticas de capacitación y educación ya las capacidades de supervisión del cumplimiento de las normativas. También, se hace necesario y ese contexto, “superar la fragmentación y la segmentación de la protección social, en el marco de una solidaridad integral, en el cual se combinen mecanismos contributivos y no contributivos” (CEPAL, 2013: 32).

Se ve que, la omisión a los principios de protección social, entre otros que fundamentan los derechos humanos universales, los Estados-Partes tienen secundarizado a la dimensión social del MERCOSUR y en América Latina, tornando la busca y estrategia de las poblaciones por derechos sociales una cuestión invisible, que se suma a la permeabilidad de esas fronteras, las cuales contribuye de sobremanera para que los desplazamientos intrabloques ocurran. Se nota, que las inmigraciones en el contexto actual son totalmente distintas de aquellas de los años 1960 ó 1970, pues actualmente el proceso se

da en menor tiempo y duración, con distancias acortadas por las facilidades de comunicación y locomoción.<sup>10</sup>

Así, se puede contextualizar que, para Marques (2013), es importante asumir la necesidad de los derechos humanos universalmente protegidos, para más allá de las circunstancias ocasionales y de las correlaciones de fuerza momentáneas o puntuales. La protección de los derechos humanos discurre de la universal fragilidad humana delante da fuerza física, de las tecnologías de producción, de los diferentes tipos de dolor y de la circunstancia existencial de que todos, en diferentes momentos históricos y de vulnerabilidad que podemos encontrarnos. De la “universalidad de la capacidad de errar, de tornar los otros vulnerables y de violar sus esferas de dignidad y autonomía, aun teniendo en mente las más grandiosas intenciones y los mejores planes para el futuro colectivo; la Historia lo demostró trágicamente” (Marques, 2013: 206).

En este sentido Astorga (2004), escribe que en el contexto de las migraciones co-existen factores motivadores de las migraciones clasificados como elementos del orden tangibles e intangibles. En la primera categoría, según el autor, estarían los elementos referentes a las condiciones económicas de los países, la apertura de sus mercados, la facilitación del comercio de frontera, bien como la posibilidad de amnistía migratoria. En la segunda categoría, la de los factores intangibles, se suman también a las raíces históricas culturales comunes a las zonas en cuestión.

---

<sup>10</sup> Datos sobre cobertura y filiación a los sistemas de salud en los países latino-americanos se tiene que la filiación a los sistemas de salud y de pensión que se registra en las investigaciones de domicilios es un acercamiento válido a la trayectoria de la protección social, aunque no sea un indicativo de la calidad o del tipo de servicio de salud a los que las personas efectivamente tienen acceso. Cuanto a la población pensionista, se puede medir, el ingreso recibido y que indique las trayectorias laborales de las personas y de los sistemas de pensiones vigentes. De los años 2002 a 2011, la cobertura de la protección social en salud y pensiones de los asalariados de América Latina creció, aún que ciertamente con magnitudes diferentes y a partir de puntos de partida muy diversos. En materia de filiación, esa evolución refleja una dinámica positiva del mercado de trabajo, más reveladora aún al considerar que eso ocurrió en el marco de la reciente crisis financiera y económica mundial, considerada la más grave desde la Gran Depresión, y que, en algunos planes, repercutió en la región. Y algunos países la cobertura continúa siendo muy baja. Como ejemplo se tiene que la filiación a los sistemas de salud de los países de América Latina aumentó, en promedio, cerca de 12 puntos porcentuales entre 2002 y 2011. Las excepciones las constituyen El Salvador, que apuntó un pequeño retroceso, y Uruguay (áreas urbanas) que, con un nivel ya muy elevado en 2002 (más del 98%), prácticamente no registró mejorías. Avanzos significativos se observaron en Colombia, Ecuador (áreas urbanas), Perú y República Dominicana, donde se registraron aumento que variaron de 21 a 39 puntos porcentuales. Argentina (áreas urbanas), Chile, Costa Rica, Panamá y Uruguay (áreas urbanas), presentan las mayores coberturas de salud en ambos los puntos de tiempo. Colombia mostró en diez años un avance considerable, llegando a alcanzar una de las filiaciones más altas de la región. Esfuerzos notables de ampliación se observa en Ecuador (áreas urbanas), México, Perú y República Dominicana, [...]. El Salvador, antes de la reforma de salud que se encuentra en proceso, muestra una evolución negativa y en Honduras hay virtualmente una estagnación en un nivel bajo de filiación. En los estudios consultados no era posible distinguir la filiación a la salud en Brasil, que cuenta con un sistema universal (CEPAL, 2013: 32-33).

Hay que considerarse, por tanto, que las razones o motivos para los procesos migratorios son impregnados de elementos de orden objetiva y también subjetiva, que se pasan en el ámbito individual o colectivo. Sin embargo, Astorga (2004), alienta que, las nuevas tendencias observadas en las migraciones transfronterizas han permitido la convivencia de diferentes grupos sociales, creando diversas interfaces políticas, culturales y económicas, las cuales han dado origen a una endoculturapropia con ideas, tradiciones, gustos y costumbres propios de cada país.

La región no es una unidad que contiene una diversidad, mas es producto de una operación de homogeneización, que se da en la lucha con las fuerzas que dominan otros espacios regionales, por eso ella es abierta, móvil y atravesada por diferentes relaciones de poder. [...]. El Estado es, en verdad, un campo de lucha privilegiado para las disputas regionales. Él no demarca los límites político-institucionales de las regiones, pero puede venir a legitimar o no estas demarcaciones que emergen en las luchas sociales (Albuquerque, 2006: 26).

En esta perspectiva, la convivencia cotidiana en el espacio de la "tríplice frontera", del sentimiento de pertenencia a un territorio institucionalizado, de las condiciones de formación del mercado común – MERCOSUR, ha señalado el surgimiento de nuevas figuras fronterizas de las cuales se destaca la pauta dos derechos sociales, reforzando lo que afirma Bourdieu (2008), que es a través de las luchas que hacen la historia del mundo social que se construyen las categorías de percepción del mundo social, y a la vez, los grupos construidos según tales categorías.

## **II. La ciudadanía concebida y la ciudadanía usufruída: el MERCOSUR y la dimensión social hoy**

Tras la implantación de la Ley Orgánica de la Salud (Ley 8080/1990), Brasil pasa a direccionar su gestión para una perspectiva neoliberal que según Netto (2000), inviabiliza la construcción de un Estado garantizador de derechos humanos universalmente protegidos, presentando una dupla haces: por un lado forneció elementos para justificar la imposibilidad de asegurarse de hecho los derechos sociales y de otro lado, instauró condiciones para la viabilidad práctica de adecuaciones de las políticas al proyecto político neoliberal. En este sentido, se ve una tensión instalada entre lo que preconiza la Carta Constituyente de 1988, cuando propone la efectividad de los derechos sociales en el campo formal, y lo desplaza para la solidaridad, despolitizando el atendimento.

Para Bezerra (2007), esta realidad se vuelve particularmente perceptible en la salud, donde la precariedad es notable en la ausencia de productos básicos, falta de profesionales, falta de equipos y de manutención de las estructuras, destacándose as dificultades inherentes a la gestión,



financiamiento, instrumentación jurídica legal, migración, ciudadanía y poblaciones de frontera.

De igual forma, la nueva dimensión política de las sociedades occidentales, direccionada para la perspectiva de la globalización, impone la necesidad de la discusión en torno a los derechos sociales, de manera especial el derecho a la salud que no puede ser aislado de las relaciones económicas, visto que, en la actualidad, lo mismo viene siendo tratado en el plan de la individualidad.

En esta perspectiva Telles (1999), habla que la noción de derechos no está centrada solamente en demandas individuales, mas compone una sociabilidad política que exige la existencia de espacios públicos democráticos donde las decisiones sean pautadas en la legitimidad y en la justicia. Por su vez, para Cohn (2003), la idea de protección social pública no está más restringida a los límites del Estado-nación, pero se extiende para los bloques regionales, conformando nuevos espacios de regulación a la medida exacta en que se verifica en las sociedades contemporáneas el mercado como articulador central de la organización social.

Así, se verifica en la sociedad actual, en los espacios fronterizos, que está fortalecida la disociación de la ciudadanía nacional como generadora de derechos. Según Vieira (1999), la debilitación de la disociación entre ciudadanía y Estado-nación, amplía las posibilidades de construcción de un nuevo referencial sobre la cuestión de los derechos y de la ciudadanía.

Para Nogueira (2008), otro aspecto crucial cuando se debate la ciudadanía social y el derecho a la salud, especialmente en épocas de mundialización y en regiones fronterizas, es el criterio de atribución de nacionalidad, que en el caso de Brasil es atribuida a partir del criterio *jus soli* o *jus sanguinis*, que considera brasileño nato los nacidos en territorio brasileño, mismo que con padres extranjeros que estén a servicio del país, e posibilita a los hijos de madre o padre brasileños nacidos en el exterior cuando vengan a vivir en el país, optar por la nacionalidad brasileña. Este contexto, por cierto, hace agudizar las regiones empobrecidas de las fronteras, donde la desigualdad económica y la escasez de protección social se vuelven presencia marcada en el cotidiano de las personas.

En el caso específico de la "tríplice frontera" entre Brasil, Paraguay y Argentina, una de las cuestiones que se imponen al cotidiano, dice respeto a los llamados brasiguayos, cuyo origen del proceso tuvo inicio en los años 1960 cuando los gobiernos militares de Brasil y de Paraguay tenían intereses económicos pautados en las agendas de sus países, y los cuales estaban en el orden de las prioridades absolutas:

El hecho es que es de autoría de Stroessner la estrategia de sustituirlos campesinos de su país, en su gran mayoría descendiente de indios guaraníes, por los campesinos del sur de Brasil. La idea básica era racista: siendo los campesinos descendientes de italianos y alemanes, eran más calificados para transformar Paraguay en una potencia agrícola. El proyecto agradó al gobierno de Brasil por un motivo simple: desde la década de 60 venía siendo tratada la construcción, en asociación con los paraguayos de la Usina Hidroeléctrica de Itaipú. Por tanto cuanto más brasileños viviesen en Paraguay, mayor sería la protección de los intereses de Brasil (Wagner, 2003: 32).

Esta política de desarrollo implementada por los dos países generó para la actualidad un pasivo social, pues inúmeras familias de brasileños viven en Paraguay sin documentación oficial de ninguno de los dos países, hecho que los constituye apátridas. Para Nogueira (2008), la condición de apátridas remite los brasiguayos a una situación de individuo sin patria, sin derecho a la protección ya la tutela del Estado, llevando muchos de estos sujetos a construir estrategias de sobrevivencia con el intuito de garantizar el acceso a los servicios de salud.

[...] el Estado y sus respectivos aparatos tienden a controlar las relaciones sociales a través de la creación de leyes y normas que visan dificultar y hasta mismo imposibilitar las acciones de los trabajadores, forzándolos a encuadrarse en un modelo esperado e idealizado. Sin embargo, en la vida cotidiana existen situaciones que escapan del control estatal[...]. (Lefebvre (1961) apud Cardin, 2011:130).

Así, las estrategias utilizadas por los habitantes de frontera, en muchos momentos son puestas a par y paso con la ilegalidad, sin embargo, se constituyen necesarias a la manutención de la propia vida de muchos de estos sujetos. Para Ferrari (2008),

La inmigración hace parte de la historia y de la vida del hombre, y fue por medio de ellas que nuevas culturas nacieron y nuevos sujetos sociales aparecieron. La inmigración de personas en busca de mejores días, por ejemplo, resultado de un proceso de expansión del medio físico para la monocultura y la automatización del trabajo, surgió como esperanza e posibilidad de una nueva vida, aun en territorio extraño, como es el caso de los brasiguayos. Singer (1998) considera que “las migraciones son causadas por dos tipos de factores: expulsión y atracción, el primero determina el local de origen de los flujos migratorios, mientras el segundo la dirección y las áreas de destino”. (Singer, 1998: 125). En el caso peculiar de los brasiguayos, a partir de las migraciones de campesinos del Sur del Brasil y, especialmente, del Oeste paranaense para Paraguay, un nuevo sujeto fue forjado e insertado en el contexto social de los dos países. El desplazamiento para Paraguay surgió como posibilidad de reproducción de la existencia campesina. [...] . En 1961, con el programa del gobierno paraguayo intitulado, “Marcha del Este” la inmigración se inició, aunque tímida, intensificándose en la próxima década con la construcción, finalmente con la inundación provocada por el barraje de la Hidroeléctrica Binacional de Itaipú en 1982 (Ferrari, 2008: 118).

Aún, según Nogueira (2008), la situación problemática en la cual está sometida a la población brasiguaya se ha intensificado en los últimos años, siendo agravada por una comprensión conservadora y tradicional acerca de la inclusión y usufructo de los derechos sociales en Brasil, reforzando la adopción de una concepción del derecho jurídico-formal que concede una ciudadanía regulada y formal.<sup>11</sup>

En este sentido, la realidad que se presenta contradice la perspectiva que según Abranches (1998), debe ser la perspectiva de las políticas sociales, las cuales deberían tener como meta la universalización, garantizando que las personas en estado de absoluta carencia, que se encuentran apresadas en una cárcel de privaciones oriundas de la propia operación del orden social y económica, pudiesen tener acceso a los servicios sociales capaces de mejorar sus condiciones, además de ser un modelo en muy distinto de aquellos adoptados en países desarrollados donde:

La promoción del desarrollo económico de las regiones de frontera incluye, en el caso europeo, el apoyo financiero a iniciativas de cooperación en salud en la partilla de recursos humanos, hospitales, servicios e equipos de salud transfronteras. Muchos proyectos fueron implementados en las regiones de frontera en Europa, con el objetivo principal de compartir la capacidad disponible de servicios de salud. Fueron minimizados procedimientos burocráticos y obstáculos a la movilidad y, en muchas regiones, todos pasaron a estar calificados para la Atención Básica en el servicio de su elección (Dain, 2004: 68).

En esta perspectiva, queda más que todo, negado a los sujetos que viven en las regiones de frontera de países en desarrollo, el acceso a lo que Coimbra (1998), define como ciudadanía. Para el autor, ciudadanía

---

<sup>11</sup>Según Ferrari (2007: 120-121) "Los brasiguayos son definidos por la clase social a que pertenecen, no por la cultura, lengua, descendencia, es en la esfera de la diferencia que surgió y se generalizó ese sujeto. Sabemos que el avance del capitalismo en el campo, por su estructura, excluye los campesinos para dar lugar a la monocultura, principalmente de la soya, provocando por consecuencia, el cercenamiento del trabajo y la inmigración de esos trabajadores rurales para áreas cada vez más distantes de su lugar de origen, hasta mismo en territorio extraño como es el caso de los brasiguayos. Por tanto, el brasiguayo, que es denominado todo el trabajador rural volante y todo campesino de producción familiar de subsistencia, en fin todo pobre que es explotado y, a la vez extirpado del proceso productivo por el capitalismo salvaje practicado en países periféricos como Paraguay, no es ajeno al sistema ora vigente, "él hace parte del sistema, porque, simplemente el sistema no se sustenta sin esa relación de explotación existente entre el capital y el trabajador". Diferentemente del brasiguayo, está el "brasileño en Paraguay". Estos son los grandes terratenientes de la monocultura de soya transgénica, son los medianos productores rurales integrados con las empresas del agronegocio, son los propietarios de silos, son los bancarios, trabajadores del sector administrativo de empresas agrícolas [...]. En fin, son los inmigrantes con mejores condiciones financieras que, por su vez, son protegidos por las autoridades paraguayas y, no les gusta ser llamados de brasiguayos. Actualmente, los brasiguayos, que huyen de la opresión de los grandes terratenientes en el vecino país, aportan, la gran mayoría, en las ciudades brasileñas próximas a la frontera, donde es visible la dificultad y a la falta de oportunidades enfrentadas por esas personas en la lucha por la sobrevivencia".

es esencialmente un conjunto de derechos, que pueden ser divididos en tres bloques distintos: los derechos civiles, los derechos políticos y los derechos sociales.

De esta forma, se podría afirmar que la relación entre ciudadano y Estado-nación remite a la relación entre ciudadanía y nacionalidad, visto que, la dimensión de nacionalidad se encuentra vinculada a la idea de nación, como unidad territorial geográficamente ubicada (Dal Prá, 2007), considerando todavía que:

[...] el nacionalismo es apenas una justificativa ideológica de grupos que, por otras razones, ya están en conflicto. En otras palabras, parece no existir ninguna incompatibilidad entre individuos o grupos de varias naciones, pero al contrario, esa incompatibilidad resulta del hecho de que dos o más grupos luchen por un objetivo que, por lo menos aparentemente, no puede ser compartido (Leite, 2007: 34-35).

Dal Prá (2007) refuerza que, este concepto es central en la Constitución de la nacionalidad brasileña, pero, la connotación de ciudadanía revela la tendencia de alargarse con el creciente dinamismo económico y con el fortalecimiento de los regionalismos.

[...] las regiones pueden ser pensadas como la emergencia de diferencias internas a la nación, en lo tocante al ejercicio del poder, como recortes espaciales que surgen de los enfrentamientos que se dan entre los diferentes grupos sociales, en el interior de la nación. La regionalización de las relaciones de poder puede venir acompañada de otros procesos de regionalización, como el de producción, el de las relaciones de trabajo y el de las prácticas culturales (Albuquerque, 2006: 25).

Así siendo, pensar en la consolidación de una política de salud efectivamente inclusiva en la frontera MERCOSUR, exige también dar visibilidad al componente territorial, llevando en cuenta no apenas la frontera geográfica, pero también la frontera de las muchas y diferentes cosas, culturas, etnias, historias e historicidad de los hombres (Martins, 1997), sin discriminar los individuos en función del lugar donde se encuentran, mas ser vistos en una perspectiva redistributiva y que ofrezca respeto a la cultura, llevando en cuenta los factores sociales. Se considera aún que: "las políticas de salud en los países que hoy componen el MERCOSUR tuvieron un origen similar: sistemas atomizados, compuestos por instituciones que ofrecían asistencia médica en el bojo de estrategias de seguridad social (Medici, 1996: 220).

En este sentido, el actual escenario mundial, de prevalencia de los crecientes procesos de globalización, no solo de las riquezas, pero también de los problemas sociales y de la pobreza, incluso en lo que se refiere a la busca

por acciones y servicios de salud, hacen acentuar el desafío de las naciones articular acciones y cambios en el concepto de ciudadanía, considerando que en esta perspectiva el componente territorial deba estar asociado a la inclusión de los sujetos a partir de un concepto de territorialidad regional.

Para CEPAL (2006), los derechos sociales se apuntan en el terreno de las relaciones sociales y son reguladores de la vida en sociedad, no solamente como un principio jurídico, pero por encima de todo, como una posibilidad práctica del ordenamiento de la justicia y de la igualdad. En este contexto, hay que considerarse que las sociedades occidentales han asumido nuevos diseños resultantes de la globalización, que al final de los años de 1980 ya promovía un verdadero desplazamiento conceptual en la comprensión de los derechos humanos. Se evidencia, a partir de ahí, la consolidación de un nuevo ideario, lo cual concibe el estado de forma minimizada, con sujetos que deben portarse de forma independiente y auto suficiente.

Según Vieira (1999), cuando puesto en espacio de frontera, el concepto y el ideario de la globalización tiende a disociar la ciudadanía nacional como fuente generadora de derechos, siendo que la disociación entre ciudadanía y Estado nación, amplía la posibilidad de construcción de un nuevo referencial sobre la cuestión de los derechos y también de la ciudadanía.

En épocas de mundialización, especialmente en las regiones fronterizas, cuando se debaten las dimensiones de la ciudadanía social, se vuelve fundamental la comprensión del criterio definidor de la nacionalidad, considerando que la simbolización nacional incluye también los procesos por los cuales los grupos de una sociedad se vuelven visibles o invisibles. "Para el proyecto de Constitución de la nación, primero los elementos no conformes tienen que ser tornados visibles, para que entonces sean asimilados o eliminados" (Verdery, 2000: 243).

Normalmente, la ciudadanía es atribuida a los nacionales de un país, o sea, proviene de la filiación, de los lazos consanguíneos entre los sujetos de una misma nación, lo que permite la exclusión de migrantes y extranjeros, que a través de un discurso formalizado por la vía del propio Estado pasan a ocupar el "no lugar" necesario a la estabilidad de las relaciones que posibilitan la manutención del sistema vigente.

El discurso de la estereotipia es un discurso asertivo, repetitivo, es un habla arrogante, un lenguaje que lleva a la estabilidad acrítica, es fruto de una voz segura y auto-suficiente que se arroga el derecho de decir lo que es el otro en pocas palabras. El estereotipo nace de una caracterización grosera e indiscriminada del grupo extraño, en que las multiplicidades y las diferencias individuales son apagadas, en nombre de semejanzas superficiales del grupo (Albuquerque, 2006: 20).

En este sentido, se resalta que, la concepción nacionalista de ciudadanía se opone frontalmente a la visión republicana, que fuera inaugurada por la Revolución Francesa, la cual aunque no fuese un movimiento nacionalista, tenía una dinámica que acabaría por intensificar y despertar los varios nacionalismos europeos, eliminando privilegios del clero y de la nobleza, de forma a unir el pueblo para el establecimiento del liberalismo económico (Leite, 2007).

En Brasil, por ejemplo, la definición dada por el campo jurídico<sup>12</sup>, se constituye de forma tal que en regiones de frontera más empobrecidas y con elevados grados de desigualdades sociales, se vuelven verdaderos mercados de la ciudadanía, donde, en violentas luchas cotidianas se imponen a la necesidad de estrategias de vida.

Según Dal Prá (2007), actualmente en el MERCOSUR, la discusión de una política de salud efectivamente redistributiva y accesible a todos los individuos camina para las tratativas intergubernamentales, pero que solo se efectuarán a largo plazo. Siendo así, se impone la necesidad de cambios en el uso y en la gestión del territorio a fin de constituirse de hecho un tipo de ciudadanía, que ofrezca respeto a la cultura y que se coloque para más allá de los límites territoriales de los países.

A título de ejemplo, datos publicados por el Ayuntamiento Municipal de Salud de Foz do Iguazú, municipio ubicado en la región este del Paraná, Brasil, frontera con Paraguay Argentina, en 2012. El municipio de Foz do Iguazú invierte el 31,87% de los recursos presupuestarios totales en salud. En términos absolutos, significa inversiones del orden de R\$ 160.000.000,00/año. El montante invertido en salud supera el presupuesto total de más del 70% de las ciudades del Paraná. La inversión per capita de Foz del Iguazú es de R\$ 627,76 contra un promedio nacional de R\$ 386,01. El número de Tarjetas SUS emitidas en Foz del Iguazú es de 272.931 (Relato de 14/05/2012). La población oficial es de 256.088 habitantes (IBGE 2010). En el sistema de informaciones ya superó 220.000 catastros en 2012 ([www.saudefoz.com.br](http://www.saudefoz.com.br)). Foz del Iguazú es una de las 25 ciudades más informatizadas de la América Latina (Ranking Motorola de Ciudades Digitales 2011), y está ubicada en el espacio-socio-demográfico de la tríplice frontera (Brasil, Argentina y Paraguay). Su IDSUS 2012 es de 6,35, superior al de Londrina, Maringá, Cascavel, Ponta Grossa y Guarapuava. En 2011, la Unidad de Pronto Atendimento - UPA João Samek atendió, entre otros: 748 pacientes del Paraguay; 616 – pacientes del Paraná; 82 - pacientes de Santa Catarina; 48 - pacientes de Argentina; 54 - pacientes del RS; 35 - pacientes del RJ (Prefeitura Municipal de Foz do Iguazú, 2012:s/p).

---

<sup>12</sup> *Ementa Constitucional nº3 de 1994. Disponible en: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/ECR/ecr3.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/ECR/ecr3.htm)*

Sin embargo, iniciativas de expresividad para el fortalecimiento de la política de salud en la frontera ocurren vía Programa de Itaipú Binacional. El Programa Salud en la Frontera, desarrollado por el GT Itaipú-Salud, beneficia una población de 1,5 millones de personas que viven en la Tríplice Frontera, con iniciativas en el área de salud materno-infantil, indígena, delanciano y del hombre, entre otras, con foco en los profesionales y visando mejorar la calidad del atendimento.<sup>13</sup>

La contribución de Itaipú para la mejoría de la calidad de los servicios de salud pública en la frontera va más allá de la construcción de los hospitales Ministro Costa Cavalcanti, en Foz del Iguazú, y Área 2, en Ciudad del Este. Por medio del programa Salud en la Frontera, la empresa también promueve el aumento del número de camas hospitalarias en la región y realiza campañas de vacunación y combate a enfermedades. Desarrollado en sociedad con los Ministerios de la Salud del Brasil y del Paraguay, la Secretaria de Salud del Paraná, ayuntamientos y las regiones sanitarias de Alto Paraná y Canindeyú, el programa actúa en 28 ciudades brasileñas y 31 paraguayas, región que suma 1,5 millón de habitantes. Itaipú prioriza la ampliación y la adquisición de equipos para el Hospital Ministro Costa Cavalcanti y para el Hospital Área 2. En Foz do Iguazú, además del aumento del número de camas, creció la oferta de servicios de alta complejidad, como oncología y cirugía cardíaca. En Ciudad del Este, recibieron más atención as especialidades materno-infantiles. En el área de la medicina preventiva, Itaipú apoya las campañas de vacunación binacional anti-rábica y de multi-vacunación infantil en Paraguay, además de la Campaña Binacional contra la Dengue. El programa Salud en la Frontera posee presupuesto propio. El repase de recursos, la fundamentación técnica y la política de acciones son definidos por el Grupo de Trabajo Itaipú Salud, formado por representantes brasileños y paraguayos de diferentes esferas gubernamentales relacionadas a la salud pública (Itaipu Binacional, Saúde na Fronteira, 2014:s.p).

Se infiere que en la coalición de la integralización y fortalecimiento de las políticas de salud, derechos y ciudadanía contemporánea, enormes son los desafíos a la consolidación de las condiciones constitutivas del MERCOSUR, que mezcla tres distintas situaciones de acercamiento económico entre los Estados-Partes:

1) la construcción de una zona de libre comercio en la región (eliminación de aranceles aduaneros y no aduaneros); 2) la sustentación de política externa unificada con relación a otros países, estableciendo una Tarifa Externa Común, lo que caracteriza la Unión Aduanera; y 3) la formación de un Mercado Común con la libre circulación de los bienes, del capital, del trabajo y del conocimiento (Brasil, 2010: 10).

---

<sup>13</sup> Disponible en: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/2012/422-unfpa-e-itai-pu-firmam-parceria-em-prol-da-saude>.



Aún, según el documento Fórum MERCOSUR para el Trabajo en Salud, de 2010, la libre circulación de bienes, de capital y de servicios, supone la coordinación de un conjunto de políticas macro-económicas y sectoriales y otras demandas que se acuerden para asegurar las condiciones de competencia entre los Estados-Partes. La implementación de esas políticas, notoriamente de carácter económico, impuso a los Estados-Partes, la incorporación de un conjunto de derechos fundamentales: al trabajo, a la salud<sup>14</sup> ya la educación. También, el compromiso de armonizar las legislaciones de los países del bloque En estas áreas, subgrupos de trabajo fueron creados, de los cuales están, el SGT 10 – Relaciones de trabajo, Empleo y Seguridad Social; el SGT 11 – Salud<sup>15</sup> y el Sistema Educativo del MERCOSUR – SEM. (Ídem, íbidem).

De esta forma, se ve que es urgente y oportuno, pensar la consolidación y la concesión de la ciudadanía para los no ciudadanos, aquí los denominados brasiguayos o no, residentes o no en espacios fronterizos, los cuales poseen el derecho a la movilidad espacial, que, en países subdesarrollados, significa tener también la posibilidad de usufructuar de los derechos sociales en pro de la propia vida. Concibiéndose que el espacio sea una de las dimensiones materiales fundamentales de la vida humana. Se refiere al medio ambiente en que vivemos e incluye derechos a las necesidades esenciales: el agua, el suelo, el aire, los objetos, los seres vivos, las relaciones entre hombres y mujeres, y elementos intangibles como los valores culturales. “Un espacio (o medio ambiente) saludable es una condición necesaria para que las personas puedan alcanzar niveles dignos de bienestar” (CEPAL, 2013: 26).

Según propuesta del Grupo de Trabajo Interfederativo de Integración Fronteriza y de los fundamentos para la construcción de una propuesta de desarrollo e integración fronteriza:

---

<sup>14</sup> *Insertamos nota del capítulo 6, de la Agenda 21 Global, Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, de 1992, cuanto a la protección y promoción de las condiciones de la salud humana, y desafíos a las políticas públicas de salud en el MERCOSUR y área fronteriza: “La salud y el desarrollo están íntimamente relacionados. Tanto un desarrollo insuficiente que conduzca a la pobreza como un desarrollo inadecuado que resulte en consumo excesivo, asociados a una población mundial en expansión, pueden resultar en serios problemas para la salud relacionados al medio ambiente en países en desarrollo como en los desarrollados. Los tópicos de acción de la Agenda 21 deben estar volcados para las necesidades de atendimento primario de la salud de la población mundial, visto que, son parte integrante de la concretización de los objetivos del desarrollo sustentable y de la conservación primaria del medio ambiente [...]” Disponible en: <http://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/agenda-21-global/item/608>.*

<sup>15</sup> *El Subgrupo de Trabajo n. 11 Salud, fue creado por la resolución n. 151/96, con la tarea de armonizar las legislaciones de los Estados-partes referentes a los bienes, servicios, materias-primas y productos en el área de salud, los criterios para la vigilancia epidemiológica y el control sanitario. Igualmente tuvo la finalidad de promover y proteger la salud y la vida de las personas y eliminar los obstáculos al comercio regional, contribuyendo con el proceso de integración. Definió una pauta común entre los Estados-Partes, negociada y aprobada por la Resolución GMC n. 21/01 (Brasil, 2010: 11).*

el desarrollo que se busca para la linde debe contemplar la constante generación de oportunidades para el ejercicio de la ciudadanía y mejoría de la calidad de vida de sus poblaciones. Así, cabe a los gestores buscar elementos y estrategias que vengán a minimizar los factores de exclusión social y maximizar los de inclusión social y rescate de la ciudadanía. Una de las formas más eficaces de promover la mejoría de la calidad de vida del ciudadano fronterizo es por medio de propuestas efectivas, volcadas a la oferta de educación, calificación profesional, producción/empleo/ingreso, salud e infraestructura para los segmentos más desfavorecidos de la población (Brasil, 2010: 83).

Aún, en los fundamentos para la construcción del desarrollo - y que es un derecho del ciudadano - la historia ha demostrado que la eficacia depende de propuestas de intervenciones, que atiendan a las expectativas de los actores del proceso en cuestión. Se desea que las propuestas sean construidas en las bases de la legitimidad y representatividad local. “Unas de las condiciones impuestas a la construcción de propuestas adecuadas para atender a las demandas locales es que la población tenga nítida consciencia de las potencialidades socioeconómicas y ambientales de su localidad y de los factores que empujan el acceso a la explotación racional de esas potencialidades” (Ídem, *ibídem*).

Como nos instiga Holston (2013: 62), a pensar más profundamente la historia como argumento del presente y el enmarañado de ciudadanías y derechos.

La ciudadanía contemporánea se desarrolla en montajes de forma atrincherada e insurgente, en una relación tensa y en general peligrosa, pues las formulaciones históricas dominantes al mismo tiempo producen y limitan posibles formulaciones en contrario. Como se podría prever, el insurgente irrumpe en los mismos lugares que sustentan el atrincherado, pero bajo circunstancias alteradas. [...]. Lo insurgente es inevitablemente soterrado por ese pasado por ser moldado y construido por los términos que esos factores presuponen, al mismo tiempo que los desestabiliza.

### **III. Reflexiones finales**

La contradicción que se impone de forma nítida en las relaciones del Estado para con los usuarios de políticas de salud en la tríplice frontera integrante del Bloque MERCOSUR y apunta la real y urgente necesidad de revisión del tratado en la dirección de la dilución de fronteras que se imponen al ejercicio de una ciudadanía protegida por proyectos de democracia social, de justicia y de igualdad.

La exigencia de titularidad jurídica formal de ciudadanos brasileños residentes en los países fronterizos, para el acceso a los derechos sociales, se choca frontalmente a la histórica busca del establecimiento de procesos

de integración regional. Sin embargo, hay que considerarse que, los encaminamientos adoptados en la América Latina a partir de fines de los años 80, se efectivizan a partir de la perspectiva neoliberal y esta no está pautada en principios de ciudadanía colectiva, pero sí individuales e individualistas.

En este sentido, hay que pensarse que la incorporación de un concepto de ciudadanía ampliada, contemporánea, y de territorialidad que contemple las particularidades de las fronteras encuentra todavía en la prevalencia de los intereses económicos su mayor barrera. Se suprimen así, los sentimientos de pertenencia, cultura, historia, etnia, descendencia y preservación de la lengua en pro del perfecto ajuste y organización socio-espacial pautado en la integración económica y en exclusión social.

La perspectiva del desarrollo con sustentabilidad, por tanto, invita a pensar a partir de una dimensión sectorial, capaz de estimular y propiciar la implementación de acciones de complementariedad entre los mercados que componen el MERCOSUR en pro del atendimento en salud, pues si los mercados "llaman" la diferenciación de los productos, el social "llama" la unificación de las normas sanitarias y protocolos de promoción, atención y manutención de la calidad de vida, salud y ambiente.

## Bibliografía

Albranches, Sérgio Henrique (1998). *Política Social e Combate à Pobreza*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 4 ed.

Albuquerque, Durval Muniz (2006). *A Invenção do Nordeste e outras artes*, São Paulo, Cortez.

Astorga J., Ignácio (2004). "Contexto dos Países e da Fronteira". *Revista de Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina Brasil e Paraguai: 2001-2002*, Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, pp. 31-46.

Balakrishnan, Gopal (org.) (2000). *Um Mapa da Questão Nacional*. Rio de Janeiro, Contraponto.

Bezerra, Suely de Oliveira (Mar/Abril 2007). "As (re) configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde". *Revista de Administração Pública*, FGV, núm. 41. pp. 187-209. Disponible en: [www.scielo.br/pdf/rap/v41n2/02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rap/v41n2/02.pdf) (Recuperado el 02/05/09).

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponible en: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

BRASIL. Lei 8080/1990: da promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

BRASIL. Lei 8142/1990: da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

BRASIL (2010). Ministro da Integración Nacional. *Bases para uma proposta de Desenvolvimento e integração da faixa de Fronteira. Grupo de Trabalho Interfederativo de Integração Fronteira*, Brasília. Disponible en: [http://www.integracao.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?uuid=ab3fdf20-dcf6-43e1-9e64-d6248ebd1353&groupId=10157/](http://www.integracao.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=ab3fdf20-dcf6-43e1-9e64-d6248ebd1353&groupId=10157/) (Recuperado el 03/02/14).

BRASIL (2010). Ministério da Saúde. Fórum MERCOSUR para o Trabalho em Saúde, BRASÍLIA – DF, *Série de Reuniões e Conferências*.

Bourdieu, Pierre (2008). *A economia das trocas linguísticas*, São Paulo, Edusp.

Cardin, Eric Gustavo (2011). "Ação Racional e Cotidiano: Notas para o Estudo dos Trabalhadores da Tríplice Fronteira". En Regina Coeli Machado Silva; Maria Elena Pires Santos. (Orgs.). *Cenários em Perspectiva: diversidades na tríplice fronteira*. Cascavel: EDUNIOESTE, pp. 121-140.

Cohn, Amélia (2003). "Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde". *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, núm. 1. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100002&lng=pt&nrm=iso/](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100002&lng=pt&nrm=iso/) (Recuperado el 09/05/12).

Coimbra, Marcos Antônio (1998). "Abordagens Teóricas ao Estudo das Políticas Sociais". En Sérgio Henrique Abranches et al. *Política Social e Combate à pobreza*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, pp. 65-104, 4 ed.

Comisión Económica para América Latina y Caribe (2006). *Protección social: de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Santiago, CEPAL.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (abril 2009). *Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)*. En Sérgio Francisco Piola e Solon Magalhães Vianna (Orgs.) et al. Documento elaborado no âmbito do Convênio CEPAL/IPEA, Escritório no Brasil.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (dez. 2013). *Panorama Social da América Latina*, ONU/CEPAL, Documento Informativo.

Dain, Sulamis (2004). "Subsídios para a Formulação de um Sistema de Integração dos Modelos de prestação de Serviços de Saúde no MERCOSUL e nas Regiões de Fronteira: Harmonização e Transfronteirização dos Sistemas de Saúde". En Edmundo Gallo; Lais Costa (org.). *Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS — MERCOSUL: uma agenda para integração*, Brasília: Organização Pan-Americana da Salud, pp. 67-96.

Dal Prá, K. R.; Mendes, J. M. R.; Miotto, R. C. T. (2007). "O desafio da Integração social no MERCOSUR: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde". *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, pp. 164-173.

Ferrari, Carlos Alberto (junho 2007). "Brasiguaios na fronteira: luta pela terra, violência e precarização do trabalho no campo e na cidade". *Revista Pegada*, v. 8, núm. 1, pp. 115-129. Disponible en: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/view/1646/1574> / (Recuperado el 30/01/13).

Fier, Florisvaldo (2004). "Saúde no MERCOSUL: o Desafio do Novo". En Edmundo Gallo; Lais Costa (org.). *Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS — MERCOSUL: uma agenda para integração*, Brasília, Organização Pan-Americana da Saude, pp. 33-36.

Freire, Silene de Moraes (2013). "Direitos Humanos no Brasil: ilusão jurídica ou possibilidade histórica" En Valéria Forti; Cristina Maria Brites (org.) *Direitos Humanos e Serviço Social: polêmicas, debates e embates*, Rio de Janeiro, Editora Lumen Juris, pp. 151-170.

Gil, Antonio Carlos (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*, São Paulo: Atlas, 4ª. ed.

Gouveia, Nelson (1999). "Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental". *Saúde e Sociedade*, núm. 8(1), pp. 49-61. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n1/05.pdf>. (Recuperado el 18/09/14).

Harvey, David (2005). *A produção capitalista do espaço*, São Paulo, Annablume.

Holston, James (2013). *Cidadania insurgente: disjunções da democracia e da modernidade no Brasil*, Tradução de Claudio Carina, São Paulo, Companhia das Letras, 1ª. ed.

Itaipu Binacional. Saúde na Fronteira. Disponible en: <https://www.Itaipu.gov.br/responsabilidade/saude-na-frontera/> (Recuperado el 03/02/14).

Leite, Dante Moreira (2007). *O Caráter Nacional Brasileiro: história de uma ideologia*. São Paulo, UNESP.

Marques, Elídio Alexandre Borges (2013). "Direitos humanos: para um esboço de uma rota de colisão com a ordem da barbarie". En Valéria Forti; Cristina Maria Brites (org.) *Direitos Humanos e Serviço Social: polêmicas, debates e embates*, Rio de Janeiro, Editora Lumen Juris, pp. 195-209.

Martins, José de Souza (2009). *Fronteira: a degradação do outro nos confins do humano*, São Paulo, Hucitec, ea. ed.

Medici, André Cezar (1996). "A saúde nos países do MERCOSUL". En Neide Lopes Petarra (coord.). *Emigração e imigração internacionais no Brasil Contemporâneo*, Campinas, FNUAP; São Paulo, Oficina Editorial, pp. 217-225.

Netto, José Paulo (2000). "FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras". En Ivo Lesbaupin (Org.). *O desmonte da Nação: balanço do governo FHC*. 3. ed. Petrópolis, Vozes, p. 75-90, 3ª. ed.

Nogueira, V. M. R.; Silva, M. G; Simionatto, I. (2006) "Fronteira MERCOSUL - processo de incluso/exclusão no Sistema Único de Saúde brasileira". Disponible en <http://www.ssrevista.uel.br/> / (Recuperado el 02/05/12).

Nogueira, V. M. R.; Silva, M. G. (jul./dez. 2008). "Brasiguaios: a dupla desigualdade na região da fronteira, *Pleiade*, v.2, n 2, p.43-58. Foz do Iguaçu. Disponible em <http://www.uniamerica.br/site/pdf/geral/64e998da58.pdf> / (Recuperado el 02/05/12).

Organização das Nações Unidas(2014). A ONU e os *Direitos Humanos*. Disponible en: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-os-direitos-humanos/> (Recuperado el 03/02/14).

Organização das Nações Unidas. Agenda 21. Capítulo 6 - Proteção e promoção das condições da saúde humana. Disponible en: <http://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/agenda-21-global/item/608>.

Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (2012). *Saúde na Tríplice Fronteira: visão geral sobre a situação da saúde em Foz do Iguaçu e região*, Foz do Iguaçu, Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. Disponible en: [http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/00NDS/Apresentacoes/2013/8\\_reuniao/1.pdf](http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/00NDS/Apresentacoes/2013/8_reuniao/1.pdf) / (Recuperado el 30/01/13).

Telles, Vera (1999). *Direitos Sociais: afinal do que se trata?*, Belo Horizonte, Ed. UFMG.

Sousa, Charles Toniolode (2013); Oliveira, Bruno José da Cruz. "Criminalização dos pobres no contexto da crise do capital: reflexões sobre os seus rebatimentos no Serviço Social". En Valéria Forti; Cristina Maria Brites (org.). *Direitos Humanos e Serviço Social: polêmicas, debates e embates*, Rio de Janeiro, Editora Lumen Juris, pp. 113-133.

Souza, Edson Belo Clemente (2011). "Territórios Turísticos: estudo da região de fronteira do Brasil com o Paraguai". En Regina Coeli Machado Silva; Maria Elena Pires Santos (org.). *Cenários em Perspectiva: diversidades na tríplice fronteira*, Cascavel: EDUNIOESTE, pp. 167-185.

Verdery, Katherine (2000). "Para onde vão a "Nação" e o "Nacionalismo?". En Gopal Balakrishnan (org.). *Um Mapa da Questão Nacional*, Rio de Janeiro, Contraponto, pp. 239-247.

Vieira, Liszt (1999). "Cidadania Global e Estado Nacional", *Dados*, Rio de Janeiro, v. 42, núm. 3. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S001152581999000300001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001152581999000300001&lng=pt&nrm=iso) / (Recuperado el 02/05/12).

Wagner, Carlos (2003). *País bandido: crime tipo exportação*, Porto Alegre, RBS Publicações.