



ARTÍCULO ORIGINAL

DOI: 10.30545/academo.2018.ene-jun.3

Condiciones de salud en las comunidades marginadas y aisladas contactadas de América Latina

Health conditions in marginalized and isolated communities contacted in Latin America

Susana Herrero Olarte

Centro de Investigaciones Económicas y Empresariales (CIEE).
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales (FACEA).
Universidad de las Américas, Quito, Ecuador.
E-mail: olartesusana@hotmail.com

RESUMEN

Mejorar las condiciones de vida en las comunidades marginadas y aisladas contactadas en América Latina es un reto especialmente difícil de abordar porque precisa de intervenciones viables y sostenibles. Para ello es preciso plantear metodologías especialmente adecuadas que posibiliten incidir en las principales carencias que estas propias comunidades rurales reconocen, como es el caso de la salud. Al comparar con los promedios nacionales, se observa cómo en las comunidades la tasa de mortalidad es mayor para todas las edades y la esperanza de vida es menor. Las causas son unos niveles de salud preventiva deficitarios y un acceso tanto físico como económico a los sistemas de salud es insuficiente. Es preciso diseñar políticas sanitarias que desde el ámbito local, puedan tratar las cuestiones señaladas.

PALABRAS CLAVE: Atención sanitaria; pobreza sanitaria; comunidades marginadas y aisladas contactadas; salud rural; desarrollo rural.

ABSTRACT

Improving living conditions in marginalized and isolated contacted communities in Latin America is particularly difficult to address because it requires viable and sustainable interventions challenge. This requires raising especially appropriate methodologies that enable influence the main shortcomings that these rural communities themselves recognize, such as health. When compared with national averages, it can be observed in communities mortality rate is higher for all ages and life expectancy is lower. The causes are deficient levels of preventive health and both physical and economic access to health systems is insufficient. It is necessary to design health policies at the local level, can address the issues identified.

KEYWORDS: Health care; health poverty; communities contacted marginalized and isolated; rural health; development-Health.

Artículo recibido: 30 nov. 2017.

Aceptado para publicación: 15 ene. 2018.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar.

Página web: <http://revistacientifica.uamericana.edu.py/index.php/academo/>

Citación Recomendada: Herrero Olarte, S. (2018). Condiciones de salud en las comunidades marginadas y aisladas contactadas de América Latina. ACADEMO (Asunción) 5(1):13-34.

INTRODUCCIÓN

La mejora en la calidad de vida de las comunidades marginadas y aisladas contactadas (CMAC) de Latinoamérica sigue siendo un reto para las políticas públicas de los países en desarrollo.

Generación tras generación, son pocos los avances que experimentan en sus condiciones de vida, perpetuando estructuras que les impiden desarrollarse. Las dificultades para generar el cambio se deben a que es difícil llegar hasta ellas, presentan indicadores de partida muy bajos, generan cuantitativamente poco rédito político y se conocen pocos instrumentos y herramientas para trabajar en ese tipo de comunidades tanto desde el ámbito local, como desde el nacional. Es imprescindible entonces acercarse a su realidad para concretar cuáles son sus principales necesidades y poder diseñar estrategias sostenibles que reduzcan el porcentaje de la población latinoamericana que año tras año, está entre los grupos con los peores indicadores en términos de desarrollo humano.

Desde un punto de vista socioeconómico, la marginación está intrínsecamente relacionada con la definición, la cuantificación y la valoración de la pobreza multidimensional en los Países en Vías de Desarrollo (PVD) en el análisis realizado en los países occidentales desde la década de los setenta.

El estudio de la pobreza multidimensional surge de la distinción entre la absoluta, relacionada con análisis cuantitativos que tratan de reflejar los que no tienen el dinero mínimo para vivir; y la pobreza relativa, que asume diferencias en cuestiones psicosociales de los pobres en relación al grupo (Townsend, 1979, Ureña, 1999 o EUROSTAT, 2000), que derivó después en el concepto de pobreza multidimensional.

La dimensión cuantitativa de la falta de ingresos se estudiaba sobre todo desde los gobiernos y

organismos internacionales, de cara a generar políticas y recomendaciones para reducir la pobreza a partir de políticas fiscales y sociales. Durante los primeros años se trabajó la pobreza absoluta, que definía un mínimo de ingreso adaptado a la Paridad del Poder Adquisitivo (PPA) nacional por debajo del cual la persona estaba en condición de pobreza.

El análisis cuantitativo, también llamado método indirecto de medición de la pobreza (Feres y Mancero, 1999), perdía peso al cuestionarse la importancia de los ingresos en la calidad de vida, con estudios que llegan a mostrar una relación inversa entre los ingresos y la calidad de vida (Streeten *et al.*, 1981). Era innegable, no obstante, el peso que en la calidad de vida tienen los ingresos, que legitimaba aún el uso del estudio de la medición indirecta de la pobreza, por la rapidez además para obtener los datos, y lo barato de resultaba. No obstante era más útil, si se quería profundizar en la capacidad de compra, utilizar el análisis del nivel de consumo, como señalaba Ravallion (1996).

A partir de la década de los noventa se profundizó en el estudio de la pobreza relativa, que establecía un mínimo capaz de comprar canastas mínimas de bienes y servicios en cada país y reflejaba mejor la realidad nacional (Klass, 2012). Muestra del primer sistema eran la metodología del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, que definieron un límite de dos dólares al día, adaptado a la PPA (Banco Mundial, 2014) y el de la Oficina de Estadística Europea (EUROSTAT, 2000) que consideraba que pobres eran las personas que ganaban menos del 50% de la renta per cápita nacional, dato ponderado por el número de integrantes en la familia (O'Higgins y Jenkins, 1987). Profundizaron en el estudio de la canasta relativa la CIA (2014), que valoraba la pobreza en función de la capacidad para comprar una canasta mínima, y la CEPAL (2012) y el PNUD (NNUU, 2014) que se acogían a la capacidad para comprar la canasta básica para definir el umbral de la pobreza.

En este segundo ámbito de la definición de la pobreza, surgía el concepto de la pobreza subjetiva, que era la percibida por el individuo como tal, en la que se ha profundizado desde entonces (Hoegen y Palma, 2000).

En esta misma línea, y reforzando ya el concepto de pobreza multidimensional, el Índice de Pobreza Humana (IPH), creado por el PNUD en 1997, incluía indicadores de esperanza de vida, educación, salud y bienes materiales. En 1998 se publicó la metodología para calcular el IPH-2, pensado para los países de la OCDE, incluía además la tasa de desempleo de larga duración. El IPM, generado en 2010 por el PNUD y la Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI) (PNUD, 2010) definió el umbral de la pobreza en el 30% del índice, e incluía parámetros de educación, salud y bienes materiales (Kovacevic y Calderón, 2014).

Aunque el IPH está reconocido como un indicador que muestra la pobreza en la segunda dimensión de la definición, todavía el PIB per cápita continúa siendo el indicador utilizado como referencia para el desarrollo e implementación de políticas nacionales e internacionales. El uso en el ámbito nacional en cada país continúa siendo todavía limitado, lo que podría ser de gran utilidad, sobre todo al incluir problemas propios de cada país (OPHI, 2014) y reflejar las regiones más pobres incluyendo las zonas, por ejemplo, con más violencia o corrupción en países muy afectados por estas dos condiciones.

La condición de marginación, en la línea del análisis de la pobreza multidimensional, suma también los resultados desde el estudio de la pobreza cuantitativa y los imbrica para obtener una condición de vida específica a analizar. La marginación se relaciona con carencias en los ámbitos de la educación, la vivienda, la distribución de la población y los ingresos (CONAPO, 2013) de manera que la condición de vulnerabilidad en la que quedan las personas no puede ser tratada desde un punto de vista individual o familiar (CONAPO, 2011). En la operatividad, es posible generar

índices de marginalidad, como el creado por la CONAPO (2013) y que recoge el porcentaje de población de 15 años o más analfabeta, sin educación primaria, que vive en hogares sin drenajes ni servicios sanitarios, sin energía eléctrica, agua intubada, hacinamiento, con suelo de tierra, en municipios de menos de 5.000 habitantes, y que ingresan menos de dos salarios mínimos al mes.

En el ámbito agrícola, la condición de marginalidad se asocia con la imposibilidad para generar los recursos económicos y producir los alimentos necesarios en el corto, medio y largo plazo, lo que viene a perpetuar estructuras que tienen como fin la supervivencia. Efectivamente, desde un punto de vista agrícola las áreas marginales se definieron por Sebastian (2009) como aquellas tierras en países de ingreso medio y bajo en las que los niveles de productividad son inferiores a la media (planicies de altitud, las colinas acusadas, tierras bajas accidentadas, zonas áridas o semiáridas, etc.) y que son rurales. Son países de ingreso bajo los que perciben sus habitantes 1.035 dólares o menos al año, entre 1.036 y 4.085 son países de ingreso medio bajo, los países de ingreso medio alto perciben entre 4.086 y 12.615 dólares, y el ingreso por habitante de los países de ingreso alto es igual o superior a 12.616 (Banco Mundial, 2014). Las tierras en condición de aislamiento para Sebastian eran las que estaban a más de dos horas del mercado más cercano.

En América Latina y el Caribe, las principales áreas marginales incluían las zonas de altura y/o semi húmedas de América Central y los Andes; la selva del Amazonas, y las áreas secas del Caribe, África Central y México, y América del Sur.

En la región vivían en 2008 en áreas marginales en torno al 43% de la población agrícola. La proporción de tierra agrícola que era marginal era del 40%. Se estima que 135 millones de personas vivían en zonas agrícolas. Casi la mitad, 57 millones, residían en zonas menos aptas para el cultivo, según Alpert *et al.*, (2009), en base a datos de Sebastian (2009)¹.

En tanto a la condición de aislamiento, Sebastian (2009), en una prudente definición² consideraba que una comunidad está en situación de aislamiento extremo si se localiza a más de ocho horas del mercado, de cuatro a ocho horas se considera aislamiento muy alto, de dos a cuatro aislamiento alto, y de cero a dos, aislamiento moderado.

Un 76% de la población que residía en zonas marginales estaba en condición de aislamiento medio, alto o extremo, es decir, a más de dos horas del mercado más cercano, según Sebastian (2009), lo que supondría que en América Latina residían 43,3 millones personas en condición de aislamiento y marginalidad. Se trata de comunidades contactadas porque expresamente han decidido comunicarse, no deseando permanecer en condición de aislamiento.

A través de la presente investigación se pretende comprender los retos que tratan este tipo de comunidades en el ámbito de la salud.

METODOLOGÍA

Para conocer las necesidades de las comunidades se visitaron 42 CMAC en México (MEX), Guatemala (GTM), República Dominicana (DOM), Haití (HTI), Colombia (COL), Ecuador (ECU) y Perú (PER). Se realizaron 32 entrevistas a los directores y/o coordinadores de 13 organizaciones que trabajan en las comunidades y promueven el desarrollo en los países en vías de desarrollo. En las comunidades se entrevistaron además 256 personas. Las entrevistas se realizaron en el periodo comprendido entre febrero de 2009 y diciembre de 2011. En la tabla 1 se recogen la relación de las comunidades visitadas y de las entrevistas realizadas.

Tabla 1. Relación de las comunidades marginadas y aisladas visitadas y de las entrevistas con organizaciones que trabajan en las comunidades.

País	CMAC visitadas	Entrevistas en las CMAC	Directivos/técnicos entrevistados organizaciones
Colombia	4	19	6
Ecuador	6	55	8
	4	75	4
	3	28	2
	5	19	2
	2	10	1
Perú	5	10	3
República Dominicana	2	15	2
	2	9	2
Haití	3	5	1
México	2	6	3
Guatemala	4	5	2
TOTAL	42	256	36

Fuente: Elaboración propia.

Se utilizaron también varios proyectos de cooperación no publicados, que permitieron

obtener datos fundamentales, recogidos en la tabla 2.

Tabla 2. Proyectos para comparar los indicadores socio económicos de las CMA con la media nacional.

País	Proyecto
Colombia	Promoción del desarrollo socio-económico de pequeños productores agrícolas de cinco comunidades del Eje Cafetero colombiano, mediante el desarrollo de la agroindustria y el fortalecimiento asociativo (2010-2012).
	Desarrollo de metodologías para la promoción de iniciativas productivas en Magdalena. Eje Atlántico y Bolívar (2009-2010).
Ecuador	Fortalecimiento del tejido socio-económico en comunidades rurales en situación de extrema pobreza y focos de migración en las provincias de Loja y Azuay (2009-2011)
	Inserción socioeconómica de familias en situación de extrema pobreza en comunidades rurales en la provincia de Loja (2009-2011)
	Fomento de la migración responsable entre Cañar y Madrid a través de la prestación de servicios de información, orientación y asesoramiento y el apoyo a iniciativas productivas de familias transnacionales (2009-2012)
	Mejora de las condiciones socioeconómicas de personas con familiares migrantes en Madrid (2009-2011)
Perú	Acceso al agua potable en dos comunidades peruanas (2009-2010)
	Fortalecimiento institucional de pequeños productores de maní en la frontera Ecuador/Perú (2006-2008)
República Dominicana	Construcción de infraestructuras de servicios básicos para mujeres marginadas en la Región Este de la República Dominicana (2005-2006)
Haití	Ayuda de emergencia a 3.000 personas afectadas por el terremoto en la ciudad de Croix des Bouquets (2010)
México	Inversión productiva y capacitación en comunidades indígenas y campesinas para reducir la vulnerabilidad y los riesgos a desastres de la Sierra Madre de Chiapas (2010-2012)
	Acciones de fortalecimiento institucional, asistencia técnica y capacitación de actores locales públicos y privados en el sur de México (2008-2012)
Guatemala	Desarrollo rural de población indígena campesina del Altiplano Occidental Ixim (2010-2011)
	Integración económica y social de colectivos vulnerables de zonas fronterizas en el ámbito rural, desde un enfoque de conservación y recuperación del entorno ambiental. Guatemala, Sur de México y Paraguay (2007-2011)

Fuente: Elaboración propia.

Para citar las entrevistas en las comunidades, después de las tres letras del nombre de la comunidad, las siguientes tres letras hacen referencia al país en el que tuvo lugar, que pudo ser México (MEX), Guatemala (GUA), República Dominicana (DOM), Haití (HAI), Ecuador (ECU), Perú (Perú), Colombia (COL), Malí (MAL), Senegal (SEN), y Vietnam (VIE). El número indica el número de la entrevista realizada en el país. Los siguientes ocho números hacen referencia a la fecha en la que se realizó. Las entrevistas fueron transcritas en un documento, y cuando se citan en el documento se indica las páginas de esa transcripción a las que se hace referencia.

Por ejemplo en el caso de la entrevista "Entrevista Comunidad SALPER-3-20090112, p. 2", ésta se realizó en una comunidad cuyas primeras tres letras son SAL, en Perú. Esta es la tercera de todas las entrevistas realizadas en las

comunidades de Perú. La entrevista se realizó el día 12 de enero de 2009. Se hace referencia en concreto a la página 2 de la entrevista realizada.

En cuanto a la metodología para citar las entrevistas a las organizaciones, las primeras tres letras hacen referencia a la ciudad en la que radica la organización entrevistada; las siguientes tres letras indican el país en el que tuvo lugar el encuentro. El número indica el número del total de las entrevistas realizadas en el país. Los siguientes ocho números hacen referencia a la fecha en la que se realizó. Se indica por último la página de la entrevista que se ha utilizado.

Por ejemplo en el caso de la entrevista "Entrevista Organización OAXMEX-1-20110514, p. 4", ésta se realizó en la ciudad de Oaxaca a la organización que trabaja en dicha provincia, que es *Enlace*, en el país de México, y es la primera de las

realizadas en las comunidades en el país azteca. La entrevista se realizó el día 14 de mayo de 2011. Se hace referencia en concreto a la página 4 de la entrevista realizada.

En tanto a la metodología de la citación de las líneas de base, por ejemplo “Línea de base DOM, p. 3”, DOM hace referencia a que es el proyecto desarrollado en la República Dominicana. A continuación se indica la página del documento.

Tras identificar la salud como uno de los problemas fundamentales para las familias y las organizaciones que trabajan en las comunidades visitadas en la región, es preciso cuantificar y valorar cualitativamente el estado de salud y las condiciones sanitarias de las CMAC. Para ello se compararon los datos registrados sobre la salud en las comunidades con los promedios nacionales de cada país utilizando para ello la base de datos del Banco Mundial (Banco Mundial, 2014), considerando los datos socioeconómicos más relevantes por país, recogidos en las tablas 3 y 4.

En tanto al crecimiento, Perú y Ecuador son los países que presentan un mayor aumento del PIB

per cápita, mientras que en Perú y Colombia se registra la mayor capacidad de venta exterior, con el nivel más elevado de exportaciones como porcentaje del PIB. Los países con la balanza comercial más comprometida en forma de deuda a corto plazo son México, Perú y Colombia. Los países con mayor tasa de pobreza y más desiguales son Guatemala y Colombia, si bien no se cuenta con datos sobre Haití al respecto.

Haití y Guatemala tienen una mayor tasa de desempleo mientras República Dominicana y Haití registran los peores datos de trabajo infantil. En Guatemala, Colombia y República Dominicana se registra la mayor cantidad de homicidios, mientras en Colombia se da la mayor cantidad de desplazados. Los peores porcentajes de gasto público dedicados a la educación se observan en Ecuador y la República Dominicana. En tanto al gasto público dedicado a la salud, en Haití se recoge el peor dato. Es preciso destacar la falta de datos de Haití sobre deuda a corto plazo, población en condición de pobreza, índice de Gini y porcentaje del presupuesto destinado a la educación.

Tabla 3. Condiciones económicas y de desigualdad en 2012 en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.

	Crecimiento de la población (% anual)	Crecimiento del PIB per cápita (% anual)	Exportaciones de bienes y servicios (% del PIB)	Deuda a corto plazo (% de las exportaciones)	Brecha de pobreza a \$1,25 por día (PPA) (%)	Índice de Gini
COL	1,3	2,7	18,3	14,4	2,3	53,5
ECU	1,6	3,6	30,0	2,5	1,8	46,6
PER	1,3	4,6	26,6	16,5	0,8	45,3
DOM	1,3	1,4	24,3	11,1	0,6	45,7
HTI	1,4	1,5	16,9
GTM	2,5	0,4	24,9	5,3	4,78 (a)	52,35 (a)
MEX	1,2	2,7	32,6	23,3	0,2	48,1

(a) Datos disponibles de 2011. (b) Datos disponibles de 2009,

Fuente: Banco Mundial, 2014

Tabla 4. Datos de empleo, de seguridad y gastos sociales en 2012 en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.

	Tasa de inactividad (% de la población en edad de trabajar)	Niños económicamente activos (% entre 7 y 14 años)	Homicidios intencionales (por cada 100.000 habitantes)	Desplazados internos (cantidad, estimación máxima)	Gasto público en educación, total (% del gasto del gobierno)	Gasto en salud, sector público (% del PIB)
COL	51,5	3,8 (a)	30,8	5.500.000	15,8	5,2
ECU	57,9	21,9 (a)	12,4	..	10,3	2,9
PER	54,9	19,8 (b)	9,6	150.000	14,4	3,0
DOM	58,0	40,3	22,1	..	10,8	2,8
HTI	66,3	26,6	10,2	1,5
GTM	82,8	9,1 (a)	39,9	..	20,2 (b)	2,4
MEX	54,5	..	21,5	160.000	19,6 (b)	3,2

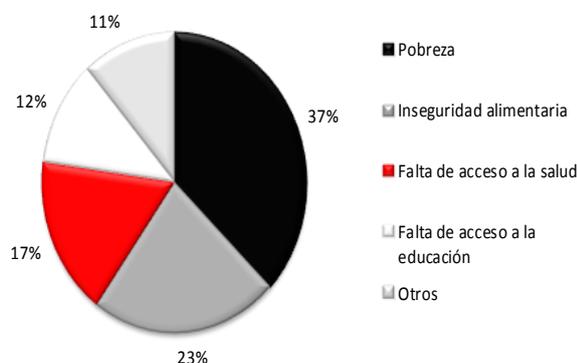
(a) Datos disponibles de 2011. (b) Datos disponibles de 2009.

Fuente: Banco Mundial, 2014.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se recogen en las siguientes figuras las principales necesidades identificadas en 42 las comunidades marginadas y aisladas contactadas (CMAC) en los países visitados. El 37% de las familias entrevistadas consideraban que el principal problema que tenían era la condición de pobreza o de pobreza extrema en la que vivían. Como puede observarse en la figura 1, la salud estaba entre los tres primeros problemas identificados, siendo el principal para el 17% del total de las familias y organizaciones entrevistadas.

Figura 1. Necesidades detectadas en las CMAC en América Latina.



Fuente: Elaboración propia.

La falta de recursos económicos para acceder al sistema de salud tradicional, lleva a las comunidades a aplicar saberes ancestrales contrastados o no por la ciencia, que pueden extrapolarse fuera de las comunidades. De nuevo, la falta de atención lleva a desconocer plantas y prácticas que pueden utilizarse en todo el conjunto de la sociedad y que puede generar beneficios comunes³.

En el caso de las mujeres embarazadas, como puede verse en la figura 2, la brecha entre los datos nacionales y los registrados en las CMAC es especialmente profunda, alcanzándose una diferencia de casi 80 puntos porcentuales en todos los casos respecto a la media del país.

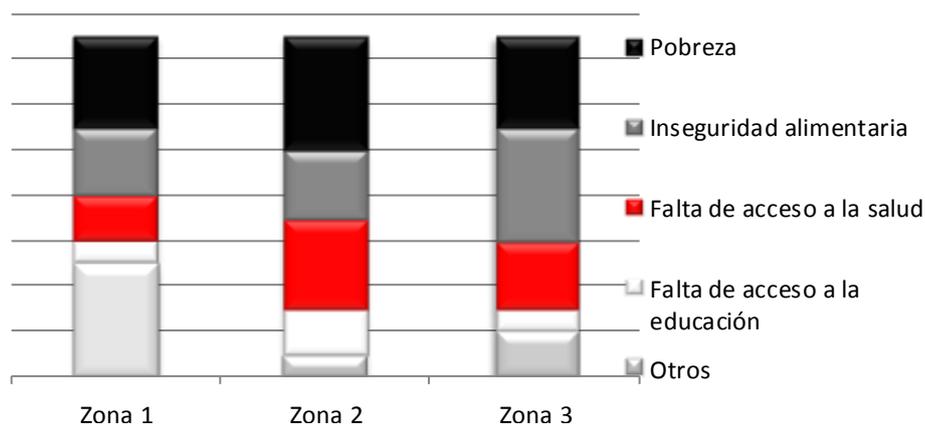
Efectivamente, el acceso a los sistemas de control prenatal se ve especialmente afectado en las CMAC, en la medida en que a la lejanía a los centros de salud, de existir, se le suma la condición de pobreza y la brecha de género. Por un lado hay una clara falta de preocupación por la salud de la madre, que ocupa una posición de inferioridad respecto al hombre y al joven tanto en la familia como en la comunidad⁴; por otra parte, la elevada tasa de mortalidad de bebés lleva a considerar la muerte neonatal como un fenómeno inevitable. De

nuevo la condición económica de las familias en las comunidades les obliga a dar prioridad a las personas que en la familia están presentes y que, de ser posible, están aportando a la economía familiar⁵.

El análisis realizado se ha organizado en tres zonas de la región, con el objetivo de contar con

muestras de las diferentes condiciones de marginalidad. La Zona 1 incluye México y Guatemala, la Zona 2 República Dominicana y Haití y la Zona 3 Ecuador, Perú y Colombia. En la Zona 3 la salud era el segundo problema identificado, mientras que en la Zona 1 y 3 era el tercer problema.

Figura 2. Necesidades detectadas en las CMAC en América Latina por zonas.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación se analiza cuál es la realidad cuantitativa y cualitativa de las CMAC en términos de salud. Se compara el resultado obtenido en las comunidades con los promedios nacionales, prestando especial atención a la brecha de género. Para favorecer el análisis, se presentan en la siguiente tabla algunos datos que se utilizarán como referentes de las condiciones económicas y sociales generales de cada país.

Atendiendo específicamente a las condiciones de salud y de acceso a los sistemas sanitarios se analizan a continuación la tasa de mortalidad general, la exhaustividad de la información de las muertes⁶, el porcentaje de la población con acceso a servicios de salud⁷ y de las embarazadas que reciben atención prenatal⁸ y los nacimientos atendidos por profesionales⁹. Se estudia la tasa de mortalidad de los bebés¹⁰, el nivel de neonatos protegidos contra el tétanos¹¹ y la tasa de mortalidad de los niños y las niñas menores de

cinco años. Se considera además el porcentaje de la población entre 15 y 24 años con VIH¹².

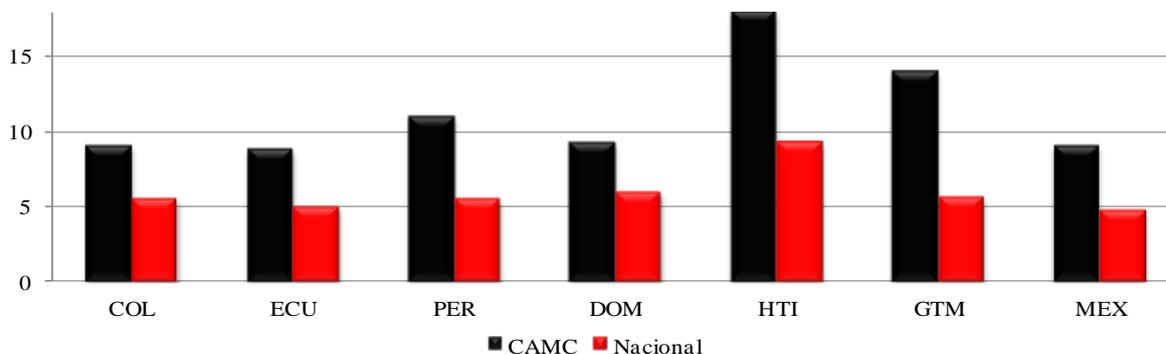
En tanto a la tasa de mortalidad, como puede apreciarse en la figura 3, los datos más elevados se registraron en las CMAC de Haití, Guatemala, y Perú, no apreciándose una diferencia significativa por regiones. En todos los casos, el valor en las comunidades era superior respecto a la media nacional. En promedio, la diferencia entre las comunidades y el país era de 5,5 puntos, si bien en aquellos que contaban con una media nacional de muertes por adulto más alta, la diferencia era mayor. Especialmente elevada era en el caso de Haití, con un promedio nacional de más de 9,2 y una cifra registrada en las comunidades entrevistadas de casi el doble, con un 17,5 por mil.

Es preciso analizar los datos de manera muy prudente por la escasa rigurosidad que se aprecia en el reporte de las muertes. Tal y como se recoge en la figura 4, en los países que disponían de datos al respecto, como en la República Dominicana o

Perú, se tienen datos que indican que registraban de manera adecuada el 55% y el 60% del total de las muertes. Los datos recogidos en las CMAC muestran cómo, efectivamente, no se registran

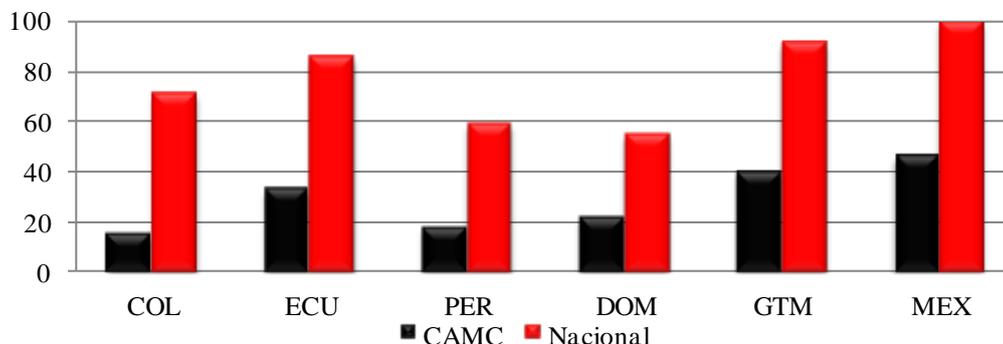
todos los fallecimientos, dando cuenta del 30-40%. La diferencia de las CMAC con las medias nacionales es parecida, oscilando en torno al 20-30%.

Figura 3. Tasa de mortalidad en un año (por cada 1.000 personas) en 2008 en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.



Fuente: Visitas a las CMAC, Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados y Banco Mundial (2014).

Figura 4. Exhaustividad de la información del total de muertes (% del total de muertes informadas en relación con el total de muertes estimadas) en 2008 en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.



Fuente: Visitas a las CMAC, Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados y Banco Mundial (2014).

Entre las principales razones de que no se conozcan las muertes y sus causas reales, destacan el aislamiento, que condiciona el poder informar a tiempo y llevar el cadáver en el estado lo suficientemente adecuado para poder realizarse una autopsia, de ser necesario¹³. No se cuenta en la mayoría de los casos con espacios para poder registrar adecuadamente las muertes, especialmente cuando no son naturales, ni existen cadenas de custodia e información entre los

servicios de salud y el poder jurídico¹⁴. Además, se generan voluntades en las comunidades que actúan habitualmente bajo coacción ante el temor de represalias, de que no se cuente con la información necesaria de la muerte, especialmente si está vinculada con algún acto violento¹⁵.

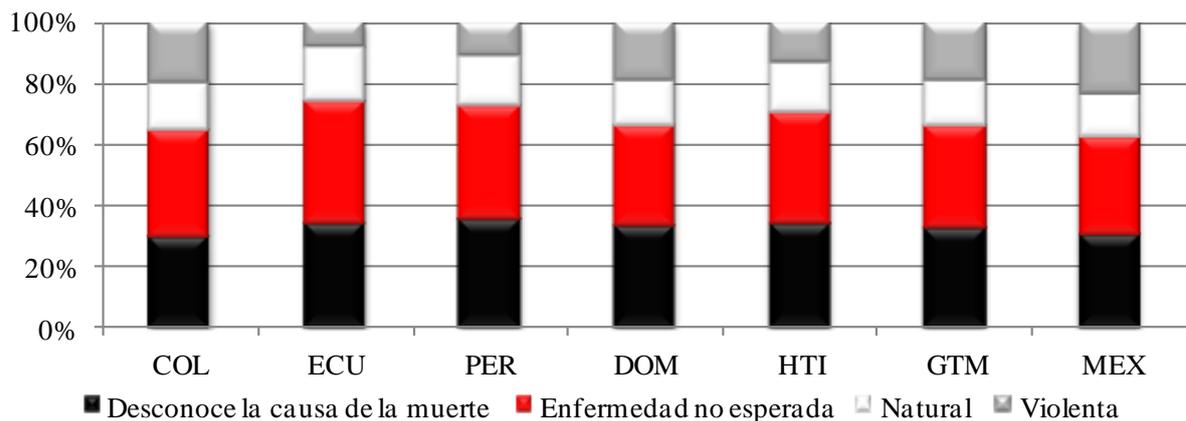
Como se indica en la figura 5, en el 35% de los casos de muerte en las comunidades se desconocía la causa exacta de la muerte, o no se

quería explicar, especialmente en el caso de las mujeres. Efectivamente, cuando se atendía a la diferencia por sexos, el 43% de las muertes de las mujeres no estaban explicadas, mientras que el porcentaje descendía hasta el 29% en el caso de los hombres. Del 65% que sí se sabía, en el 58% de los casos las causas de las muertes se debían a enfermedades, el 30% a la vejez y el 12% a causas violentas. Por países, el porcentaje de muertes que respondían a causas violentas se incrementaba en el caso de Guatemala, hasta el 23%, Colombia, hasta el 20% y Haití, hasta el 18%. La media aumentaba también en el caso de las mujeres, alcanzando un máximo del 27% en Guatemala, y seguido por un 25% en Haití.

En general se detecta poca preocupación hacia el tema no sólo desde las comunidades, sino desde las autoridades y servicios generales y de la sociedad en general, que asumía la cuestión casi como una norma que era imposible cambiar¹⁶.

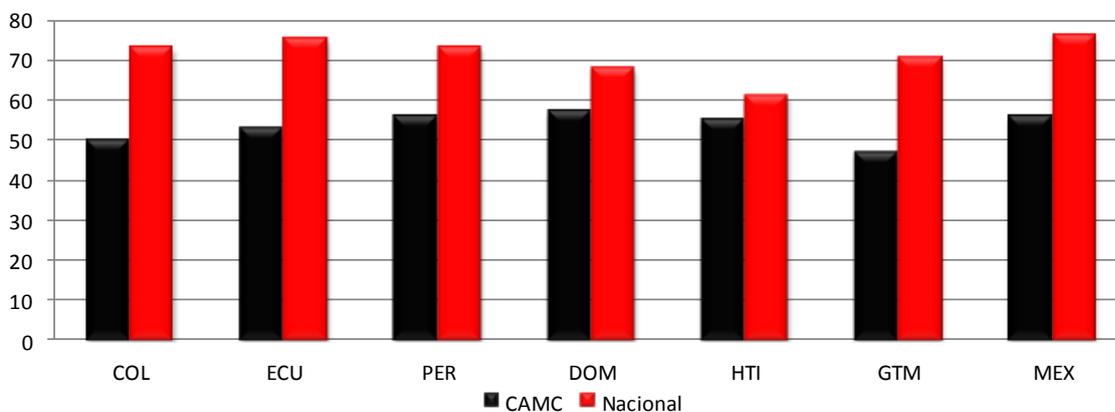
La esperanza de vida en todos los países era menor en el caso de las CMAC, como puede verse en la figura 6. Las mayores diferencias con las medias nacionales se registraron en Guatemala, con 23 años, y en Colombia y Ecuador, con 22 años en cada caso. En los países del Caribe tomados como muestra, las diferencias son menores, de 6 y 11 años respectivamente, fundamentalmente por la escasa esperanza de vida a nivel nacional.

Figura 5. Causas de la muerte en 2008 en las CMAC entrevistadas en América Latina y el Caribe.



Fuente: Visitas a las CMAC y Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados.

Figura 6. Esperanza de vida al nacer, total (años) en 2008 en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.



Fuente: Visitas a las CMAC, Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados y Banco Mundial (2014).

En términos absolutos, en las CMAC de los países más peligrosos, como son Guatemala y Colombia, se registraron las peores esperanzas de vida, de 47 y 50 años, fundamentalmente por cuestiones vinculadas con crímenes violentos. Así, se registran en la práctica dos grupos de edades para morir: la de los mayores, que mueren por causas naturales vinculadas a la salud, y cuya esperanza de vida oscila en torno a los 56 años, como en el resto de países; y la de las personas que mueren asesinadas, con un promedio de 35 años de edad.

Podría pensarse que la condición de aislamiento sería positiva para que las propias comunidades se aislaran de los grupos armados y del tráfico de personas y drogas. No obstante en la práctica resulta más bien al contrario: al estar aisladas y estar ignoradas tanto por los medios de comunicación como por los poderes públicos, han sido tradicionalmente sometidas por los grupos violentos para poder controlar el territorio en el que están¹⁷. La situación de control, asesinato y expolio se perpetúa generación tras generación¹⁸. Vale la pena destacar además cómo otros crímenes violentos, especialmente los femicidios, no son considerados como tales, sino como causas naturales de muerte en todas las CMAC de los países visitados.

El mayor gasto en salud como porcentaje del PIB que se registra en Colombia o en México, no se traduce en una mayor esperanza de vida en sus CAMC, lo que muestra además la dificultad para poder acceder a los servicios de salud en este tipo de comunidades. Les resulta difícil poder llegar a los servicios de salud más básicos, así como a los hospitales, y casi imposible acceder a tratamientos especializados¹⁹ y atención de urgencia²⁰.

Efectivamente, al analizar al acceso a algún sistema sanitario, se aprecian diferencias especialmente relevantes entre las medias nacionales y las CMAC. En el caso de México, por ejemplo, donde se aprecia la mayor distancia, mientras en las comunidades el acceso es del 16%, a nivel país era del 83%²¹. En general, en los países

con una menor inversión en salud pública, como son Haití, Guatemala y la República Dominicana, los niveles de acceso son menores en las CMAC, y proporcionalmente guardan una mayor diferencia con los promedios nacionales.

En general, a nivel de las comunidades, el porcentaje de acceso real a los servicios de salud estaba en torno al 30%, que se corresponde con el porcentaje aproximado de familias que no estaba en condición de pobreza o de pobreza extrema. De nuevo, si bien se registraba una falta de acceso físico y real a servicios de salud, la dificultad para pagar el transporte para llegar a ellos en el caso de que fueran públicos, las medicinas e incluso la consulta si eran privados, era la principal causa de falta de atención médica y sanitaria²².

Efectivamente, tal y como se presenta en la figura 7 las comunidades con mayor dificultad para el acceso físico a los centros de salud son las que están en los países andinos, donde es especialmente difícil llegar físicamente a los centros de salud. Los países que padecen de una mayor inflación y de una mayor brecha económica y social, como son los caribeños, presentan una mayor dificultad para poder pagar los servicios médicos y las medicinas.

La falta de recursos económicos para acceder a al sistema de salud tradicional, lleva a las comunidades a aplicar saberes ancestrales contrastados o no por la ciencia, que pueden extrapolarse fuera de las comunidades. De nuevo, la falta de atención lleva a desconocer plantas y prácticas que pueden utilizarse en todo el conjunto de la sociedad y que puede generar beneficios comunes²³.

En el caso de las mujeres embarazadas, como puede verse en la figura 8, la brecha entre los datos nacionales y los registrados en las CMAC es especialmente profunda, alcanzándose una diferencia de casi 80 puntos porcentuales en todos los casos respecto a la media del país. Efectivamente, el acceso a los sistemas de control prenatal se ve especialmente afectado en las

CMAC, en la medida en que a la lejanía a los centros de salud, de existir, se le suma la condición de pobreza y la brecha de género. Por un lado hay una clara falta de preocupación por la salud de la madre, que ocupa una posición de inferioridad respecto al hombre y al joven tanto en la familia como en la comunidad²⁴; por otra parte, la elevada tasa de mortalidad de bebés lleva a considerar la muerte neonatal como un fenómeno inevitable. De nuevo la condición económica de las familias en las comunidades les obliga a dar prioridad a las personas que en la familia están presentes y que, de ser posible, están aportando a la economía familiar²⁵.

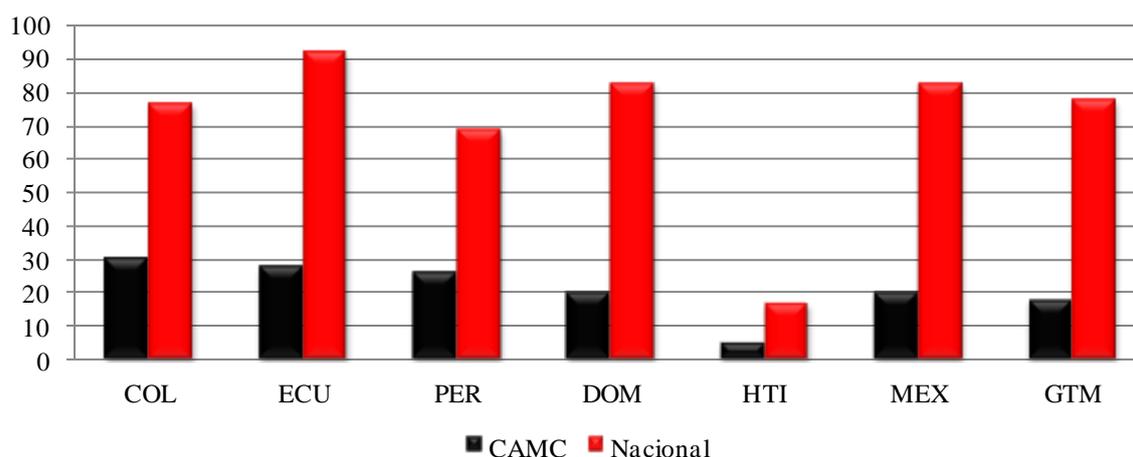
Tomando como referencia los nacimientos asistidos por personal de salud capacitado, la diferencia entre las CMAC y la media nacional es en promedio de casi 50 puntos, mientras que en México, donde la diferencia es mayor, se alcanzan los 80 puntos (Figura 9).

Entre las razones fundamentales destacan la lejanía al centro de salud más cercano, que hacía

que pueda nacer el bebé en el camino, con lo que resulta más adecuado dar a luz en la comunidad, donde hay más mujeres cerca. El transporte no resulta cómodo para una mujer embarazada, especialmente en los territorios agrestes y en los tramos sin asfaltar. Además, la falta de atención sanitaria en los nacimientos se llegaba incluso a normalizar en el seno de la comunidad, que se veía como una cuestión femenina, alejada de la importancia general²⁶.

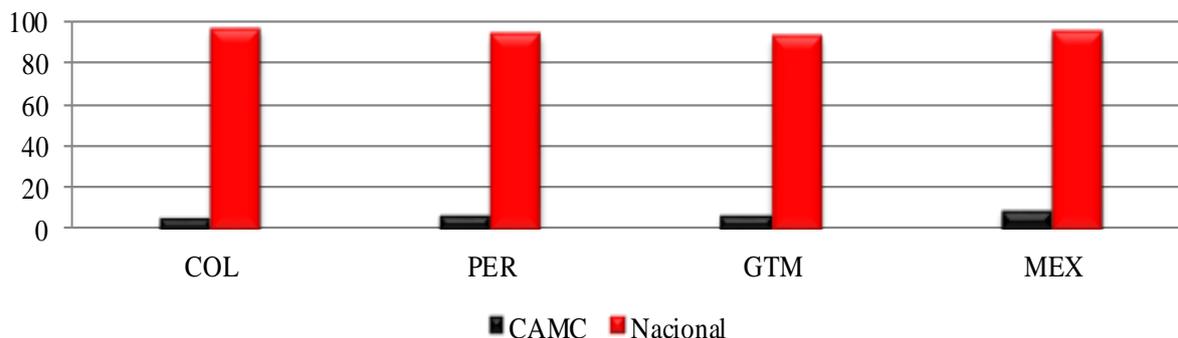
En cuanto al porcentaje de mortalidad de bebés que se recoge en la figura 10, en comparación a los datos de la mortalidad del total de la población, el volumen de fallecidos neonatos es mayor en las CMAC respecto a la media nacional. La mayor diferencia entre los datos registrados en las CMAC y las medias nacionales se registra en Haití y en Guatemala, que cuentan con los peores datos a nivel nacional. En las CMAC, los países con una mayor tasa de mortalidad neonatal eran también Haití y Guatemala.

Figura 7. Mejora de las instalaciones sanitarias (% de la población con acceso) en 2008 en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.



Fuente: Visitas a las CMAC, Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados y Banco Mundial (2014).

Figura 8. Embarazadas que reciben atención médica prenatal (%) en 2009 y 2010 (*) en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.

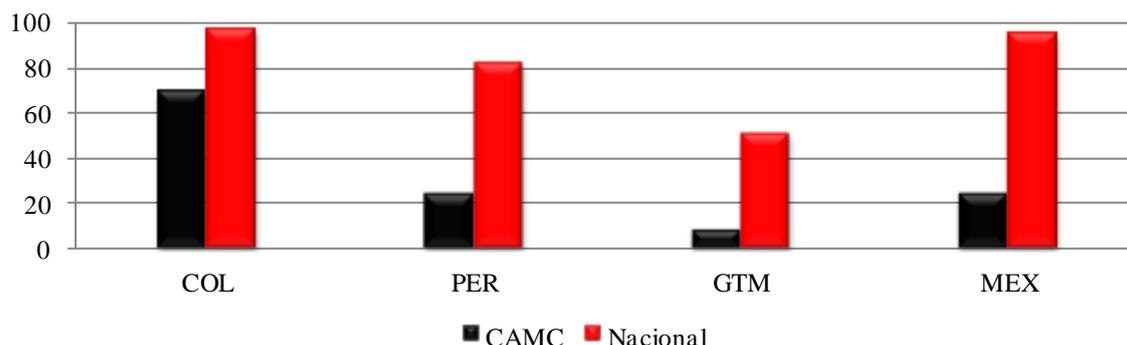


(*) Los datos de Colombia se corresponden con 2010, y los de República Dominicana, Ecuador y Guatemala con 2009.

(**) No se cuenta con datos nacionales de Perú, Haití y México.

Fuente: Visitas a las CMAC, Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados y Banco Mundial (2014).

Figura 9. Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (% del total) en 2009 y 2010 (*) en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.

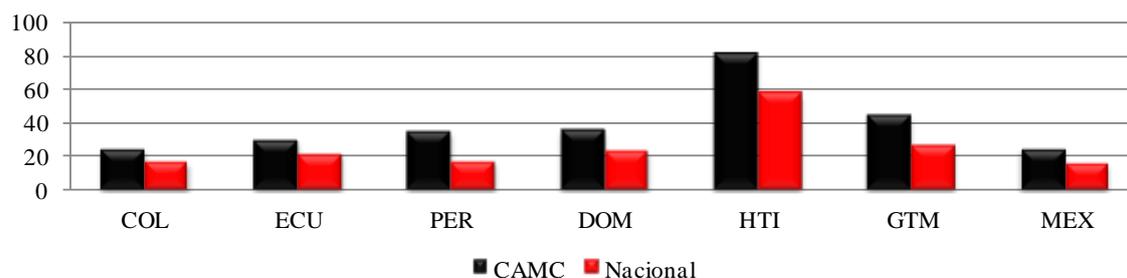


(*) Los datos de Colombia y Perú se corresponden con 2010, y los de México y Guatemala con 2009.

(**) No se cuenta con datos nacionales de Perú, Haití y México.

Fuente: Visitas a las CMAC, Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados y Banco Mundial (2014).

Figura 10. Tasa de mortalidad, bebés (por cada 1.000 nacidos vivos) en 2008 en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.



Fuente: Visitas a las CMAC, Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados y Banco Mundial (2014).

No siempre se informaba de las muertes y de la causa real, lo que se ha tratado anteriormente, y que también se daba en el caso de las muertes de los bebés²⁷. De identificarse, las causas de las muertes eran fundamentalmente enfermedades estomacales, sobre todo diarreas, con el 58% de los casos registrados. En segundo lugar, los bebés morían por enfermedades respiratorias en un 12%, siempre según las familias entrevistadas. En general se observaban cuadros febriles, que podían responder a casos de dengue y malaria, especialmente en Haití y la República Dominicana. En más de la mitad de los casos las familias desconocían cómo actuar en caso de diarrea.

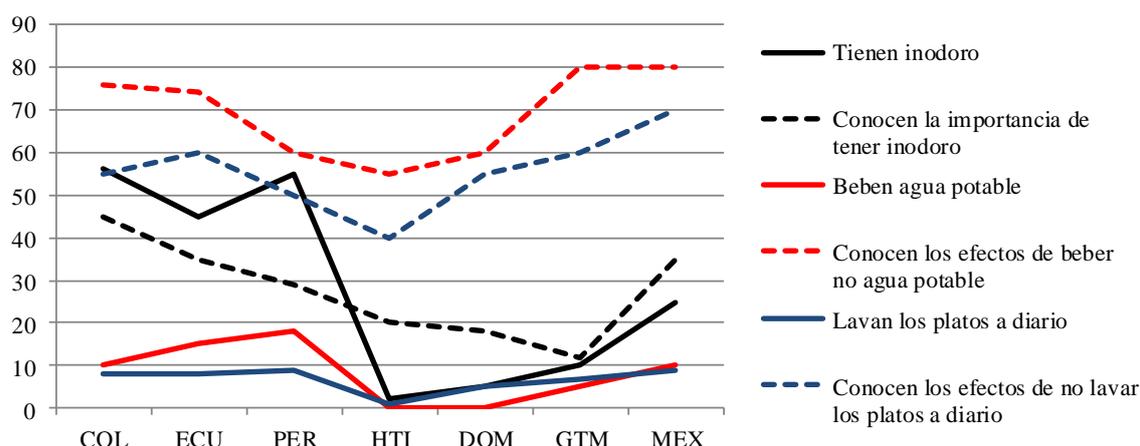
En el 15% de los casos, las familias confirmaban haber llevado a los bebés demasiado tarde, en casi el 37% las familias no llevaron a los bebés a un centro de salud porque no disponían de uno cercano, mientras que en más del 39% de los casos no disponían de recursos para llevar a los bebés a un centro de salud. En el caso de contar con un centro de salud gratuito cercano, la principal dificultad era poder pagar el coste del transporte para llegar y los medicamentos que le recetaran al bebé, además del coste indirecto de tener que dejar

de trabajar. Los porcentajes son similares en todos los casos, sin apreciarse diferencias sustanciales entre las CMAC de los distintos países en función del porcentaje de recursos públicos destinados al sistema de salud nacional.

En los países que registran los peores datos en las comunidades, como son Haití y Guatemala, las campañas de prevención de enfermedades infecciosas o contagiosas no llegaban hasta allí. Se observa no sólo una falta de asistencia sanitaria, sino una carencia de atención especializada dirigida a cubrir sus brechas sobre saneamiento y conocimiento sanitario básico, necesidades comunes en las comunidades aisladas.

Tal y como se indica en la figura 11 se observa una carencia de elementos fundamentales para llevar una adecuada higiene y saneamiento básico, como son el inodoro o el acceso al agua potable. De igual manera, se considera insuficiente el nivel de importancia que se les da en las comunidades a estos dos elementos, o a cuestiones tan básicas como el lavado de los platos o de las manos, para prevenir enfermedades.

Figura 11. Acceso a servicios básicos de salud en 2008 en CMAC en países muestra de América Latina y el Caribe.



Fuente: Visitas a las CMAC y Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados.

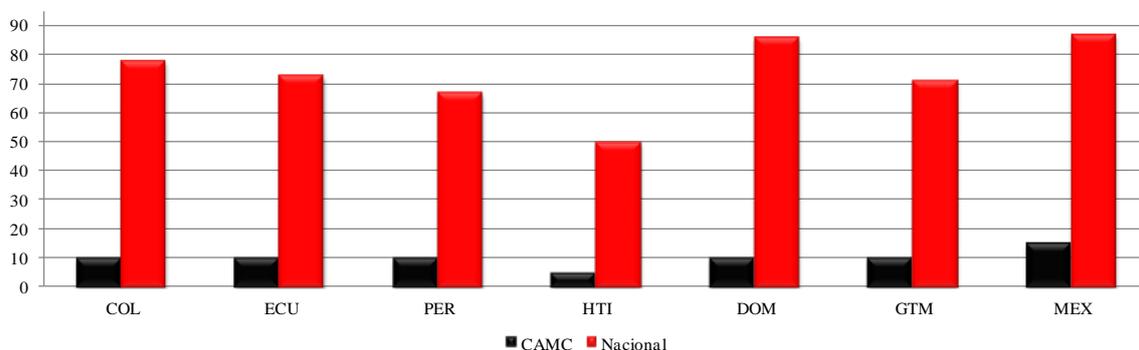
Tampoco reciben una atención especial en tanto a la vacunación, pese a que se vacunan menos niños en las CMAC que en el resto del país. Al analizar el porcentaje de neonatos protegidos contra el tétanos, como se indica en la figura 12, en Haití y en Perú se recogen los peores datos en las CMAC, mientras en México y la República Dominicana, el indicador alcanza el 90%. En todos los casos, la diferencia con las medias nacionales es superior a 10 puntos²⁸.

En cuanto a la mortalidad de los menores de cinco años en 2008, la tendencia es similar a la registrada en el estudio de la mortalidad neonatal²⁹. La mayor tasa de mortalidad, al igual que en caso anterior, se registra en Haití, Guatemala y la República Dominicana. En las CMAC, los países con una mayor tasa de mortalidad de menores de

cinco años son los mismos. Las diferencias entre los promedios nacionales y en las comunidades son muy similares en todos los casos de estudio recogidos (Figura 13, 14 y 15).

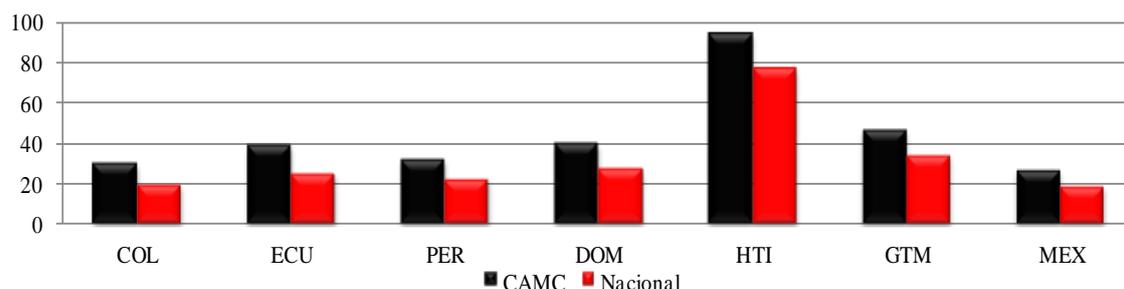
En tanto a la brecha de género, no se observa una mayor tasa de mortalidad de las niñas en el ámbito nacional, pero sí en las CMAC. La diferencia se explica nuevamente por la creencia generalizada de que serán los varones los que mantendrán económicamente el núcleo familiar cuando los adultos ya no puedan trabajar, y son los que por ende deben comer mejor y sobrevivir. Por ende, son los que tienen un mayor acceso a la atención sanitaria y una mejor nutrición, cuestión íntimamente relacionada con una mayor esperanza de vida³⁰.

Figura 12. Neonatos protegidos contra el tétanos (%) en 2008 en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.



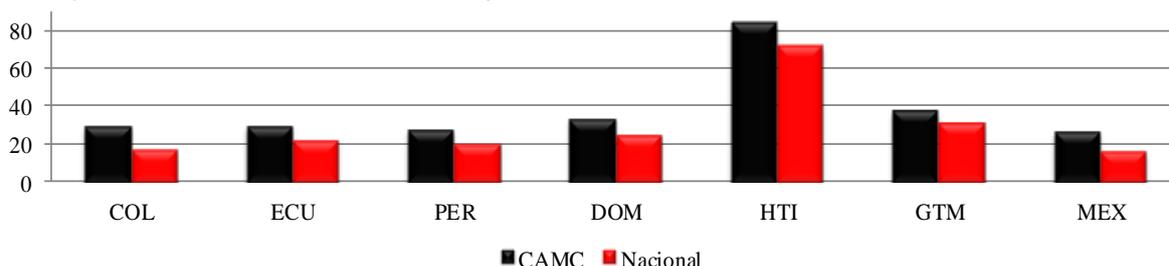
Fuente: Visitas a las CMAC, Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados y Banco Mundial (2014).

Figura 13. Tasa de mortalidad, menores de cinco años (por cada 1.000) en 2008 en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.



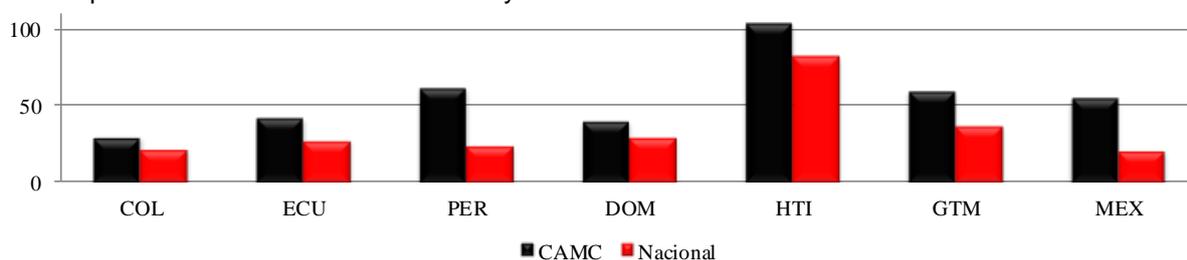
Fuente: Visitas a las CMAC, Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados y Banco Mundial (2014).

Figura 14. Tasa de mortalidad, menores de cinco años, mujeres (por cada 1.000) en 2008 en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.



Fuente: Visitas a las CMAC, Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados y Banco Mundial (2014).

Figura 15. Tasa de mortalidad, menores de cinco años, hombres (cada 1.000) en 2008 en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.



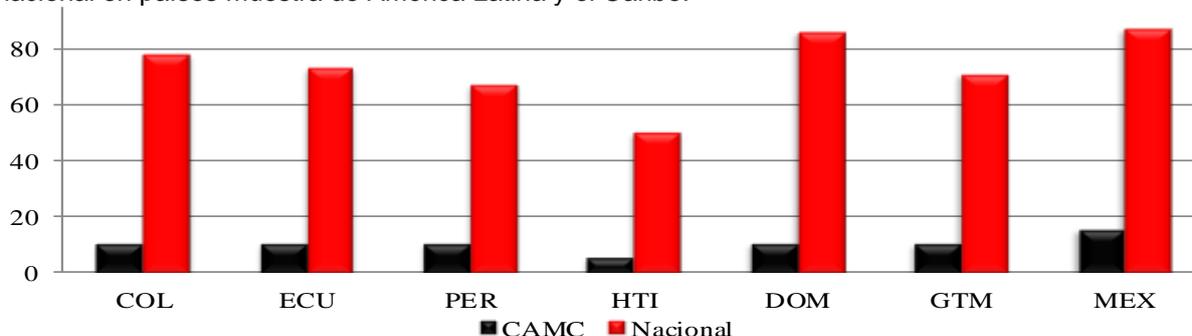
Fuente: Visitas a las CMAC, Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados y Banco Mundial (2014).

Entre las principales causas de muerte destacaban las diarreas y las infecciones respiratorias agudas (IRA). En relación al tratamiento de las IRA en menores de cinco años, se aprecia una diferencia en de casi 60 puntos entre las CMAC y la media nacional de Colombia y la República Dominicana, que oscila en torno al 65%. La diferencia entre el porcentaje nacional y el de las CMAC se explica por la dificultad física y económica para acceder a un centro de salud en el

que tratar las IRA, o cualquier otra enfermedad que requiera de una atención en el corto plazo³¹.

En tanto a la prevalencia del VIH, era casi nula en el caso de las CMAC, a excepción de Haití y, que aun así guardaba una gran diferencia con la media nacional (Figura 16). En este caso, la condición de aislamiento limita el contacto de las comunidades con enfermedades contagiosas, como es el VIH, que en su mayoría llegan incluso a desconocer³².

Figura 16. Prevalencia de VIH, total (% de la población entre 15 y 24 años de edad) en 2008 en CMAC y a nivel nacional en países muestra de América Latina y el Caribe.



Fuente: Líneas de Base de proyectos de cooperación seleccionados y Banco Mundial (2014).

CONCLUSIONES

En general, y como se detalla a continuación, los resultados explican las pocas expectativas en las CMAC, tradicionalmente ignoradas por las autoridades porque es difícil acceder a ellas físicamente y, con frecuencia, porque como grupos socialmente marginados y aislados, tienen poco peso político a nivel nacional. Destaca en general la peor condición de las mujeres, mostrando una evidente brecha de género tanto en las CMAC, como en la comparativa con los promedios nacionales.

Los peores datos se registran a nivel nacional y en las CMAC en Haití, la República Dominicana, Guatemala y Perú. Se aprecia así cierta coincidencia entre las peores tasas nacionales y en las comunidades, lo que indica la influencia a nivel nacional de las políticas y del estado de la economía y la sociedad. A nivel de las comunidades los datos son más homogéneos que a nivel nacional, pudiendo constatar que se enfrentan en general a problemas comunes que requieren de políticas específicas diseñadas desde una visión regional.

En todos los casos los datos eran peores en las CMAC, a excepción de la tasa de enfermedades infecciosas, como por ejemplo el VIH. De manera puntual, se registran incursiones de Colombia. En general, los cuatro países comparten los peores puestos en tanto a los indicadores tomados como referencia recogidos en las Tablas 3 y 4. Las apariciones puntuales de Colombia registradas en el ámbito de la salud responden a los datos de homicidios intencionales y desplazamiento.

A nivel nacional en tanto a la tasa de mortalidad, los peores datos se registran en Haití, mientras en el resto de países el promedio es similar. En cuanto al conocimiento de las muertes y la explicación de sus causas, en la República Dominicana se registran los peores datos, con poco más del 50% de las muertes explicadas adecuadamente. Le sigue de cerca Perú, con casi el 60%.

La peor esperanza de vida se registra en Haití y en la República Dominicana. El acceso a las instalaciones sanitarias era menor en Haití y en Perú. En Guatemala se registra la peor tasa de atención a las embarazadas, así como de nacimientos atendidos por profesionales. La tasa de mortalidad de bebés y de los menores de cinco años es sustancialmente superior en Haití, quedando justo por detrás de los por situados Guatemala y la República Dominicana. El porcentaje de bebés protegidos contra el tétanos es más reducido en Haití y Perú.

En términos absolutos en las CMAC, en cuanto a la tasa de mortalidad, los peores datos se registran en Haití, Guatemala y Perú. La brecha con los promedios nacionales, es de casi un 75%. Al analizar la exhaustividad del conocimiento de las muertes y de sus causas, el promedio en las CMAC es del 35%. Los peores datos se registran en Colombia y Perú. La diferencia con los datos nacionales es de casi 45 puntos. En el caso de saberse la causa de la muerte, en el 58% de los casos se debía a enfermedades, el 30% a por la vejez y el 12% por causas violentas.

En tanto a la esperanza de vida, los datos son en general homogéneos, con el peor dato de Guatemala y una brecha promedio con las medias nacionales de 20 puntos. En Haití se registra el peor dato de acceso a las instalaciones sanitarias. La brecha es indiscutible con la media nacional, de casi 70 puntos. De igual manera, la brecha entre la atención médica de las embarazadas es de casi 80 puntos y del nacimiento atendido por profesionales, de 60 puntos en promedio.

Al igual que a nivel nacional, también en las CMAC mueren más bebés en las analizadas en Haití, Guatemala y la República Dominicana. El porcentaje de bebés protegidos contra el tétanos sólo se supera en el caso de México, con un 14%. En el caso de los menores de cinco años, los peores datos se obtienen en las CMAC de Haití y Guatemala. La brecha con las medias nacionales oscila en torno a los 15 puntos. Se observa a nivel

de las comunidades una brecha sustancial entre la tasa de mortalidad de los niños y de las niñas.

Se aprecia en general una falta fundamental de interés por parte de las autoridades en conocer la cantidad de muertes en las CMAC y la causa de las muertes: hay una carencia evidente en el tratamiento de los fallecimientos y una desarticulación clara entre los poderes ejecutivo, legislativo y judicial relacionados. Los grupos armados con intereses políticos y sobre todo económicos son capaces de generar masacres en las comunidades para desplazar a la población o lograr su colaboración. La falta de atención e interés de las autoridades, e incluso su posible vinculación, logra que se vuelvan especialmente vulnerables y susceptibles de padecer los ataques más violentos en la región.

Los niveles de cultura sanitaria básica preventiva son escasos, especialmente los conocimientos vinculados a la higiene y la salubridad. Faltan además infraestructuras fundamentales como inodoros o con agua potable para el consumo humano porque no se cuenta con los recursos para comprarlas, no se le da la importancia necesaria desde los poderes públicos y no existe la conciencia como individuos y comunidad.

La condición de aislamiento dificulta el poder llegar a centros de salud sobre todo en caso de emergencia, no disponiéndose en ningún caso de sistemas extraordinarios de atención médica, con sistemas de transporte especiales.

La dificultad de acceso físico se acompaña de una permanente dificultad para pagar no sólo los servicios de salud, en el mejor de los casos al disponer de un centro de salud público, sino el transporte para llegar, o los tratamientos posteriores. La pobreza es una cuestión intrínseca a las CMAC, cuestión que han estudiado entre otros Leonard (1989), Sebastian (1990), Pender *et al.* (1996) y Hazel *et al.* (2007).

En general se observa cómo las políticas sanitarias desde el ámbito nacional e incluso local no están adaptadas a las necesidades que presentan las CMAC. No se considera la situación de aislamiento, relacionada con la falta de información sobre las muertes, la escasa cultura sanitaria básica, la brecha de género o con la dificultad para llegar a los centros de salud, especialmente en caso de emergencia. Tampoco se tiene en cuenta su condición de pobreza, que dificulta comprar infraestructuras sanitarias básicas o que puedan pagar incluso el transporte para acceder a la asistencia sanitaria básica, en el mejor de los casos, de contarse con un sistema público de salud.

NOTAS

¹ Se incluyen países de ingreso medio y bajo, excepto Europa del Este, Asia Central, ciertos estados insulares y países con tierra agrícola despreciable. Los datos no incluyen la tierra o las personas marginales por aislamiento del mercado.

² Como señalaban Smael *et al.* (2009. 17), “[w]e defined “neglected by man” as an estimated time to market of 2–4 hours by car—medium to remote access, as compared to high access. This is a “generous” definition, but in many instances motorized transport is not available. We also argue that for farmers to make the most of market opportunities, high access is needed.”

³ Como indicaba una señora entrevistada en Perú, la maca, que está de moda en las ciudades, se lleva utilizando para tener más energía en época de cosechas desde hace años.

⁴ Habitualmente, como es el caso de las comunidades visitadas en Colombia, la falta de atención de la medicina tradicional se sustituía por las curanderas de la zona (cfr. Entrevista Comunidad STMCOL-20110419, p. 1), lo que podía suponer un problema como en el caso de Ecuador, donde los hombres eran los que sustituían a los profesionales de la medicina, y no atendían a las mujeres ni a los neonatos (cfr. Entrevista Comunidad SOZECU-20090305, p. 2).

⁵ Como señalaban en los bateyes visitados en la República Dominicana, resulta muy difícil que las mujeres puedan tener acceso a las visitas de un médico durante la gestación por la condición de pobreza y por lo lejos que están de los médicos especializados. A lo sumo podrían llegar a los

centros de salud primaria, que no cuentan con los insumos necesarios para la atención prenatal (cfr. Entrevista Comunidad BAYDOM-20090410, p. 2). Como señalaba una señora entrevistada en México, a modo de ejemplo, les gustaría poder ir más al médico para las mujeres embarazadas pero no pueden darse el lujo de pagar el pasaje y la consulta, dado que no tienen ningún centro de salud público cercano (cfr. Entrevista Comunidad TINMEX-20100122, p. 5).

⁶ Se entiende por exhaustividad de la información de las muertes a nivel nacional el número total de muertes que informan los servicios nacionales de estadísticas en el Anuario de Demografía de la División de Estadística de las Naciones Unidas dividido por el número total de muertes estimada por la División de Población de la organización (Banco Mundial, 2014). En el caso de las CMAC se han considerado el total de muertes reales, respecto al total de las muertes reportadas, multiplicado por 100, para poder ser comparado con los datos nacionales.

⁷ Tanto en el ámbito nacional como en el de las CMAC, se considera que la población con acceso a servicios de salud es aquella con un acceso al menos adecuado a instalaciones de desecho exclusivas para seres humanos, que las aislen de los animales y los insectos, bien construidas y que cuenten con el mantenimiento necesario (Banco Mundial, 2014).

⁸ Se considera tanto para el análisis nacional como de las CMAC, que las embarazadas que reciben atención médica prenatal son aquellas que acuden a algún servicio médico especializado al menos una vez durante la gestación precisamente por su condición de embarazadas (Banco Mundial, 2014).

⁹ Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado para la necesaria supervisión, cuidado y atención durante el trabajo de embarazo, parto y posparto, y dar la atención necesaria para atender a los recién nacidos (Banco Mundial, 2014).

¹⁰ Tanto al analizar la media nacional como al recoger los datos de las CMAC, la tasa de mortalidad infantil es el número de niños con menos de un año que mueren por cada 1.000 nacidos vivos (Banco Mundial, 2014).

¹¹ Los neonatos vacunados contra el tétanos son en realidad los partos de mujeres vacunadas contra el tétanos, considerados así tanto a nivel nacional como del estudio de las CMAC (Banco Mundial, 2014).

¹² Población infectada del virus del VIH entre 15 y 24 (Banco Mundial, 2014).

¹³ La dificultad para poder comunicar los problemas que surgen en las comunidades pudieron constatarse en todas las comunidades visitadas. En Guatemala o en Ecuador, por ejemplo, las mujeres confirmaban que la condición de aislamiento era siempre un problema para todo y que debían tener en cuenta la lejanía respecto al resto de las comunidades, y hacia las ciudades para casi todas las cuestiones de salud, educación, etc. También para comunicar las defunciones, podían llegar a tardar hasta 15 días porque al no tener teléfono, era imprescindible la presencia física (cfr. Entrevista Comunidad YANGUA-20091024, p. 4; cfr. Entrevista Comunidad PUYECU-20100306, p. 4).

¹⁴ Cuando se detecta una muerte no se cuenta con ningún protocolo de seguridad para trasladar a la persona fallecida a un depósito, ni existen los peritos o especialistas necesarios para tratar el cuerpo, y poder definir la causa real de la muerte, lo que pudiera servir para emprender causas legales (cfr. LBPER-2009, p. 9).

¹⁵ No se suele explicar las causas de la muerte porque pueden meterse en problemas aquellos que denuncien algo, lo que puede afectar incluso a su familia (cfr. LBCOL-2009, p. 2).

¹⁶ Como señalaba una señora entrevistada en una CMAC en la República Dominicana, es imposible lograr que no haya actos violentos, ni las autoridades van a hacer nunca nada para cambiarlo (cfr. LBDOM-2009, p. 6).

¹⁷ Como se señalaba en una comunidad entrevistada en Colombia, un grupo armado entró en la CMAC y amenazó a la comunidad para que abandonara sus tierras. Cuando se negaron tomaron a una familia de cinco miembros y les asesinaron a balazos en la plaza del pueblo (cfr. Entrevista Comunidad SINCOL-20091024).

Un técnico de la organización que trabaja habitualmente en las comunidades entrevistadas en Guatemala fue asesinado por un grupo violento, y su compañero recibió un disparo en el estómago (cfr. Entrevista Organización SANGUA-20080825).

Al realizar las visitas a las CMAC en México para la presente investigación fue necesario desviar la ruta hasta en tres ocasiones por las advertencias de que grupos armados en la zona estaban asesinando a extranjeros que quisieran explicar la realidad de la zona.

¹⁸ Una familia entrevistada en Colombia señalaba que hasta que la violencia no afecta a las ciudades no sale en los medios de comunicación, y sólo entonces las autoridades parece que quieren hacer

algo, cuando en realidad ellos llevan así décadas (cfr. Entrevista Comunidad SINCOM-20091024).

¹⁹ En una de las comunidades visitadas en la República Dominicana, una persona con aparente deficiencia mental vivía encadenada para que no agrediera a su entorno porque, como señalaba la familia, no podían contar con un centro o una atención especializada (cfr. Entrevista Comunidad BAYDOM-20090410, p. 2).

²⁰ A modo de ejemplo del problema común registrado en el resto de comunidades, en dos CMAC entrevistadas en Ecuador señalaban la dificultad para poder acceder con rapidez a un centro de salud, lo que había provocado dos muertes infantiles en el último año (cfr. Entrevista Organización LOJ2ECU-20100416, p. 2).

²¹ La falta de acceso a los sistemas de salud era una de las carencias fundamentales para las familias en las comunidades visitadas, considerado una de las peores consecuencias del tener que vivir en condición de aislamiento. Como señalaba una mujer en Perú, cuando lograban llegar a los hospitales solía ser tarde porque se pesaba en acudir al médico cuando las enfermedades habían tenido el tiempo necesario para poder evolucionar porque no era posible costear las visitas y el transporte (cfr. Entrevista Comunidad DURPER-20090110, p. 2).

También la falta de acceso a las medicinas era un problema tanto porque estaban lejos como por la falta de recursos. En Guatemala señalaba una líder entrevistada que el problema no era sólo llegar al médico, que eso incluso podía llegar a lograrse. el problema era poder comprar las medicinas que les recetaban porque superaban sus ingresos mensuales (cfr. Entrevista Comunidad SJOGUA-20110510, p. 3).

Las opciones que les quedaban eran pasan por la medicina natural y por costumbres, como el aspirar humo de cigarrillos para curar el paludismo, prácticas que no guardaban relación con la cura de la enfermedad (cfr. Entrevista Comunidad SMSGUA-20110510, p. 3).

²² Como señalaba una señora entrevistada en la República Dominicana, acudir al hospital para operarse es muy complicado porque es necesario aportar hasta las gasas que pueda necesitar el doctor en el momento y si no se pueden comprar en el momento, la operación se hará sin las gasas (cfr. Entrevista Comunidad BAYDOM-20090410, p. 4).

La falta de capacidad económica para pagar operaciones sencillas de extremidades, según una

organización entrevistada en la República Dominicana, lleva a muchas familias a tener que optar por la amputación, lo que efectivamente sorprende al llegar al país (cfr. Entrevista Comunidad BAYDOM-20090410, p. 2).

²³ Como indicaba una señora entrevistada en Perú, la maca, que está de moda en las ciudades, se lleva utilizando para tener más energía en época de cosechas desde hace años.

²⁴ Habitualmente, como es el caso de las comunidades visitadas en Colombia, la falta de atención de la medicina tradicional se sustituía por las curanderas de la zona (cfr. Entrevista Comunidad STMCOL-20110419, p. 1), lo que podía suponer un problema como en el caso de Ecuador, donde los hombres eran los que sustituían a los profesionales de la medicina, y no atendían a las mujeres ni a los neonatos (cfr. Entrevista Comunidad SOZECU-20090305, p. 2).

²⁵ Como señalaban en los bateyes visitados en la República Dominicana, resulta muy difícil que las mujeres puedan tener acceso a las visitas de un médico durante la gestación por la condición de pobreza y por lo lejos que están de los médicos especializados. A lo sumo podrían llegar a los centros de salud primaria, que no cuentan con los insumos necesarios para la atención prenatal (cfr. Entrevista Comunidad BAYDOM-20090410, p. 2).

Como señalaba una señora entrevistada en México, a modo de ejemplo, les gustaría poder ir más al médico para las mujeres embarazadas pero no pueden darse el lujo de pagar el pasaje y la consulta, dado que no tienen ningún centro de salud público cercano (cfr. Entrevista Comunidad TINMEX-20100122, p. 5).

²⁶ Los partos no eran asistidos por profesionales especializados, contando en el mejor de los casos con parteras. La mortalidad de bebés era habitual, de manera que no se consideraba anormal, como señalaban en las comunidades visitadas en Guatemala (cfr. Entrevista Comunidad TINGUA-20091024, p. 6).

²⁷ A modo de ejemplo, y como confirmaba una señora entrevistada en una comunidad en Haití y Ecuador, tenían un elevado número de hijos porque sabían que algunos tenían de morir. Por eso, muchas veces ni explicaban que el bebé había nacido y después había muerto (cfr. Entrevista Comunidad FPAHAI-20091024, p. 3; cfr. Entrevista Organización LOJ2ECU-20100416, p. 2).

La dificultad para registrar las defunciones de los menores se consideraba generalizada en las CMAC, como se señalaba en México y en Haití,

donde se constataba la dificultad para llegar e incluso para pagar el billete para llegar a registrar la defunción (cfr. Entrevista Comunidad SCIMEX-20110518, p. 1; cfr. Entrevista Comunidad FPAHAI-20090305, p. 3).

²⁸ La vacunación no se consideraba un tema fundamental para los niños en las comunidades, principalmente por la falta de información al respecto y porque, como señalaban en las comunidades visitadas en Vietnam y en Haití, al estar en una condición de aislamiento, no era fácil que pudieran contagiarse de las enfermedades para las que se vacunarían (cfr. Entrevista Comunidad HGIAVIE-20100419, p. 3; cfr. Entrevista Organización PPHAI-20090301, p. 3).

²⁹ Como se señalaba en una comunidad en Malí y en otra comunidad en Ecuador, era muy posible que se murieran al menos dos hijos antes de que tuvieran cinco años, por eso se tenían tantos niños, porque nunca sobrevivían todos (cfr. Entrevista Comunidad COMIVMAL-20091024, p. 2; cfr. Entrevista Organización LOJ2ECU-20100417, p. 2).

³⁰ Como reconocían incluso las mujeres entrevistadas en las CMAC en la República Dominicana y en Ecuador, las niñas debían comer menos dado que no necesitan tanta energía porque al final, como no trabajaban y no llevaban los ingresos al hogar, no era importante que estuvieran bien nutridas (cfr. Entrevista Comunidad BTY8DOM-20110219, p. 3; cfr. Entrevista Comunidad QUIECU-20100305, p. 2).

³¹ Los niños acudían al médico por primera vez cuando tenían su primera enfermedad o dolencia. Como señalaba una mujer entrevistada en Haití, si no se estaba muy enfermo no había que acudir al médico porque resultaba muy caro y estaba muy lejos como para poder perder todo un día de trabajo, con su correspondiente salario diario (cfr. Entrevista Comunidad FANHAI-20090912, p. 4).

El problema radicaba en que cuando se tenía que acudir por primera vez y era una cuestión que precisaba de atención rápida y eficaz, no se contaba con los recursos disponibles ni se sabía a dónde ir. Como señalaba una mujer en Ecuador, el problema de verdad venía cuando llegaba una urgencia, porque no sabían a dónde debían ir, ni qué médico del sistema de salud ecuatoriano les correspondía (cfr. Entrevista Comunidad STIECU-20090628, p. 2).

La falta de atención médica era una de las razones que se repetían en todas las comunidades visitadas de muerte de al menos un hijo menor de 10 años, algo normal, como consideraban los líderes en la

República Dominicana (cfr. Entrevista Comunidad COMIVDOM-20091024, p. 1).

³² De manera general, consideraban en las comunidades también beneficiosa la condición de aislamiento en la medida en que les ayuda a preservar su cultura y sus tradiciones. En el ámbito de la salud, como señalaban en Ecuador, el beneficio era también claro, en la medida en que las familias beneficiarias sabían de la existencia de algunas epidemias mundiales como la de la gripe A, que no habían llegado a sus comunidades por la condición de aislamiento (cfr. Entrevista Comunidad GONECU-20100307, p. 5).

Criterios de clasificación JEL

H42 Bienes privados suministrados por el sector público

I18 Política pública; Regulación; Sanidad pública

O2 Planificación y política de desarrollo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banco Mundial. (2014). *Base de datos*. Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/>
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina). (2012). *Panorama social de América Latina*. Santiago: CEPAL.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población). (2011). *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010*. México D.F.: Consejo Nacional de Población. Colección: Índices Sociodemográficos.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población). 2013. *Índice absoluto de marginación 2000-2010*. México D.F.: Consejo Nacional de Población. Colección: Índices Sociodemográficos.
- EUROSTAT (European Social Statistics). (2000). *Income, poverty and social exclusion*. Luxemburgo: EUROSTAT.
- Feres, J.C. & Mancero, X. (1999). *Enfoques para la medición de la pobreza: Breve revisión de la literatura*. 4to. Taller regional del MECOVI. La medición de la pobreza: el método de las líneas de pobreza. Buenos Aires. 16-19 noviembre.

- Hazell, P. y Fan, S. (2007). *Development strategies for less-favored areas*. Netherland: Wageningen Academic Publishers.
- Hoegen, M. von & Palma, D. (2000). *Los pobres explican la pobreza: el caso de Guatemala*. Guatemala: Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Rafael Landívar.
- Klass, G. (2012). *Just plain data analysis: Finding, presenting and interpreting social science data*. Maryland: Rowman & Littlefield,
- Kovacevic, C. y Calderón, C. (2014). *UNDP's Multidimensional Poverty Index: 2014 Specifications*. Nueva York: PNUD. Recuperado de: http://hdr.undp.org/sites/default/files/specifications_for_computation_of_the_mpi.pdf el 16 de abril de 2015
- Leonard, J. (1989). *Environment and the Poor: Development strategies for a common agenda*. New Brunswick: Editorial Transactions Books.
- O'Higgins, M., y Jenkins, S. (1987). Poverty in Europe. Paper preparado para la conferencia del EUROSTAT, en Noordwijk, Países Bajos.
- OPHI. (2014). *Global MPI 2014/2015: Key findings*. Oxford: Universidad de Oxford.
- Pender, J. y Hazell, P. (1996). *Reducing poverty and protecting the environment: The overlooked potential of less-favored lands*. Washington: International Food Policy Research Institute.
- PNUD. (2010). *Informe sobre Desarrollo Humano, 2010* (Edición del Vigésimo Aniversario). Nueva York: PNUD.
- Ravallion, M. (1996). Issues in measuring and modelling poverty. *The Economic Journal*, 106(438): 1328-1343.
- Sebastian, K. (2009). *Mapping favorability for agriculture in low and middle income countries: technical report, maps and statistical tables*. Washington: Oxfam América.
- Streeten, P., Burki, S., Haq, M. ul, Hicks, N., Stewart, F. (1981). *First things first: Meeting basic human needs in developing countries*. Nueva York: Universidad de Oxford.
- Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: A survey of household resources and standards of living*. Los Angeles: Universidad de California.
- Ureña, C. (1999). *Contraste entre medidas objetivas y subjetivas de pobreza*. Lisboa. 22-24 de noviembre de 1999. Documento presentado en la Reunión del Grupo Río.