

udla-

Vulnerabilidad rural en
AMÉRICA LATINA
y el **Caribe**



Vulnerabilidad rural en
AMÉRICA LATINA
y el **Caribe**

Susana Herrero Olarte
Alejandra Villa

Prólogo
Miguel Albarrán Calvo

Vulnerabilidad rural en América Latina y el Caribe

© Susana Herrero Olarte y Alejandra Villa

© Universidad de Las Américas

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Carrera de Economía
Campus Granados, avenida de Los Granados y Colimes
Quito, Ecuador

Primera edición: junio, 2018

CUIDADO DE LA EDICIÓN
Coordinación Editorial UDLA

EDICIÓN Y CORRECCIÓN
Alberto Tassara

DISEÑO GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN
María Leticia Espinosa - La Pieza Clave

ISBN: 978-9942-7790-2-1

Publicado en línea: www.udla.edu.ec/tipo/libros/

Gracias por respetar las leyes del copyright al no reproducir, escanear ni distribuir ninguna parte de esta obra, sin la debida autorización. Al hacerlo está respetando a los autores y permitiendo que la UDLA continúe con la difusión del conocimiento.

El contenido de este libro se encuentra protegido por la ley.

Quito, Ecuador, 2018

Prevía a su publicación, esta obra fue evaluada bajo la modalidad de revisión por pares anónimos.

Presentación

Un país que progresa sin que todos sus habitantes progresen tiene un desarrollo incompleto. Por otro lado, un progreso inclusivo permite al país en su totalidad contar con un mayor capital humano que puede generar un mayor crecimiento en el futuro. Adicionalmente, un desarrollo inclusivo da más autonomía a una mayor proporción de la población para ganarse una vida digna con sus propios medios.

Entre los grupos que tradicionalmente no han participado en el desarrollo latinoamericano destacan las comunidades marginadas y aisladas contactadas. Son los grupos rurales más pobres, aquellos que vemos, pero no vemos, los que se quedan aparte, los que están demasiado apartados, muchos ni siquiera para aparecer en los reportes de pobreza. Son los que viven en asentamientos que no siempre aparecen en los mapas ni en las fotografías satelitales no actualizadas. Pero son una parte significativa de la población rural y en ocasiones están relacionados con importantes ecosistemas de la región. Su calidad de vida no es por tanto una cuestión secundaria sino que cobra cada vez más importancia, sobre todo si se considera que tienen mucho menos acceso que el promedio de la sociedad a las herramientas para mejorar su condición económica, política y social.

Como en muchos temas relacionados con la sociedad y la economía, la única manera de cambiar la realidad es conocerla a profundidad tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo. Solo así se puede pensar en metas y se puede calcular resultados para saber si las políticas aplicadas están funcionando, si se está logrando lo propuesto, si de verdad se está generando un cambio positivo o, por el contrario, si se está desperdiciando recursos o, peor aún, haciendo daño.

Este libro pretende, precisamente, arrojar luz sobre la realidad de las comunidades, tanto desde los números y las estadísticas, como desde la comprensión de su lógica de funcionamiento. Este texto intenta ser un punto de partida académico para el debate de las políticas de inclusión de las comunidades más marginadas y aisladas en Latinoamérica y, con especial detalle, en el Ecuador. Solo desde el diálogo y el análisis de todos podrán mejorarse las oportunidades para que, desde las comunidades, puedan generar más y mejor desarrollo.

Vicente Albornoz
Decano de la Facultad de Ciencias
Económicas y Administrativas

Prólogo

*Eran gentes de vidas lentas,
a las cuales no se les veía volverse viejas,
ni enfermarse ni morir,
sino que iban desvaneciéndose poco a poco
en su tiempo, volviéndose recuerdos,
brumas de otra época,
hasta que los asimilaba el olvido.*

Gabriel García Márquez

En América Latina y el Caribe existen más de 42 millones de personas que habitan en Comunidades Marginadas y Aisladas (CMA). Estas personas discurren entre la pobreza, el hambre, la exclusión y el olvido. Se trata de poblaciones rurales alejadas geográficamente de los centros urbanos, pero aún más alejadas de los centros de poder y decisión, alejadas de las instituciones que han de velar por sus derechos más fundamentales y que tienen la obligación de respetar, proteger, cumplir y hacer cumplir cada uno de ellos.

El mundo en el que vivimos está muy distanciado de estas realidades. Una sociedad globalizada, caracterizada por grandes avances tecnológicos, valores y modelos de consumo cada día más homogéneos, donde los flujos comerciales, financieros y de personas han experimentado un crecimiento exponencial, con una degradación ambiental creciente, un aumento del individualismo y el surgimiento de nuevos actores transnacionales con un papel determinante en las decisiones mundiales, y donde se niegan —con demasiada frecuencia— los derechos inherentes de las personas por el solo hecho de ser humanos. El ex Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-Moon, señalaba en 2014: «Nuestro mundo globalizado se caracteriza por avances extraordinarios junto con niveles inaceptables e insostenibles de miseria, discriminación, explotación e injusticia y un comportamiento irresponsable con el medio ambiente»¹.

¹NUU (2014): «El camino hacia la dignidad para 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta». Informe de síntesis del Secretario General sobre la agenda de desarrollo sostenible después de 2015.

Desde las consideradas sociedades avanzadas se extiende una visión esencialmente exótica de las comunidades aisladas y no se visibilizan sus verdaderos problemas: el expolio de sus recursos; la inseguridad alimentaria; la elevada incidencia de enfermedades; los altos niveles de analfabetismo; la pérdida de su identidad cultural y la generalizada inexistencia de políticas especialmente diseñadas para generar cambios reales sobre sus condiciones de vida.

En los recientes debates internacionales sobre Desarrollo, en el marco de la Agenda 2030, y sobre la base de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, hay un mensaje clave: «No dejar a nadie atrás» acreditando los principios de igualdad y no discriminación para garantizar que tengamos en cuenta a todas las personas, especialmente a aquellas en condiciones de mayor exclusión. En palabras de la secretaria ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Alicia Bárcena, «No dejar a nadie atrás significa que nadie debería ser invisible»². Tenemos, por tanto, la obligación no solo moral de construir una sociedad más inclusiva, donde la prosperidad sea compartida y esté basada en la sostenibilidad ambiental, promoviendo una igualdad en el plano de los derechos.

Precisamente esta es una de las aportaciones más notables de este libro, visibilizar una realidad oscura, que permita dar voz a las aspiraciones de los habitantes de las comunidades aisladas, que dé a conocer sus condiciones de vida, sus intereses, y que reconozca que sus pobladores deben ser los protagonistas de su propio destino. Para ello son necesarias dos tipos de circunstancias: la primera, dotar a estas comunidades de acceso a servicios vitales básicos, que de una vez por todas los Estados paguen su deuda histórica con estas poblaciones, es decir, que se les presten los apoyos necesarios en el plano nacional. En segundo lugar, que se sacudan las conciencias de la sociedad internacional, que la expresión de la solidaridad global llegue hasta sus pueblos y que el mundo les recuerde que no están solos. La solidaridad internacional como proyecto colectivo, vehiculada a través de una cooperación internacional para el desarrollo eficaz y de calidad, ha de contribuir a impulsar procesos de desarrollo social (no solo en las CMA, sino allí donde de forma endógena no es posible garantizar los derechos humanos para toda la población), que permitan alcanzar niveles de vida dignos.

²Foro Político de Alto Nivel sobre el Desarrollo Sostenible. 11-20 de julio de 2016. Nueva York.

El lector podrá descubrir en estas páginas una precisa conceptualización y una pormenorizada descripción de las dificultades específicas que sufren los pobladores de las CMA, identificando las principales problemáticas que enfrentan y sus condiciones de vida (demográficas, económicas, inseguridad alimentaria, salud y acceso a sistemas sanitarios y educación). Esta publicación resulta fundamental para articular iniciativas, tanto públicas como privadas, que promuevan el desarrollo humano sostenible en CMA, sobre la base de redes de conexión y reciprocidad.

No debemos olvidar que la construcción del futuro dependerá de la voluntad social de establecer rupturas, para edificar sobre nuevos pilares, sólidos, libres y soberanos, que permitan impulsar un nuevo rumbo. Esa arquitectura deberá ser resiliente y diseñar cambios creativos que nos permitan anticiparnos con inteligencia a las necesidades venideras pues, como señala el experto en prospectiva, Francisco José Mojica, el futuro se juega en el presente³.

Miguel Albarrán
Coordinador de proyectos de desarrollo
Fundación Cideal de cooperación e investigación

³Francisco José Mojica. Determinismo y construcción del futuro. En F. López Segrera y D. Filmus [Coordinadores] (2000): "América Latina 2020 Escenarios, alternativas, estrategias". Temas Grupo Editorial. Buenos Aires.

Contenido

1	Introducción
	Capítulo primero
3	Zonas marginadas y aisladas desde un enfoque alimentario
	Capítulo segundo
9	Dificultades específicas de las Comunidades Marginadas y Aisladas (CMA)
11	Fuentes de información para el análisis
22	Principales problemas identificados en las CMA
	Zona 1. México y Guatemala
	Zona 2. República Dominicana y Haití
	Zona 3. Ecuador, Perú y Colombia
	Capítulo tercero
27	Condiciones demográficas
	Capítulo cuarto
37	Condición de pobreza y pobreza extrema
	Capítulo quinto
43	Desnutrición e inseguridad alimentaria
	Capítulo sexto
53	Condiciones de salud y de acceso a los sistemas de salud
	Capítulo séptimo
67	Condiciones de educación
73	Epílogo
	Anexos
75	Entrevistas y documentos no publicados de los proyectos utilizados
	Entrevistas utilizadas y metodología de aplicación
79	Proyectos utilizados como línea base y metodología de citación
82	Información cuantitativa de problemas identificados en las CMA
	Tabla 1. Condiciones demográficas
83	Tabla 2. Desnutrición e inseguridad alimentaria
85	Tabla 3. Condiciones de salud y acceso a los sistemas de salud
88	Tabla 4. Condiciones de educación
89	Referencias

Introducción

Las comunidades marginadas y aisladas (CMA) son los grupos que viven en el ámbito rural de los países de ingreso medio o bajo y que se localizan en zonas en las que la producción agropecuaria no alcanza los niveles de eficacia y eficiencia deseados. Están alejadas de otros grupos humanos, pero no por eso dejan de verse influenciadas por las decisiones políticas y económicas y, en menor medida, por las tendencias culturales y sociales de la región y el país en el que se ubican.

Si bien la teoría no ha podido hasta el momento concretarse por la falta de datos cuantitativos y cualitativos disponibles, podríamos entenderlas como los grupos más afectados por la falta de oportunidades y recursos.

A pesar de que desde el ámbito académico y la cooperación internacional se está llamando cada vez más la atención sobre su realidad, aún desconocida, el interés político todavía es muy limitado. En definitiva, no dejan de ser grupos a los que es difícil llegar, lo que supone un coste extraordinario en los presupuestos públicos solo para diseñar las políticas. Es preciso que sean estrategias con una elevada capacidad para generar impacto, por los bajos niveles de desarrollo de los que parten. Además, deben ser programas capaces de generar logros sostenibles, por la condición de aislamiento.

En general, el impacto y la sostenibilidad son de los criterios más difíciles de lograr en los procesos de desarrollo que se impulsan de manera exógena. En las CMA es más difícil aún, ya que se requiere de un conocimiento y una experiencia para el diseño y la ejecución extremadamente elevados, lo que no resulta fácil de lograr, especialmente en el ámbito local. Se trata además de comunidades en general pequeñas y que presentan un alto grado de dispersión, lo que no puede traducirse en un rédito político sustancial que amerite la intervención.

La falta de acción por parte de los titulares de obligaciones, es decir, de las autoridades públicas, sobre todo regionales y nacionales, no recibe el reclamo por parte de los titulares de derechos o familias que residen en las CMA porque no saben que lo son, ni que tienen derechos que no pueden ejercer. Se presenta entonces una doble necesidad. Por un lado, es imprescindible trabajar con los titulares de obligaciones y de derechos, que no saben en general que lo son; y por el otro, es necesario visibilizar una realidad con la información cuantitativa y cualitativa suficiente como para poder justificar una intervención inmediata para lograr evitar que, generación tras generación, si no lo evita la migración, las familias en las CMA se localicen en los estratos que podrían considerarse los más vulnerables y desfavorecidos.

Para realizar un análisis de este tipo de comunidades, hemos enmarcado el ámbito de actuación en América Latina y el Caribe y nos apoyamos en las dos esferas que hasta el momento han trabajado con las CMA: la academia, para definir las, localizarlas y realizar estimaciones cuantitativas; y la cooperación, que ha impulsado procesos de desarrollo piloto en este tipo de comunidades⁴. En el segundo capítulo, profundizamos el concepto de CMA, definimos las características tomadas y las cuantificamos en Latinoamérica y en el Caribe. Recogemos las fuentes de información primaria y secundaria que utilizamos para obtener los datos de las comunidades en los países muestra, que son: México, Guatemala, República Dominicana, Haití, Colombia, Ecuador y Perú. En los siguientes capítulos mostramos los principales indicadores recogidos de las CMA, y los comparamos con las medias nacionales. En el epílogo resumimos los principales hallazgos y añadimos recomendaciones al respecto.

⁴En 2016, el Centro de Investigaciones Económicas y Empresariales (CIEE) de la Universidad de Las Américas publicó el libro *Caracterización de las comunidades marginadas y aisladas*, de Susana Herrero, en el que se realiza un análisis mundial de la cuestión, tomando como ejemplo países de África, Asia, Latinoamérica y el Caribe. El interés suscitado por parte de los profesionales de la cooperación al desarrollo en la región andina y el Caribe, especialmente en Ecuador y República Dominicana, invitó a las autoras a concretar el análisis a los países americanos.

Capítulo primero

Zonas marginadas y aisladas
desde un enfoque alimentario

De acuerdo a Sebastian (2009), las áreas marginales se entienden como las tierras agrícolas en países de ingreso medio y bajo⁵, donde las condiciones favorables para el desarrollo de cultivos es menor a 150 días. Son tierras áridas o semiáridas, o las tierras arables son menos aptas para el cultivo, que se corresponden con colinas, planicies de altitud, tierras bajas accidentadas y zonas de montaña. Los principales sistemas agrícolas en áreas marginales se han agrupado de la siguiente manera:

Tabla 1

Sistemas agrícolas importantes en las áreas marginales

Zonas Altas	Zonas Áridas
Zonas Altas	Zonas Áridas
Cultivos perennes / arbóreos	Pastores migratorios
Cultivos de rotación	Agropastoreo
Sistemas mixtos de secano	Sistemas mixtos de secano

Tomada de Sebastian, 2009.

Las principales superficies incluyen las montañas y las zonas de altura semi-húmedas de América Central, las montañas de los Andes, las áreas secas del noreste de Brasil y la península de Yucatán en México.

En el año 2008 en América Latina y el Caribe (ALC), el 43 % de la población agrícola vivía en zonas marginales (57 millones de personas), en una superficie de tierra agrícola marginal del 40 %, aproximadamente, es decir 4 millones de km² (tablas 2 y 3).

⁵Se consideran países de ingreso bajo a aquellos cuyos habitantes perciben mil treinta y cinco dólares o menos al año; países de ingreso medio bajo, a los que perciben mil treinta y seis y mil ochenta y cinco dólares; países de ingreso medio alto, los que perciben mil ochenta y seis y doce mil seis cientos quince dólares; y de ingreso alto, los que perciben 12 616 o más (BM, 2015).

Tabla 2

Población que habita en tierras marginales por región y superficie marginal en 2008

Región en desarrollo	No agrícola	En regadío	Apta	Menos apta	Total
Población (millones)					
ALC	29	14	64	57	164
TOTAL	335	1154	640	770	2899

Región en desarrollo	No agrícola	En regadío	Apta	Menos apta	Total
Área (millones de km cuadrados)					
ALC	10	0	6	4	20
TOTAL	35	5	15	20	74

Tomada de Alpert et al., 2009, p.20, a partir de datos de Sebastian, 2009.

Nota: Se incluyen países de ingreso medio y bajo, excepto ciertos Estados insulares y países con tierra agrícola despreciable. Los datos no incluyen la tierra o las personas marginales por aislamiento del mercado.

Tabla 3

Población rural que habita en tierras marginales por región y superficie marginal en 2008

	En regadío	Apta	Menos apta	Total
Población rural agrícola (%)				
ALC	10,1	47,4	42,5	100
TOTAL	45	25	30	100

	En regadío	Apta	Menos apta	Total
Tierra agrícola (%)				
ALC	4,7	55,7	39,6	100
TOTAL	12	37,3	49,8	100

Tomada de Alpert et al., 2009, p.20, a partir de datos de Sebastian, 2009.

Nota: Se incluyen países de ingreso medio y bajo, excepto ciertos Estados insulares y países con tierra agrícola despreciable. Los datos no incluyen la tierra o las personas marginales por aislamiento del mercado.

Sebastian (2009) considera en estado de aislamiento a las comunidades que en función de la distancia al mercado se encuentren clasificadas de la siguiente manera:

- **Aislamiento extremo.** Las comunidades que se encuentren a más de ocho horas del mercado.
- **Aislamiento muy alto.** Las que se encuentren de cuatro a ocho horas del mercado.
- **Aislamiento alto.** Las que se encuentren de dos a cuatro horas del mercado.
- **Aislamiento moderado.** Las que se encuentren de cero a dos horas del mercado.

La siguiente figura muestra que en 2008 el aislamiento de mercado afectaba mayoritariamente a las áreas marginales. Se considera en estado de aislamiento moderado al 24 % de las comunidades, en aislamiento muy alto al 30 % de las comunidades y en aislamiento extremo al 16 %.

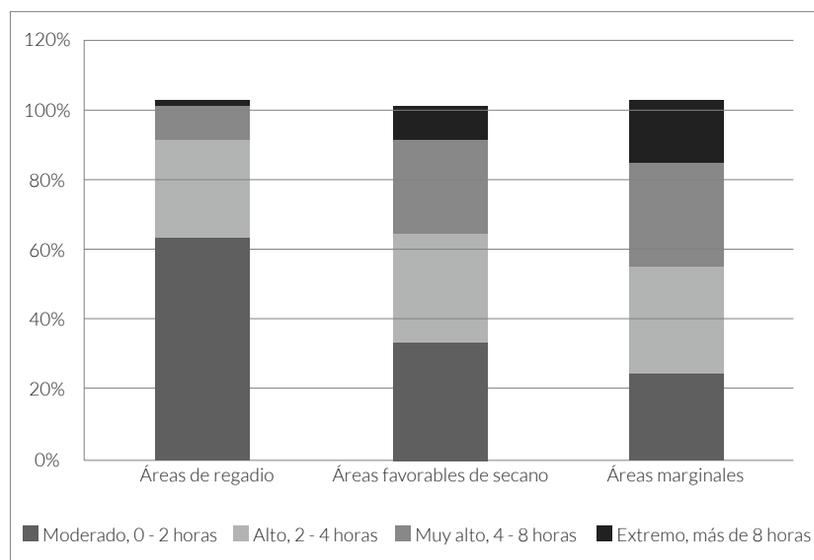


Figura 1. Cercanía al mercado dentro de los países de renta baja por tipo de área en 2008. Tomada de Alpert et al., 2009, p.47, a partir de datos de Sebastian, 2009.

Cuando se añade el aislamiento como factor de marginación y se incluyen todos los países de renta baja, el porcentaje aumenta: un 20 % (542 millones) de la población agrícola de los países de renta baja, en 2008, se localizaba en áreas no favorables para la agricultura y con infraestructura precaria, es decir estaba «abandonado por la naturaleza y por el ser humano»⁶.

Para 2008 las personas que vivían en condición de marginación y aislamiento y estaban «abandonadas por el ser humano y/o por la naturaleza», esto suponía dos tercios del conjunto de campesinos de los países de renta baja, llegando a un total de 1700 millones de personas (Sebastian, 2009).

⁶Smale (2009, p. 17) define como «olvidadas por el hombre» a las comunidades que están ubicadas a un tiempo entre 2 y 4 horas del mercado más cercano, en el transporte que suelen utilizar. Esta es una definición generosa debido a que el acceso a transporte motorizado es limitado.

Capítulo segundo

Dificultades específicas
de las comunidades
marginadas y aisladas

En el presente capítulo analizamos las características demográficas y las principales necesidades identificadas en las CMA en cuanto a sus condiciones de pobreza y pobreza extrema, inseguridad alimentaria, acceso a la salud y acceso a la educación, tomando en cuenta la desigualdad de género. También estudiamos brevemente las condiciones de pobreza y vulnerabilidad en relación al cambio climático.

En el análisis utilizamos información primaria, recolectada mediante entrevistas hechas dentro de las propias comunidades, e información secundaria, obtenida mediante las líneas de base (LB)⁷ de diferentes proyectos de cooperación al desarrollo, la base de datos del Banco Mundial (BM) y la literatura que ahonda en el estudio de las condiciones de pobreza y vulnerabilidad con respecto al cambio climático.

En general, los resultados revelan las limitadas posibilidades en las CMA que por muchos años han sido desconocidas por las autoridades debido a la dificultad de acceder a ellas, por su ubicación geográfica, y a su poco peso político causado por su condición de marginación y aislamiento.

Fuentes de información para el análisis

A continuación, comparamos los indicadores sociodemográficos, nutricionales y de salud y educación de las CMA con los de nivel nacional de siete países de América Latina y el Caribe que son: México (MEX), Guatemala (GTM), República Dominicana (DOM), Haití (HTI), Colombia (COL), Ecuador (ECU) y Perú (PER), tomando en cuenta la desigualdad de género en todos los casos. Las CMA y las comunidades visitadas se agruparon en tres zonas que se detallan en la figura 2.

⁷Las LB son los datos socioeconómicos de una comunidad que se registran al realizar la identificación de un proyecto de cooperación al desarrollo.



Figura 2. Zonas de América Latina y el Caribe en donde se han ejecutado las entrevistas y se han visitado las CMA .
Elaboración propia.

Nota: La zona uno incluye los países de México y Guatemala; la zona dos, la República Dominicana y Haití y la zona tres: Colombia, Ecuador y Perú.

La selección de la región latinoamericana responde a la necesidad de mostrar la realidad de la población que vive en estas comunidades mediante el análisis de los datos. Además, obedece a la prioridad que tiene la Cooperación Española de trabajar en este territorio.

La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), de acuerdo al Plan Director 2009-2012 de la Cooperación Española, estableció las categorías de asociación con los países y áreas geográficas,

en función de una serie de criterios. El grupo A, conformado por los países de asociación amplia, es el grupo principal para la cooperación:

La asociación con los países del grupo A concentrará el grueso de los recursos de la AOD española (meta 2/3 del total de AOD especificada geográficamente) y tenderá hacia la concentración en un máximo de tres sectores, con la posibilidad de emplear todos los instrumentos de la Cooperación Española que resulten adecuados. (AECID, 2010, p. 190, citado en Herrero, 2016)

Este grupo está liderado por América Latina y el Caribe, con diez países de los veintitrés que conforman el grupo.

Como mencionamos previamente, los datos a nivel nacional de los países seleccionados se obtuvieron de la base de datos del Banco Mundial (BM). Para obtener los datos relacionados con las condiciones demográficas, nutricionales y de salud y educación de las CMA fue preciso levantar información dentro de las propias comunidades para obtener datos reales sobre las condiciones de la población. También obtuvimos datos fundamentales de varios proyectos de cooperación no publicados y utilizamos entrevistas para reforzar la información en cuanto a pobreza. En este caso fue imposible obtener datos homogéneos de comunidades que se encontraran en estado de marginación y aislamiento debido a la escasa literatura y a la poca disponibilidad de datos oficiales sistemáticos de publicaciones periódicas sobre los temas de interés.

En cuanto a los datos relacionados con la pobreza y con el cambio climático en las CMA, analizamos la literatura sobre el tema y los estudios realizados, sobre todo durante la década de los noventa y los primeros años del siglo XXI.

En el periodo comprendido entre febrero del 2009 y diciembre del 2011, realizamos 27 entrevistas a los directores y/o coordinadores de 11 organizaciones que trabajan en las comunidades y promueven el progreso en un país en vías de desarrollo (PVD). Entrevistamos a 226 personas en las treinta CMA visitadas.

Tabla 4

Correspondencia entre las CMA visitadas y las entrevistas con organizaciones que trabajan en las comunidades

Zona	País	Visitas a CMA	Personas visitadas en CMA	Organización
Zona 1	México	4	28	Enlace
	Guatemala	4	32	Cedepem
Zona 2	República Dominicana	2	30	Instituto Dominicano de Desarrollo Integral (IDDI)
		2	15	Tú, Mujer, INC
	Haití	3	15	Instituto Haitiano de Desarrollo Integral (IHDI)
Zona 3	Ecuador	5	55	Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio (FEPP)
		3	17	Unión Popular de Mujeres de Loja (UPML)
		3	5	Fundación Gratos
		2	15	Fundación Altrópico
	Perú	2	10	Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (Cipca)
	Colombia	1	4	Minuto de Dios

Elaboración propia.

Zona 1. México y Guatemala

En México realizamos dos entrevistas con la representación de la ONG Enlace, ubicada en Oaxaca. Esta institución tiene casi diez años de experiencia en la realización de proyectos de desarrollo en zonas marginales y aisladas del noreste de Oaxaca, en los Altos de Chiapas y en zonas fronterizas de Guatemala.

Entre los años 2006 y 2011, Enlace puso en marcha 20 proyectos de cooperación al desarrollo con el apoyo de la Asociación para la Cooperación con el Sur (ACSUR)-Las Segovias, Fundación Rosa Luxemburgo, Ayuda en Acción, Pan para el Mundo, Fundación Merced, Diakonia, Nantik Lum, Oxfam Novib, Save the Children, Inter-American Foundation, Friederich Evert, Fundación Axtel y Fundación Metlife, cuenta con programas como fortalecimiento organizativo y capacitación, promoción y equidad de género, gestión sostenible de recursos naturales y seguridad alimentaria y fortalecimiento institucional. Con Enlace, realizamos cuatro visitas a tres CMA, en donde entrevistamos a 28 personas.

En Quetzaltenango, Guatemala, efectuamos tres entrevistas con la organización no gubernamental Cedepem. Dicha organización está presente en 85 comunidades pobres de siete departamentos del país: Quetzaltenango, Totonicapán, Huehuetenango, Quiché, Chimaltenango y San Marcos y cuenta con más de 25 años de experiencia. Los programas de Cedepem se desarrollan en torno a prestación de microcréditos, desarrollo agropecuario forestal, fortalecimiento de la autonomía de la mujer y programas de educación, formación y capacitación.

A partir del año 2005, esta organización ha ejecutado 15 proyectos de cooperación al desarrollo con el apoyo de la Fundación Caixa, Gobierno de Cantabria, Ayuntamiento Collado Villalba, Manos Unidas, AECID, Ayuntamiento de Madrid, Ayuntamiento de Navarra y Pamplona, Ayuntamiento de Rivas Vaciamadrid, Gobierno Balear, Consejería de Educación del Gobierno de Cantabria, Treball Solidari y Junta de Castilla y León. Con el apoyo de Cedepem visitamos a cuatro CMA, en la provincia de San Marcos, y entrevistamos a 32 personas.

Zona 2. República Dominicana y Haití

En Santo Domingo, República Dominicana, hicimos cinco entrevistas con la delegación de la organización IDDI. Esta organización cuenta con más de 20 años de experiencia y ha puesto en marcha 132 proyectos de cooperación al desarrollo entre los años 2006 y 2011, apoyándose en

organismos como UE, BM, USAID, UNFPA, BID, PNUD, AECID, Junta de Andalucía, Ayuntamiento de Málaga, Gobierno de Navarra, Comunidad de Madrid, Fundación Codespa, Comunidad Valenciana, Profamilia, Fundación Saber Hacer, Fundación Humanismo y Democracia e Intermón Oxfam. IDDI ha colaborado con actores del sector privado como Caja Madrid, Caja Navarra, Proempresa, Grupo Vicini, Cigar Family Charitable Foundation, Barrick Gold Corporation, Club Rotario de Kansas, PepsiCo y Frito Lay. Con el apoyo de esta ONG fuimos a dos *bateyes*⁸ de la provincia de Barahona y entrevistamos a 30 personas.

En la misma ciudad de República Dominicana, mantuvimos cuatro entrevistas con la ONG Tú, Mujer, Inc., y con la Vicepresidencia. La organización Tú, Mujer, Inc. se creó en 1986 con el objetivo de promover la participación igualitaria de mujeres y hombres en todas las instancias donde se toman decisiones. Esta organización promueve procesos de seguridad alimentaria y desarrollo comunitario, así como articulaciones territoriales e incidencia política en comunidades marginadas y aisladas.

A partir del año 2006 han puesto en marcha dos proyectos de cooperación al desarrollo con el apoyo de la Asamblea de Cooperación Por la Paz (ACPP). Con la ayuda de Tú, Mujer, Inc., visitamos a dos CMA en la provincia de Monteplata, en donde conversamos con un total de 15 personas.

En Puerto Príncipe, Haití, llevamos a cabo una reunión con el IHDI y en la frontera con República Dominicana visitamos a tres comunidades y mantuvimos reuniones con quince personas en total.

⁸Los *bateyes* eran pequeñas habitaciones en donde los obreros dedicados al corte, carga y transporte de caña de azúcar de los ingenios azucareros podían alojarse al terminar su jornada laboral. En general, eran poblaciones que hacían su vida en torno a la explotación de caña de azúcar (Moya, 1998). Se puede tener detalle acerca de la condición de miseria, marginación y aislamiento en la que viven los habitantes de los *bateyes* en Madruga (1986) o Dore (1987).

Zona 3. Ecuador, Perú y Colombia

En la ciudad de Loja, Ecuador, las tres reuniones que hicimos fueron con los directivos del Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio (FEPP), que desde 1998 ha tenido como objetivo principal mejorar las condiciones de vida de los habitantes en las zonas marginales y aisladas. Los programas que el FEPP desarrolla se relacionan con la seguridad alimentaria con enfoque de sostenibilidad ambiental, el apoyo a la producción y comercialización de productos agrícolas y el fortalecimiento de las finanzas populares como herramientas de mejora de las condiciones socioeconómicas en la zona. El FEPP desarrolló siete proyectos de cooperación al desarrollo entre los años 2006 y 2011 con una gran cantidad de fondos propios provenientes de la Iglesia católica y el apoyo de Save The Children, AECID, y Educación sin Fronteras. De la mano de esta organización, realizamos cinco reuniones en cinco CMA en la provincia de Loja y entrevistamos a 55 personas.

De la misma manera, en Loja, tuvimos dos entrevistas con la delegación de la organización Unión Popular de Mujeres de Loja (UPML). Esta organización cuenta con más de 32 años de experiencia en programas relacionados con desarrollo económico, político y social; además centra sus esfuerzos en el cuidado de los menores y en la reducción de las diferencias de género. Entre los años 2006 y 2011, la UPML ejecutó tres proyectos de cooperación al desarrollo con fondos propios y con la ayuda de la AECID. Con el apoyo de esta organización asistimos a tres CMA, en la zona fronteriza con Perú, y hablamos con 17 personas en total.

También en Loja realizamos tres reuniones con la delegación de la Fundación Gratos que, a partir del año 2008, ejecutó cuatro proyectos de cooperación al desarrollo con el uso de fondos propios y apoyo de la Comunidad de Madrid. Sus programas de ayuda se relacionan con el fortalecimiento de las habilidades y herramientas para mejorar el contexto familiar y social y la eliminación de la pobreza extrema en las zonas marginadas y aisladas. Con la ayuda de la Fundación Gratos visitamos tres CMA y entrevistamos a cinco personas de la zona fronteriza con Perú.

Con la Fundación Altrópico, especializada en el trabajo en la selva en Ecuador, pudimos visitar dos comunidades y entrevistar a 15 personas;

mientras que con el apoyo de las organizaciones Gratos y FEPP, ambas ecuatorianas, también conocimos dos comunidades de la provincia de Piura, al norte del Perú, en la frontera con Ecuador, en donde entrevistamos a diez personas.

En Perú hubo dos reuniones con la dirección del Área de Desarrollo Empresarial Rural del Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA) que trabaja en el desarrollo humano y social, la generación de ingresos y seguridad alimentaria y la mejora de los procesos de participación y democracia desde 1972. CIPCA tiene como lugar de acción las CMA del norte del Perú.

En Colombia hicimos dos reuniones con la delegación de la Corporación Minuto de Dios. Esta fundación fue creada en 1961 y es considerada como la fundación más grande de Colombia no solo por el elevado volumen de fondos con los que cuenta sino por los beneficios que ofrece. Los programas en los que trabaja la Corporación Minuto de Dios son aplicados a nivel nacional y se relacionan con la mejora de la calidad de vida de los más desfavorecidos y con el desarrollo humano. Con el apoyo de esta fundación, visitamos una comunidad fronteriza con Venezuela y cuatro familias en condiciones de pobreza extrema.

En el Anexo I mostramos la lista con las entrevistas en las CMA y a las organizaciones citadas de manera explícita en este documento, así como la metodología utilizada para la citación de los documentos utilizados.

Para el presente trabajo fue imperativo contar con testimonios objetivos y con elevado conocimiento de la realidad en las CMA que vinieran de organizaciones legítimas. En todos los casos, las organizaciones están conformadas por un equipo altamente competente, formado por profesionales con títulos de licenciatura en la coordinación y experiencia de siete años de trabajo en las CMA. También cuentan con una estructura de trabajo que incluye un equipo técnico y un equipo económico especializado.

Como requisitos adicionales, todas las organizaciones cuentan con al menos tres fuentes de financiamiento (dos de ellas de la cooperación internacional) y con la documentación legal en su país de origen. La información

financiera fue auditada el año anterior de ser entrevistadas y no tenían impedimentos legales para cumplir con sus funciones dentro de sus países de origen o fuera de ellos.

La selección de las organizaciones, de acuerdo a los requisitos descritos anteriormente, se cumple en todos los casos con un nivel de homogeneidad, sin embargo, tienen también características muy diferentes entre sí. Contamos con organizaciones que manejan un alto volumen de fondos en sus países⁹ y que cuentan con más de 20 años de experiencia en zonas en condición de marginación y asilamiento, este es el caso de Minuto de Dios, Instituto Dominicano de Desarrollo integral (IDDI) o Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio (FEPP) de Colombia, República Dominicana y Ecuador, respectivamente. Además, entrevistamos a organizaciones pequeñas con pocos años de experiencia y que no cuentan con un nivel de fondos elevados, como es el caso de Gratos, en Ecuador.

Al entrevistar a las organizaciones FEPP o Minuto de Dios, en Ecuador y Colombia respectivamente, constatamos su carácter católico, al contrario de la organización de la República Dominicana: Tú, Mujer, Inc., que no está relacionada con ninguna religión. En el caso de Enlace (México) o de la Unión Popular de Mujeres de Loja (UPML) (Ecuador) comprobamos que son claramente reivindicativas en el ámbito político. Las organizaciones Cedepem y UPML promueven el desarrollo participativo, mientras que el Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (Cipca), en Perú, elabora sus proyectos a partir de la investigación en la universidad.

Asimismo, para la selección de las comunidades pretendimos conseguir un alto nivel de heterogeneidad, sin embargo, la condición de marginación y aislamiento era una constante en todos los casos. Mientras que la comunidad de Colombia es costanera, las de Perú y Haití son fronterizas y las de Ecuador son andinas y, en parte, también de frontera. En todos los casos las comunidades experimentaban diversas condiciones de desnutrición, pobreza y falta de acceso a servicios básicos.

⁹En el caso de los países en desarrollo los datos de los fondos anuales reales gestionados desde las ONG no se pudieron obtener. Se consideran las más importantes por el volumen de proyectos y actores con los que trabajan y por el volumen de entrevistas con otros actores.

Para complementar la información de las entrevistas y los talleres realizados en las CMA, a continuación presentamos los proyectos de cooperación al desarrollo, concedidos por las organizaciones locales y por el Centro de Investigación y Documentación de Europa y América Latina (Cideal)¹⁰. De estos proyectos utilizamos los documentos de formulación y las LB iniciales no publicadas.

Tabla 5

Proyectos y organizaciones en Latinoamérica y el Caribe

País	Título del proyecto	Organización que realizó la identificación	Año de identificación
Ecuador	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	Fundación Nuevos Horizontes	2007
República Dominicana	Mejora del acceso a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva en la provincia de Elías Piña, República Dominicana.	Instituto Dominicano de Desarrollo Integral (IDDI)	2008
Colombia	Contribución al aumento de la cobertura en procesos de educación a jóvenes y adultos extra edad, para mejorar su nivel académico y permitir el acceso a procesos de educación superior e inserción laboral	Minuto de Dios	2008

Elaboración propia.

¹⁰Cideal fue creada en Madrid, en 1983, como una organización privada e independiente sin ánimo de lucro; trabaja en el ámbito de la cooperación internacional y se dedica a la investigación, la formación, la asistencia técnica, y la ejecución de diversos proyectos de desarrollo en varios países del Sur. En la actualidad cuenta con delegaciones y expertos permanentes en América Latina, Caribe, África y Oriente Próximo fomentando la excelencia profesional. Como Centro de Investigación, Cideal ofrece numerosos programas de posgrado, cursos y seminarios. Asimismo, dispone de una editorial propia con la que ha publicado más de 50 libros, algunos de los cuales se han convertido en referentes dentro de su sector. La fundación Cideal lleva a cabo una doble labor ya que combina su actividad investigadora con la aplicación de resultados en proyectos de desarrollo realizados en el Sur que sirven a la vez de base para próximas investigaciones de sus propios expertos. (Cideal, 2012b).

Dificultades específicas de las comunidades marginadas y aisladas

País	Título del proyecto	Organización que realizó la identificación	Año de identificación
Guatemala	Desarrollo rural de población indígena campesina del Altiplano Occidental Ixim (Guatemala)	Centro Experimental para el Desarrollo de la Pequeña y la Mediana Empresa (Cedepem)	
México	Inversión productiva y capacitación en comunidades campesinas de la Sierra Madre de Chiapas	Enlace	2009
Perú	Mejora de los índices nutricionales y socioeconómicos de comunidades en situación de pobreza en Piura, al norte de Perú	Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (Cipca)	2008

Elaboración propia.

Principales problemas de las comunidades marginadas y aisladas

Las entrevistas a las organizaciones, las visitas realizadas en las comunidades y las LB nos han permitido precisar la problemática de las familias que viven en las CMA. Las resentamos a continuación, de acuerdo a la clasificación zonal detallada previamente:

Zona 1. México y Guatemala

En el caso de las CMA de la zona 1, identificamos 5 problemas fundamentales: el primero y el segundo son la violencia y la pobreza; la inseguridad alimentaria surge como tercer problema; el acceso a la asistencia médica aparece como cuarto; y el acceso a la educación, como quinto problema identificado.

Zona 2. República Dominicana y Haití

En las CMA de la zona 2 el principal problema identificado es la pobreza; en segundo lugar, está la falta de acceso a un sistema de salud, seguido por la inseguridad alimentaria; en cuarto lugar, la falta de acceso a un sistema de educación adecuado; y, por último, la violencia.

Zona 3. Ecuador, Perú y Colombia

En cuanto a las CMA de esta zona, identificamos como primera preocupación la inseguridad alimentaria; en segundo puesto está la pobreza, seguida de la falta de acceso a un sistema de salud adecuado y la migración forzada; y, como último problema, detectamos la falta de un sistema de educación cercano. En todos los casos resultan problemas reales.

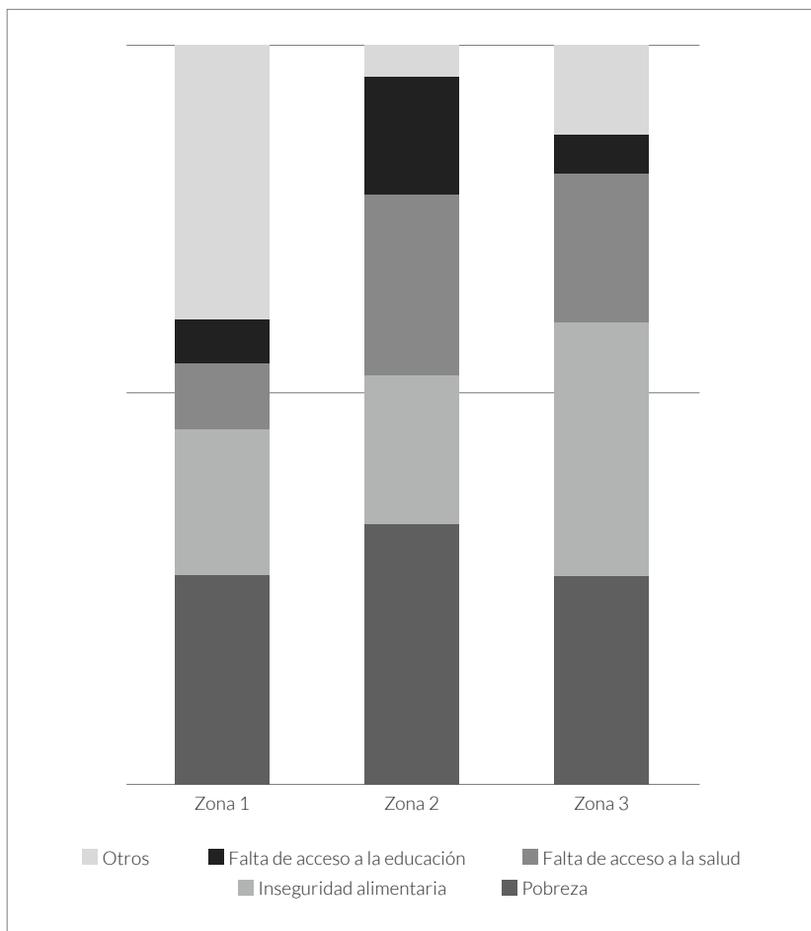


Figura 3. Principales problemas de las CMA.

Elaboración propia.

En la tabla 6 presentamos los indicadores de demografía, de salud, de educación, de pobreza y de seguridad alimentaria usados a nivel nacional y de CMA. En capítulos siguientes compararemos los resultados obtenidos en las CMA con los promedios nacionales, tomando en cuenta la brecha de género.

Tabla 6

Indicadores considerados para comparar los promedios nacionales y de CMA

Demografía	Salud	Educación	Pobreza	Seguridad alimentaria
Población entre cero y 14 años de edad (% del total).	Tasa de mortalidad en un año (por cada 1000 personas).	Tasa de mortalidad en un año (por cada 1000 personas).	Tasa de inactividad por edades (% de la población en edad de trabajar) en 2008 en CMA y a nivel nacional en algunos países representativos (máximo 160).	Prevalencia de desnutrición (% de la población) en 2008.
Población de 65 años de edad y más (% del total).	Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1000).	Tasa de alfabetización, varones jóvenes (% de varones entre 15 y 24 años).	Tasa de inactividad por edades (% de la población en edad de trabajar) en 2008 en CMA y a nivel nacional en algunos países representativos (máximo 160).	Prevalencia de desnutrición, mujeres (% de niños menores a cinco años) en 2008, 2009 y 2010.
Esperanza de vida al nacer, total de años.	Tasa de mortalidad, menores de 5 años, mujeres (cada 1000).	Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más).		Prevalencia de desnutrición, varones (% de niños menores a 5) en 2008, 2009 y 2010.
Población, mujeres (% del total).	Exhaustividad de la información del total de muertes (% del total de muertes informadas con relación al total de muertes estimadas).	Alumnos que pasan a la escuela secundaria (%).		Prevalencia de desnutrición, peso para edad, mujeres (% de niños menores a 5 años) en 2008, 2009 y 2010.
Hogares encabezados por mujeres (% de hogares con jefa de hogar).	Tasa de mortalidad, neonatal (por cada 1000 nacidos vivos).			Prevalencia de desnutrición, peso para edad, varones (% de niños menores a 5 años) en 2008, 2009 y 2010.

Dificultades específicas de las comunidades marginadas y aisladas

Demografía	Salud	Educación	Pobreza	Seguridad alimentaria
Mujeres adolescentes (% de las mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron hijos o se encuentran embarazadas en la actualidad)	Prevalencia de VIH, total (% de la población entre 15 y 24 años de edad)			Bebés con bajo peso al nacer (% de nacimientos) en 2008
Tasa de fertilidad (nacimientos por cada mujer) en 2008 en CMA y a nivel nacional en algunos países representativos	Mejora de las instalaciones sanitarias (% de la población con acceso)			
	Embarazadas que reciben atención médica prenatal (%) Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (% del total) Tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA) (% de niños menores de cinco años que son llevados a un prestador de salud)			
	Neonatos protegidos contra el tétanos (%)			

Elaboración propia.

Capítulo tercero

Condiciones demográficas

En este capítulo analizamos el porcentaje de la población menor a 14 y mayores de 65 años. Estudiamos el porcentaje de la población femenina, así como también de los hogares encabezados por mujeres. También, el porcentaje de adolescentes embarazadas y/o con hijos de entre 15 y 19 años y, por último, la tasa de fertilidad.

Como podemos ver en la figura siguiente, el porcentaje de población joven (menor de 14 años) es mayor en las CMA que a nivel nacional, en todos los países de América Latina y El Caribe. Países como Guatemala, Haití y México registran un mayor porcentaje de menores, mientras que Perú registra el menor porcentaje de población menor de 14 años a nivel de CMA.

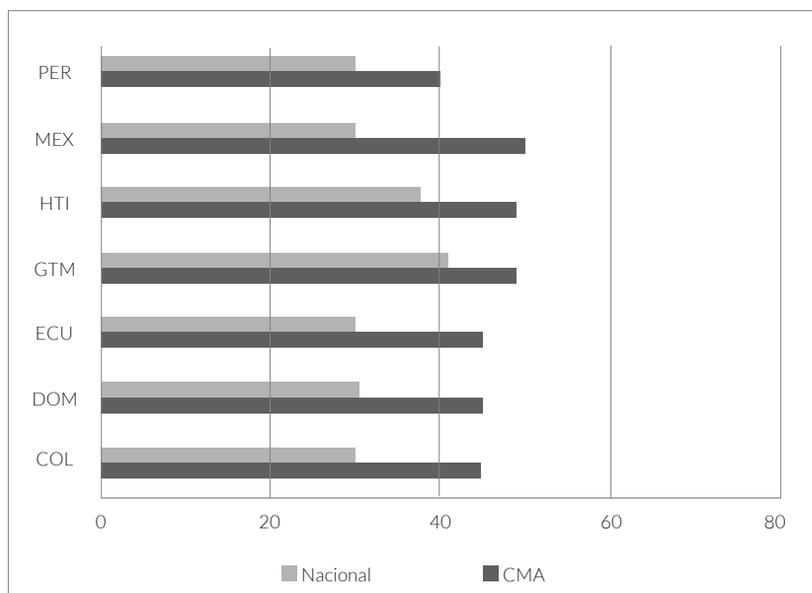


Figura 4. Población entre cero y catorce años de medida como porcentaje total en 2008, a nivel nacional y de CMA. Tomada de visitas a las CMA, LB y BM (2015).

Al igual que el caso anterior, el porcentaje de población de 65 años es mayor en las CMA que a nivel nacional. Colombia, República Dominicana y Ecuador son los países de la región con más alto porcentaje de población adulta en las CMA (Figura 5).

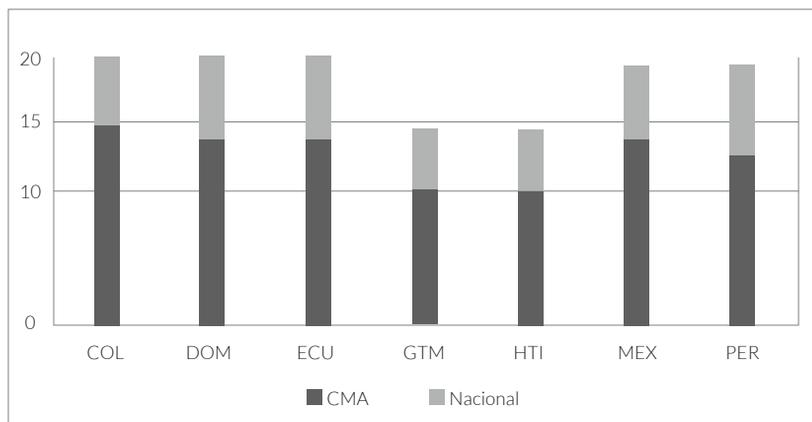


Figura 5. Población de 65 años de edad y más medida como porcentaje del total, en 2008, a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

El mayor porcentaje de población menor de 14 años, y mayor de 65 años, se explica por el fenómeno migratorio forzado¹¹. La población económicamente activa (PEA) se desplaza dentro de su propio país de origen o a otros países, disminuyendo la capacidad para generar ingresos y para salir de la pobreza en caso de estarlo. Como resultado, dicho grupo poblacional depende de las remesas enviadas del exterior o del apoyo que puedan recibir de las familias y los amigos más cercanos.

¹¹De acuerdo a Castles (2004), la migración forzada o involuntaria incluye una serie de categorías políticas o legales que involucran a todas las personas que hayan sido forzadas a abandonar sus hogares y buscar refugio en otro lugar a consecuencia de causas naturales o causas creadas por el ser humano (por ejemplo, desplazamiento de refugiados, solicitantes de asilo, personas internamente desplazadas o desplazados por proyectos de desarrollo).

Los efectos a causa de la migración recaen principalmente en los menores. En el caso de los niños, la ausencia de las figuras materna y paterna se relaciona directamente con la pertenencia a grupos violentos, especialmente en América Central. La falta del sentido de pertenencia al núcleo familiar, debido a la ausencia de sus padres, los lleva a buscar grupos de los que formar parte¹². Las niñas por otro lado, asumen roles de adultas tomando el lugar de la madre¹³ dentro del núcleo familiar. Este estado de vulnerabilidad se traduce en casos de abuso y por lo tanto en nuevos casos de migración hacia los cinturones de pobreza de las ciudades y en la trata de personas¹⁴.

En las CMA, el efecto causado por la migración deja en evidencia que existe mayor número de mujeres que de hombres y, en consecuencia, mayor porcentaje de hogares encabezados por una mujer.

En las siguientes dos figuras podemos observar que existen diferencias entre la media nacional y las CMA, alcanzando un máximo de 18 %, en el porcentaje de población de mujeres, y de 41 %, en el porcentaje de mujeres que lideran el núcleo familiar.

¹²En las comunidades visitadas en Guatemala y México, cuando el padre y la madre migraban, los menores (que eran la mayoría) quedaban al cuidado de los familiares en segundo grado. Ellos confirmaban que las remesas que les llegaban les permitían subsistir y comprar artículos que antes no podían adquirir (tecnología o vestimenta de marca) pero que no pudieron nunca satisfacerles o reemplazar la falta de la figura paterna o materna (cfr. Entrevista Comunidad CAJGUA-1-20110509, p. 3; cfr. Entrevista Organización OAXMEX-1-20110514, p. 4).

¹³En las comunidades de Ecuador, por ejemplo, cuando la madre tenía que salir de la comunidad ya sea por un tiempo o de manera permanente, se daba por hecho que las niñas, por muy pequeñas que fueran, tenían que encargarse de las tareas de la madre, independientemente de las tareas que ella realizara (cfr. Entrevista Organización LOJECU-1-20090305, p. 2).

¹⁴Las mujeres entrevistadas en las comunidades de México y Ecuador sostenían que las jóvenes que emigraron a las grandes ciudades o al extranjero estaban ejerciendo la prostitución y que atraían a las otras generando entre ellas el «efecto llamada». Las jóvenes se alejaban de sus comunidades, repitiendo el ciclo de migración que sus madres iniciaron. El alejamiento era frecuente con sus comunidades y con sus padres que también habían emigrado. Como confirmaban las personas de las comunidades, la razón de la desconexión eran los abusos que soportaron cuando sus madres las abandonaron. (cfr. Entrevista Comunidad SCIMEX-1-20110517, p. 2; cfr. Entrevista Organización LOJECU-2-20090305, p. 1).

Capítulo tercero

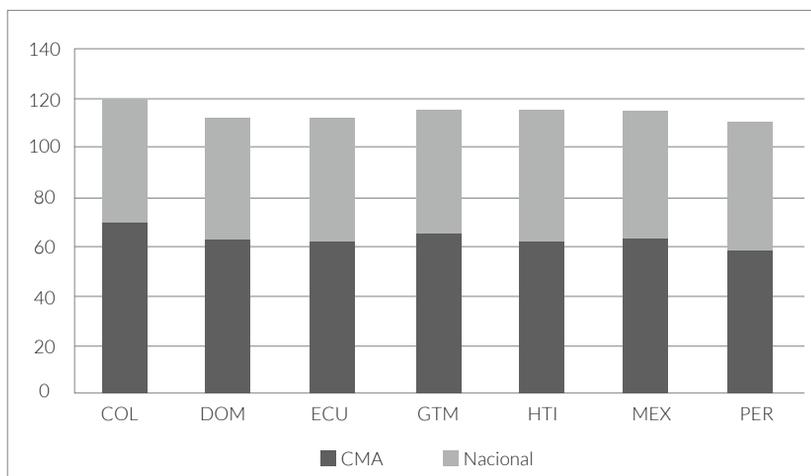


Figura 6. Población de mujeres medida como porcentaje del total en 2008, a nivel nacional y de CMA .

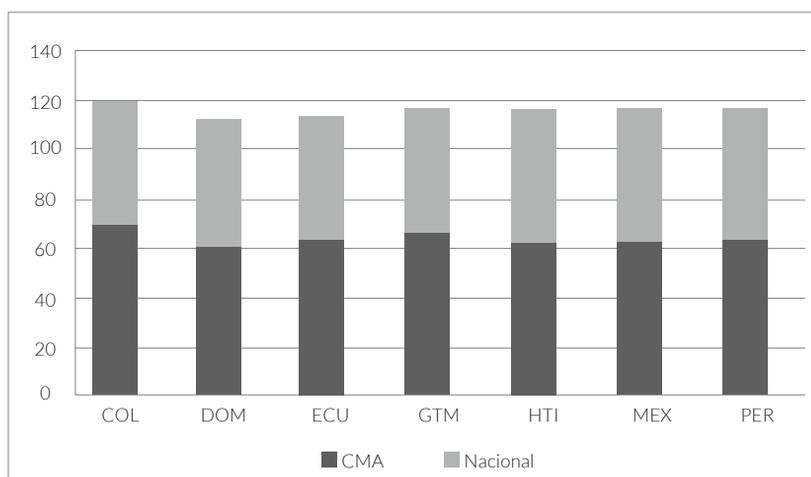


Figura 7. Hogares encabezados por mujeres medidos como porcentaje de hogares con jefa de hogar en 2008, 2009 y 2010* a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015). * Los datos de Colombia corresponden a 2010, de República Dominicana a 2008 y de Ecuador a 2009.

En los talleres y entrevistas realizados en las CMA comprobamos que, a pesar del mayor número de mujeres, los hombres son quienes toman las decisiones tanto en las organizaciones comunitarias como en los núcleos familiares¹⁵.

Los hombres que no han migrado (abuelo, tío, etcétera.) son los encargados de la gestión económica. Es decir, la remesa, enviada desde la ciudad o el exterior, se la entrega al hombre de mayor nivel jerárquico dentro del núcleo familiar para que él la gestione. De ahí que las decisiones sobre la administración de los recursos de las comunidades sean tomadas por los hombres, concentrando el poder económico¹⁶. En cuanto a las mujeres, estas quedan a cargo del cuidado familiar y son quienes llevan el peso de la mala gestión económica, por lo que cuando disminuyen los ingresos deben buscar la respuesta a las necesidades familiares¹⁷.

El bajo poder participativo y la subordinación de las mujeres en las CMA para la gestión económica, política y social, tanto en su núcleo familiar como a nivel comunal, se explica por la asignación del cuidado de la familia, tarea que las marca desde su nacimiento y que empiezan a practicar al momento de cuidar a sus hermanos y a sus propios hijos.

¹⁵La poca importancia que tienen las mujeres dentro de las comunidades se pudo comprobar en las visitas realizadas a las CMA de República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Haití, México y Perú, en donde ellas no fueron capaces de responder a las preguntas o participar de los debates abiertos, con excepción de las comunidades de México y Guatemala, en donde las mujeres decidieron participar. En las CMA de los demás países tuvieron que realizarse entrevistas individuales con las mujeres. De acuerdo a declaraciones tomadas en una de las comunidades de México, un hombre afirmaba que las mujeres ni siquiera deberían asistir a las reuniones debido a que, estén o no, los hombres son quienes toman las decisiones en la comunidad (cfr. Entrevista Comunidad SCIMEX-2-20110518, p. 3; cfr. Entrevista Organización OAXMEX-2-20110515, p. 2).

¹⁶En las comunidades en República Dominicana y en Perú, los hombres entrevistados aceptaban que ellos tenían la última palabra en cuanto a lo que se podía comprar en la familia y lo que se debía gastar en las mejoras de las comunidades. Debido a esto, se identificaba de inmediato la subordinación de las mujeres frente a los hombres en el aspecto económico (cfr. Entrevista Comunidad BTY6DOM-1-20110216, p. 1; cfr. Entrevista Organización PIUPER-1-20090115, p. 3).

¹⁷En las comunidades de Ecuador, las mujeres destacaban que tuvieron que buscar otras fuentes de ingresos debido a que las remesas que les enviaron desde el exterior se redujeron progresivamente. También recalcan su falta de identidad, al vivir con la familia del marido, que no volvían a ver debido a que rehacía su vida en el país al que migraron, ubicándolas en una posición desconocida dentro de las comunidades (cfr. Entrevista organización LOJECU-3-20090305, p. 1; cfr. Entrevista Organización LOJECU -5-200906022, p. 1).

El elevado número de hijos por familia, respecto a la media nacional, y el elevado porcentaje de embarazos adolescentes¹⁸ perpetúan y acentúan esta situación en las CMA.

El porcentaje de madres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad que han tenido hijos o que se encuentran embarazadas es mayor en las CMA que a nivel nacional, alcanzando diferencias de hasta 42 puntos porcentuales. Como se presenta en la figura 8, las CMA de Guatemala registran las peores estadísticas, superando el 60 %.

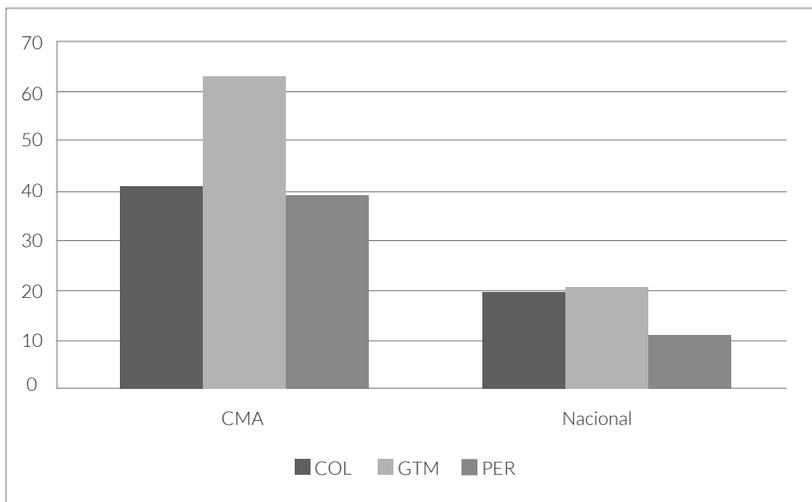


Figura 8. Madres adolescentes medidas como porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron hijos o se encuentran embarazadas en la actualidad en 2008, 2009 y 2010* a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015). * Los datos de Colombia corresponden a 2010, de Guatemala y Perú a 2008.

¹⁸En Quetzaltenango (Guatemala), Elías (2013) recogía el testimonio de una niña que quedó embarazada a los 12 años de edad, su hija tiene ahora un año y cuatro meses. Debido a la edad en la que quedó embarazada, denunció al padre, quien fue obligado a reconocer a la niña y a darle una pensión por alimentos, pero una semana después salió ilegalmente del país hacia los Estados Unidos, dejando a la madre y a la bebé desamparadas. Debido a que la madre es menor de edad y los familiares se niegan a inscribir a la niña en el Registro Civil, es considerada inexistente en su país. La partera entrevistada por Elías, informaba que atiende, en promedio, 5 partos mensuales de niñas menores a 14 años. Las estadísticas confirman que Guatemala es el país con mayor porcentaje de embarazos adolescentes y con mayor brecha con respecto a la media nacional.

Asimismo, las CMA registran un elevado número de hijos por familia con respecto a la media nacional. Se aprecia mayores cantidades de hijos en Guatemala y Ecuador, donde tienen de media seis y cinco hijos respectivamente. Las mayores diferencias entre la media nacional y las CMA se dan en República Dominicana, Ecuador y Colombia (Figura 9).

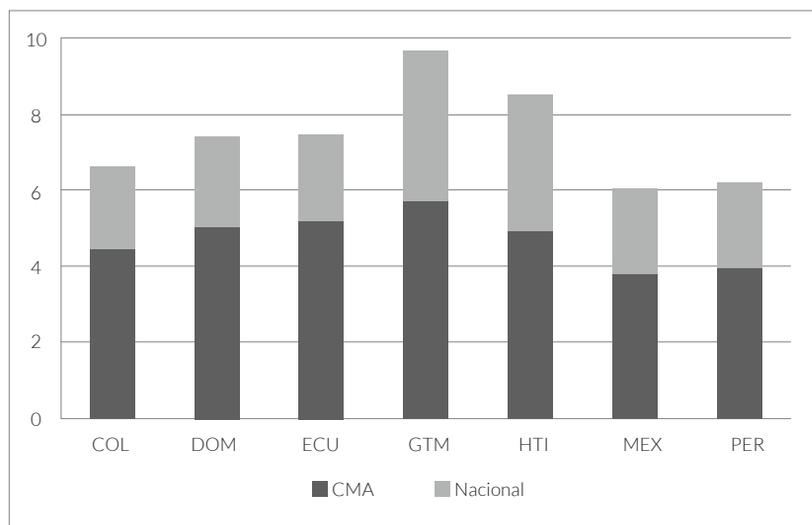


Figura 9. Tasa de fertilidad medida por nacimientos por cada mujer en 2008, a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

En las visitas a CMA de México, Guatemala, República Dominicana, Haití, Ecuador, Perú y Colombia pudimos comprobar que la vida de las mujeres a partir de su primer hijo se limita a su cuidado y del resto de la familia, aunque de igual manera sucedería si no se casaran ni tuviesen hijos¹⁹.

¹⁹En las comunidades de Guatemala, las mujeres tenían el deber de cuidar a sus familias, e incluso podían llegar a darles refugio, protección y cobijo a niños y ancianos de otras familias pertenecientes a sus comunidades (cfr. Entrevista Organización QUEGUA-1-20110509, p. 2).

Capítulo cuarto

Condición de pobreza y pobreza extrema

Como destacamos en el capítulo uno, autores como Kate Sebastian han relacionado el concepto de aislamiento y marginación rural con la pobreza. Se destacan también autores como Leonard, Pender y Hazell quienes han hecho grandes aportes con sus investigaciones sobre el tema.

- Leonard (1989) analizó que del 20 % de la población más pobre, el 46 % residía en áreas rurales poco propicias para la agricultura; el 36 % vivía en áreas rurales con mejores perspectivas para la agricultura; y el 17 % residía en áreas urbanas. El porcentaje de población que habitaba en áreas rurales marginales de los PDV es similar en América Latina.
- Hazell y Garrett (1996) se refirieron al término «áreas menos favorecidas» para describir a las tierras descuidadas por el hombre o por la naturaleza. En este sentido, estimaron que, de la superficie total de tierra de los PVD, el 24 % constituían zonas desfavorecidas que contenían a más del 36 % de la población rural pobre. La mayor parte de estas personas viven en Asia (263 millones), en África subsahariana (160 millones), en América Central y del Sur (40 millones) y en Asia occidental y África del norte (11 millones).
- Hazell (2007) juntó la información de los sistemas agrícolas predominantes con la información biológica y demográfica, estimando que el 40 % de la tierra agrícola pertenece a áreas en condiciones desfavorables y que el 42 % de los pobres rurales viven en su mayoría en África y Asia. Hazell verificó que, al excluir los sistemas agrícolas e integrar variables como temperatura, irrigación, humedad y tiempo de acceso al mercado más cercano, la población rural pobre ascendía al 70 %. Sin embargo, el porcentaje de población que vive en áreas menos favorecidas era similar.

A continuación, comparamos la tasa de inactividad a nivel nacional y de las CMA en los países seleccionados.

Como podemos observar en la siguiente figura, las CMA presentan mayores porcentajes de inactividad, lo que se traduce en bajos ingresos. La mayor tasa de inactividad se registró en Guatemala con un porcentaje de 100 puntos, mientras que la menor se registró en México con 74 puntos porcentuales.

Es evidente que el porcentaje de personas inactivas es mayor en las CMA con respecto a la media nacional. Sin embargo, el porcentaje de la brecha es similar en todos los países, a excepción de Colombia y República Dominicana donde se observan diferencias que oscilan entre los 30 y 35 puntos, que se explican por su situación de aislamiento y la falta de cualificación²⁰.

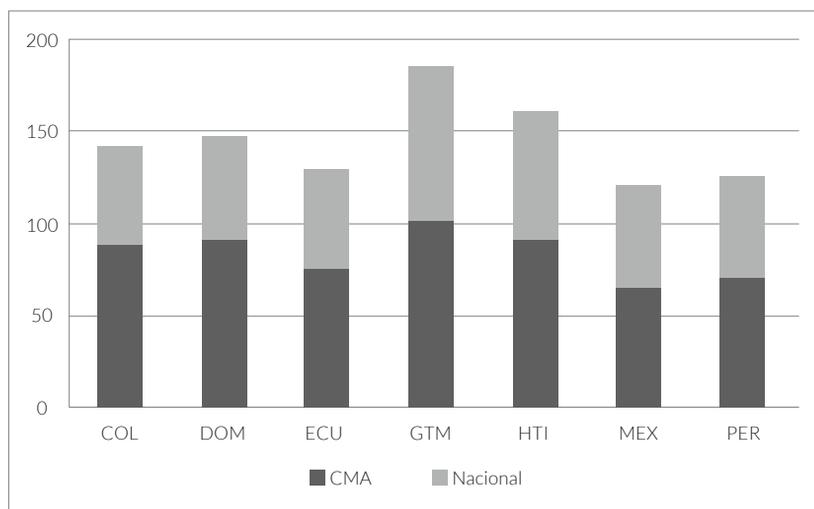


Figura 10. Tasa de inactividad por edades medida como porcentaje de la población en edad de trabajar en 2008 a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

²⁰A modo de ejemplo se cita a una familia entrevistada en Perú, que señalaba que han experimentado la pobreza desde que tienen memoria y que por lo tanto es la única herencia que pueden dejar a sus hijos, salvo que algún integrante de la familia emigre y les ofrezca mejores oportunidades (cfr. Entrevista Comunidad DURPER-2-20090110, p. 1). En Ecuador, los habitantes de las comunidades consideraban que no podrían romper el ciclo de pobreza con el que han vivido generación tras generación (cfr. Entrevista Comunidad VICECU-7-20090305, p. 3; cfr. Entrevista Organización DAKSEN-2-20090909, p. 3).

En cuanto a la relación de las CMA con el cambio climático, la literatura hace referencia a que en muchas zonas rurales, caracterizadas por la tecnología tradicional y pocas oportunidades no agrícolas, el continuo crecimiento de la población subdivide un recurso cuyo potencial para producir alimentos, forraje y combustible es relativamente fijo. Como señala Smale (2006), la creciente presión sobre la tierra, para obtener dichos productos y espacio para el crecimiento urbano, conlleva que la ampliación de las tierras agrícolas afecte también a las áreas marginales. De acuerdo a lo que señalamos anteriormente, los pobres están ubicados en zonas áridas o semiáridas, en lugares con altas pendientes y en colinas, razón por la cual los cambios climatológicos (inundaciones, temperaturas extremas o sequías) afectan negativamente en sus vidas y fuentes de sostén (Altieri, 2008), convirtiéndolas en zonas aún más vulnerables.

También se destaca desde la literatura el peso que tienen los lugareños para conservar las áreas agrícolas (cultivadas por ellos mismos) y para gestionar algunos de los ecosistemas más frágiles del mundo. Debido a su localización y conocimiento sobre las variedades locales, su participación será necesaria para mitigar los efectos del cambio climático, especialmente en la preservación de especies y de semillas. Además, su participación será necesaria también para conservar los recursos naturales y las cosechas, ya que pueden mejorar la capacidad de respuesta ante determinadas enfermedades y necesidades nutricionales futuras (Giuliani, 2007) mediante el uso de especies nativas tolerantes a la sequías y de técnicas como policultivos o desyerbe oportuno (Altieri, 2002).

Varios modelos predictivos indican una reducción significativa de la seguridad alimentaria, principalmente en países en vías de desarrollo, asumiendo variables como cambios climáticos, incremento en la población o crecimiento económico lento. De acuerdo a Jones y Thornton (2003), el 10 % del total de producción de maíz se reduciría para el año 2055 en América Latina, lo que resultaría en pérdidas de dos mil millones por año y afectaciones directas a 40 millones de agricultores pobres. Las variaciones tanto en la cantidad como en la calidad de los cultivos y producción influirán de manera directa en las condiciones de económicas y de salud de la población que habita en dichas comunidades (Rosenzweig y Hillel 1998).

Capítulo quinto

Desnutrición e inseguridad alimentaria

En este capítulo realizamos una comparativa entre algunos indicadores nutricionales a nivel nacional y de las CMA en los países seleccionados. Ahondamos también en la condición de inseguridad alimentaria, tomando en cuenta las variables asociadas a la definición universal, estudiadas en el capítulo uno.

Los indicadores nutricionales que analizamos son la prevalencia de desnutrición²¹, la desnutrición en niños y niñas menores a cinco años, la prevalencia de desnutrición de niños y niñas tomando en cuenta el peso²² y el porcentaje de bebés con bajo peso al nacer²³.

Se evidencian altos porcentajes de desnutrición en todas las CMA visitadas y estudiadas mediante proyectos y LB, en comparación con los datos obtenidos a nivel nacional. De la misma manera, se evidencia una brecha de género en todas las comunidades que, por el contrario, es casi nula a nivel nacional.

En cuanto a la prevalencia de desnutrición, observamos en la Figura 11 que las peores estadísticas a nivel nacional se registran en Haití con 47 %, seguido por Guatemala con 30 % y Ecuador con 20 % del total de la población. En el caso de las CMA, los peores datos se observan en Haití, Guatemala, Ecuador, México y República Dominicana con porcentajes superiores al 60 %. Existe una diferencia de al menos cuarenta puntos porcentuales entre los indicadores de las CMA y los de la media nacional.

²¹La prevalencia de desnutrición, a nivel nacional, mide el porcentaje de población que no alcanza el consumo mínimo de energía (2770 kilocalorías) para satisfacer sus necesidades diarias. En el caso de las CMA, se consideró a la población que, por la falta de recursos, comían solamente dos veces al día o que, como máximo, consumían dos veces a la semana dos fuentes de proteínas y tres de vitaminas.

²²A nivel nacional, la prevalencia de desnutrición de infantes es el porcentaje de niños y niñas «menores de cinco años de edad con un peso para la edad correspondiente a más de dos desviaciones estándar por debajo de la media de la población internacional de referencia de entre 0 y 59 meses de edad» (BM, 2015). En el caso de las CMA, se consideraron a los menores de cinco años que, por la falta de alimentos, comían dos veces al día o que, como máximo, consumían dos veces a la semana dos fuentes de proteínas y tres de vitaminas.

²³A nivel nacional se consideran bebés con bajo peso al nacer a los recién nacidos que no superan los 2500 gramos, de acuerdo al primer pesaje y antes de que se ocasione pérdida de peso posnatal (BM, 2015). En el caso de las CMA, se consideraban bebés con bajo peso al nacer a aquellos que habían nacido antes de los ocho meses de gestación ya que no tenían básculas disponibles.

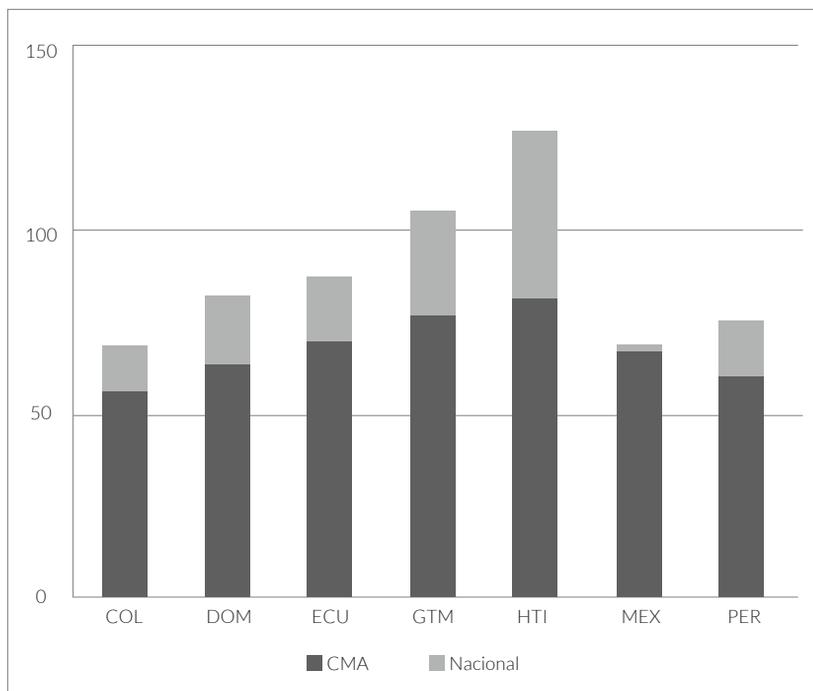


Figura 11. Prevalencia de desnutrición medida como porcentaje de la población en 2008 a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

Respecto al análisis de la prevalencia de desnutrición de niños y niñas menores de cinco años, podemos observar en las dos figuras siguientes que los porcentajes de desnutrición a nivel nacional de Colombia, Guatemala y Perú se encuentran por debajo del 5 % y que son similares o iguales en el caso de las niñas y de los niños. En este sentido, se evidencia un mayor esfuerzo por lograr que los menores tengan una adecuada nutrición para su óptimo desarrollo y vida saludable.

En cuanto a las CMA, podemos decir que el porcentaje de desnutrición es ligeramente mayor en el caso de las niñas que en el de los niños. Colombia registra un 9 % de prevalencia de la desnutrición en niñas menores a cinco años, contra un 6 % de desnutrición en niños menores a cinco años, abriendo una brecha entre mujeres y varones de un 3 %. Guatemala y Perú registran una brecha de un punto porcentual cada uno. Es evidente

la falta de políticas públicas dirigidas a mitigar la desnutrición en estas comunidades, esto genera diferencias que se mantienen generación tras generación²⁴.

En todos los casos, la desnutrición en niños y niñas menores a cinco años de edad es mayor en las CMA con respecto a la media nacional. La mayor diferencia se registra en Colombia con un aproximado de ocho puntos porcentuales. La limitación de alimentos²⁵ es una de las causas principales de este problema, desatendiendo la importancia de una buena nutrición en los primeros años de vida que impulse el desarrollo en la etapa adulta.

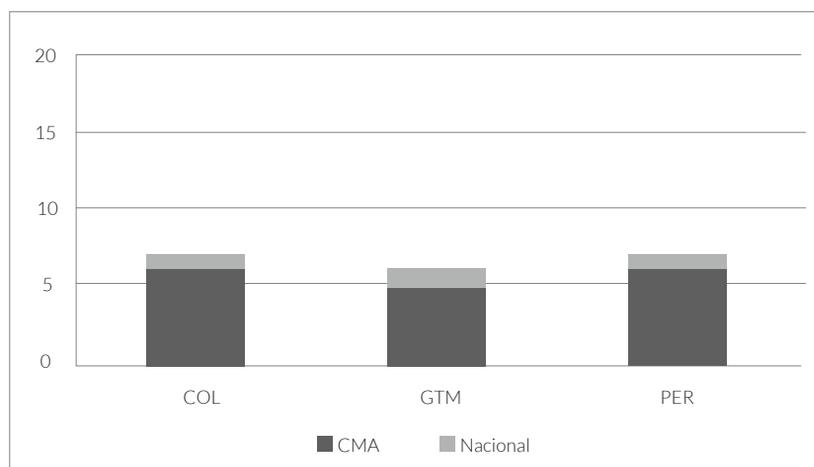


Figura 12. Prevalencia de desnutrición medida como porcentaje de niños menores a cinco años en 2008, 2009 y 2010* a nivel nacional y de CMA en algunos países representativos. Tomada de *Visitas a las CMA, LB y BM* (2015). * Los datos de Colombia corresponden a 2010, de Guatemala y Perú a 2009.

²⁴En las comunidades de Guatemala, las mujeres entrevistadas confirman las limitaciones que tienen para liderar procesos de desarrollo. Esto se traduce en limitaciones en el acceso a alimentos, que en general son escasos y se destinan a los niños y hombres de las comunidades (cfr. Entrevista Organización QUEGUA-2-20110510, p. 1).

²⁵En las visitas a las CMA se pudo evidenciar el desconocimiento de la población sobre temas de nutrición. Por ejemplo, en Guatemala, las personas desconocían qué son y para qué sirven las vitaminas, las proteínas y los carbohidratos (cfr. Entrevista Comunidad SMGUA-4-20110511, p. 3). En la República Dominicana pensaban que los alimentos de color rojo daban más sangre y por ende los consumían más y en las comunidades de México se creía que los alimentos que cada miembro de la familia consumía se relacionaba con el porcentaje de contribución a la economía familiar (cfr. Entrevista Comunidad SCIMEX-4-20110516, p. 4).

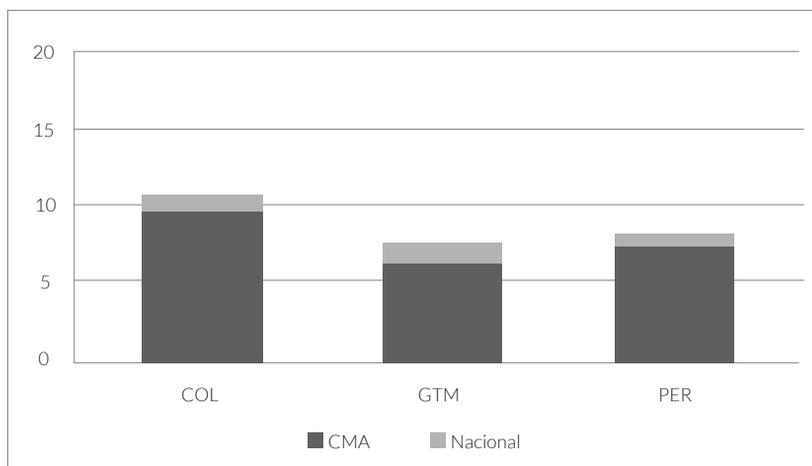


Figura 13. Prevalencia de desnutrición medida como porcentaje de niñas menores a cinco años en 2008, 2009 y 2010* a nivel nacional y de CMA en algunos países representativos. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015). * Los datos de Colombia corresponden a 2010, de Guatemala y Perú a 2009.

Con relación a la prevalencia de desnutrición de acuerdo al peso para la edad de niños y niñas menores a cinco años, observamos que, al igual que los casos anteriores, existe una diferencia clara entre los datos recogidos tanto en las CMA como a nivel nacional. También evidenciamos diferencias de género con mejores indicadores a nivel nacional en el caso de las niñas.

Como consta en las figuras 14 y 15, la prevalencia de desnutrición de acuerdo al peso para la edad de niños y niñas menores a cinco años a nivel nacional es similar en los tres países analizados, incluso en Guatemala y Perú se muestran mejores estadísticas en el caso de las niñas. Los indicadores a nivel país no superan el 15 % en ningún caso.

En las CMA se evidencia mayor porcentaje de desnutrición en el caso de las mujeres con respecto a los varones en los tres países estudiados. En el caso de las niñas los peores datos de prevalencia de desnutrición se presentan en Guatemala y Perú con 35 puntos porcentuales cada uno. En el caso de los niños, los peores datos se registran en Colombia y Guatemala con 19 puntos cada uno. La brecha de género en las CMA es evidente y alcanza los veinticinco puntos de diferencia en el caso de Perú.

Como señalamos en capítulos anteriores, la preferencia por los varones se da principalmente porque en algún momento ellos serán el soporte económico familiar ya que pueden desempeñar mayores labores o emigrar al extranjero para enviar remesas. Cuando la comida es escasa, los niños son quienes se alimentan mejor, dando como resultado un mayor nivel de desnutrición en las niñas (cfr. Entrevista organización STDDOM-7 -20090405, p. 4). La brecha de género es mayor en las CMA que a nivel nacional por lo que la discriminación es habitual. Las niñas se consideran una carga en muchas comunidades marginadas y aisladas debido a la dificultad que existe en que encuentren trabajo. Por esta razón quedan relegadas a cumplir actividades del hogar y al cuidado de las familias.

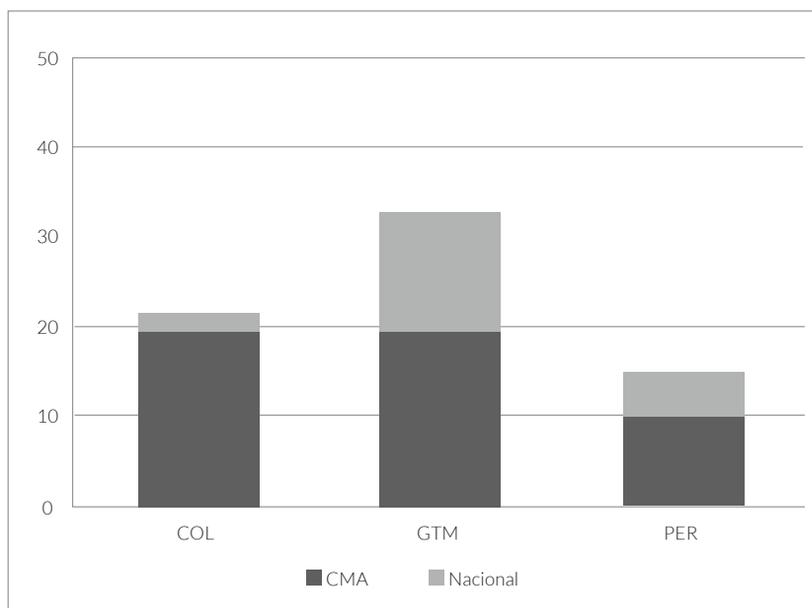


Figura 14. Prevalencia de desnutrición, peso para edad medido como porcentaje de niños menores a cinco años en 2008, 2009 y 2010* a nivel nacional y de CMA en algunos países representativos. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015). *Los datos de Colombia corresponden a 2010, de Guatemala y Perú a 2009.

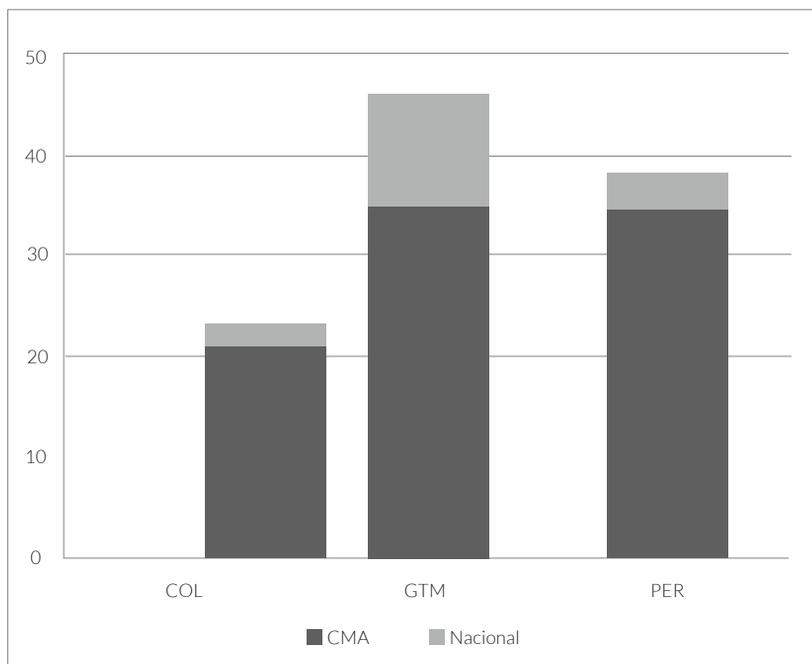


Figura 15. Prevalencia de desnutrición, peso para edad medido como porcentaje de niñas menores a cinco años en 2008, 2009 y 2010* a nivel nacional y de CMA en algunos países representativos. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015). *Los datos de Colombia corresponden a 2010, de Guatemala y Perú a 2009.

En cuanto al porcentaje de bebés con bajo peso al nacer, como podemos observar en la figura 16, existe una brecha entre las CMA y la media nacional en los tres países analizados. La mayor diferencia se registra en Guatemala, seguido por Colombia y por Perú con treinta y cuatro, veinticuatro y once puntos porcentuales, respectivamente. El mayor porcentaje de bebés con bajo peso al nacer, a nivel nacional, es de 11 % y, a nivel de CMA, es de 45 %, ambos datos registrados en Guatemala.

Desnutrición e inseguridad alimentaria

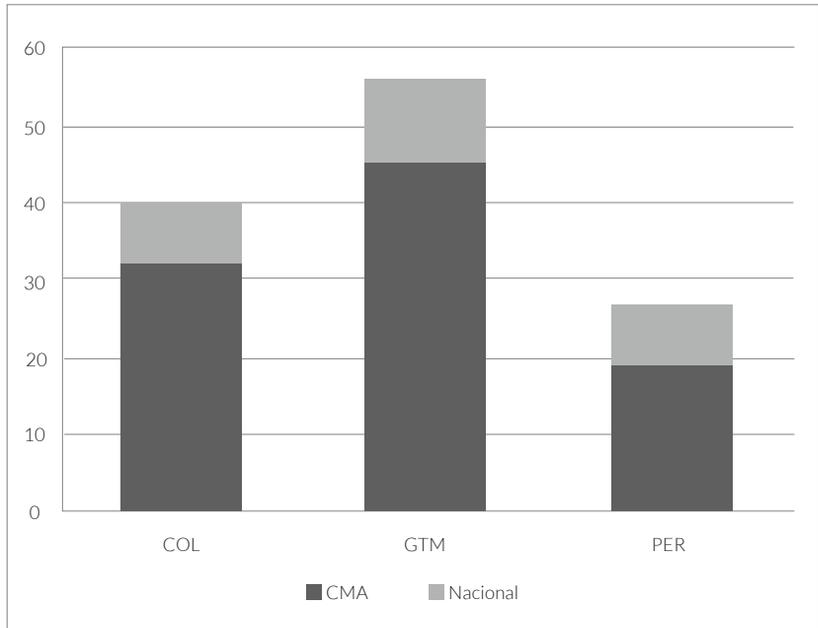


Figura 16. Bebés con bajo peso al nacer medido como porcentaje de nacimientos en 2008 a nivel nacional y de CMA en algunos países representativos. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

Capítulo sexto

Condiciones de salud y de acceso
a los sistemas de salud

Analizamos a continuación la tasa de mortalidad general en un año y la esperanza de vida al nacer²⁶. Comparamos, asimismo, las tasas de mortalidad de los bebés²⁷ y de los niños y niñas menores de 5 años. Además, estudiamos el porcentaje de la exhaustividad de la información del total de muertes²⁸ y de la prevalencia del VIH en la población de entre 15 y 24 años. También analizamos el porcentaje de la mejora de las instalaciones sanitarias²⁹, de las embarazadas que reciben atención médica prenatal³⁰ y de los nacimientos asistidos por personal de salud capacitado. Por último, estudiamos el porcentaje del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA) de niños y niñas menores de 5 años y de neonatos protegidos contra el tétanos³¹.

En cuanto a la tasa de mortalidad, las estadísticas para el año 2008 indican que las CMA tuvieron mayores porcentajes con respecto a la media nacional. Haití y Perú, por ejemplo, registraron diferencias de 6 puntos porcentuales.

²⁶El indicador sobre esperanza de vida al nacer se refiere a la cantidad de años que viviría un recién nacido si a lo largo de su vida no cambiaran los patrones de mortalidad vigentes. Para el análisis de las CMA se toma la edad promedio de los fallecidos en las comunidades (BM, 2015).

²⁷La tasa de mortalidad de infantes se define como el número de niños que antes de cumplir un año de vida mueren por cada 1.000 nacimientos vivos (BM, 2015). Se aplica este concepto tanto para el análisis de los datos de la media nacional como para los de las CMA.

²⁸El concepto de exhaustividad de la información se entiende como el número total de muertes reportadas por las autoridades nacionales de estadística al Anuario de Demografía de la División de Estadística de las Naciones Unidas, dividido por el total de muertes estimadas por la División de Población de la misma organización (BM, 2015). En el caso de las CMA 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.

²⁹Se considera que la población con acceso a servicios de salud es aquella que cuenta con acceso a instalaciones de desecho de excrecencias exclusivo para seres humanos, que estén bien construidas y mantenidas para aislar a los animales e insectos (BM, 2015). Este concepto se aplica en el presente trabajo tanto en el ámbito nacional como en el de las CMA.

³⁰Han recibido atención médica prenatal todas las mujeres en estado de gestación que visitan por lo menos una vez algún servicio médico especializado durante el periodo de embarazo (BM, 2015). Esta definición se aplica a nivel nacional y de CMA.

³¹Tanto a nivel nacional como a nivel de las CMA, se consideran neonatos vacunados contra el tétanos a los bebés de las madres que hayan sido vacunadas contra el tétanos para asegurar un parto higiénico (BM, 2015).

En las CMA, los peores registros fueron en Haití, con 15 fallecidos por cada 1000, y en Perú, con 11 fallecidos por cada 1000. El resto de países registraron tasas similares, como se puede observar en la figura siguiente.

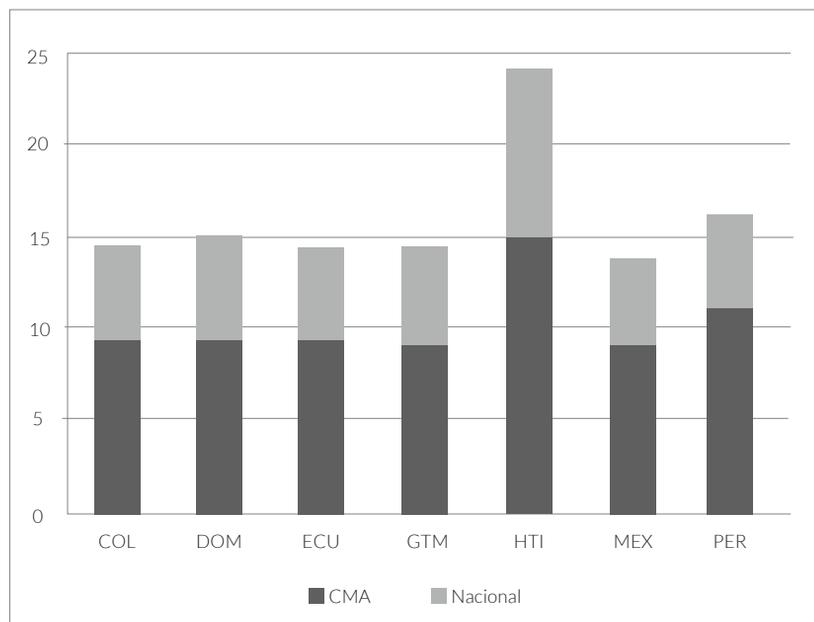


Figura 17. Tasa de mortalidad en un año por cada 1000 personas en 2008 a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

Al igual que el caso anterior, y como podemos observar en la figura 18, la esperanza de vida al nacer es menor en las CMA de todos los países con respecto a la media nacional, existiendo diferencias de hasta 30 años en el caso de Ecuador y Perú. Las mayores esperanzas de vida en las CMA se registran en México con 60 años, seguido por Colombia y Perú con 50 y

48 años. Por el contrario, los peores registros se encuentran en Ecuador, Guatemala y Haití con 45, 46 y 45 años de edad, respectivamente.

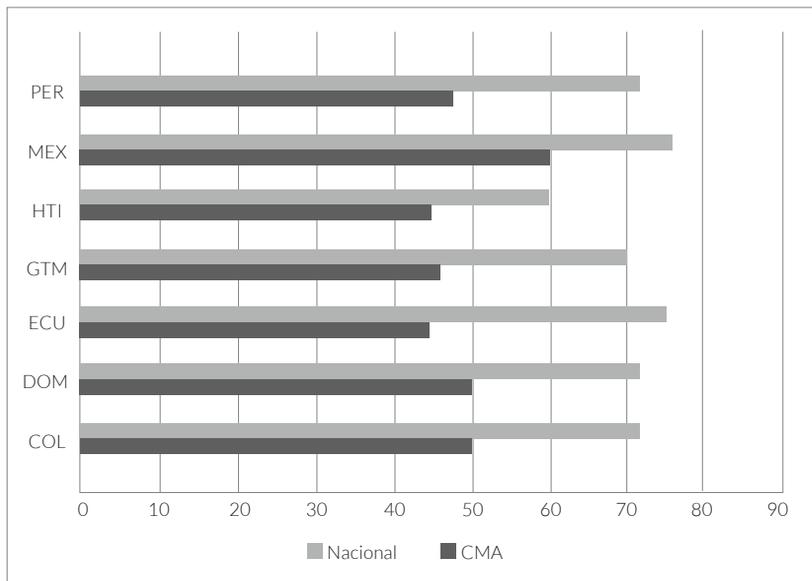


Figura 18. Esperanza de vida al nacer medida como el total de años en 2008 a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

En tanto a la tasa de mortalidad de bebés, según podemos verificar en la figura 19, el mayor porcentaje en 2008 se registró en las CMA de Ecuador, con 90 muertos por cada mil, seguido por Guatemala y Haití, con 80 muertos, en ambos casos. Por el contrario, Colombia y Perú registraron el menor porcentaje con 32 y 34 neonatos fallecidos. La diferencia de la tasa de mortalidad de bebés entre la media nacional y las CMA alcanza un mínimo de 10 puntos.

En comparación con los indicadores de mortalidad de la población total, el volumen de bebés fallecidos es mayor en las CMA respecto a la media nacional, si bien no todos los fallecimientos son reportados³².

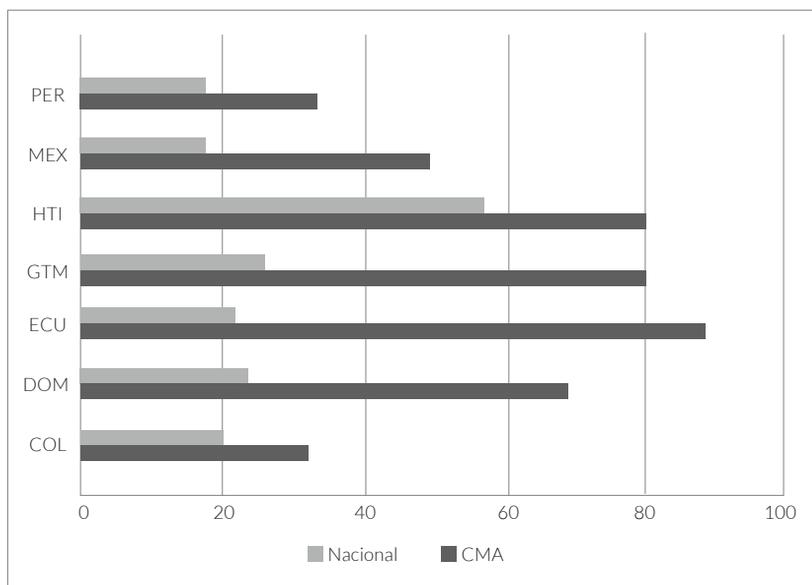


Figura 19. Tasa de mortalidad de bebés por cada 1000 nacidos vivos en 2008 a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

En cuanto a la mortalidad de menores de 5 años en 2008, se observan porcentajes más elevados de muertes³³ en las CMA que a nivel nacional, tal y como hemos visto en todos los países y casos estudiados hasta ahora.

³²En una entrevista realizada en una comunidad de Ecuador, una mujer argumentaba que el número de embarazos es elevado debido a la reducida esperanza de vida y el alto número de muertes de los menores. Además, reveló que existen defunciones de recién nacidos que no son reportadas (cfr. Entrevista Organización LOJ2ECU-5-20100416, p. 2). Existen varias dificultades en las CMA para registrar las defunciones de menores. En el caso de México y Haití, se evidenció la dificultad generada no solo para realizar el registro sino incluso para trasladarse hacia el lugar del registro de defunciones (cfr. Entrevista Comunidad SCIMEX-3-20110518, p. 1; cfr. Entrevista Comunidad FPAHAI-1-20090305, p. 3).

³³Como se señaló en un ejemplo anterior, los resultados de una entrevista en una comunidad de Ecuador reflejaron que puede ser probable la muerte de al menos 2 menores antes de alcanzar los 5 años de edad, razón por la cual la percepción de supervivencia de la madre constituía una razón para tener un número elevado de hijos (cfr. Entrevista Organización LOJ2ECU-6-20100417, p. 2).

A nivel nacional, la mayor tasa de mortalidad tanto para niños como para niñas menores de 5 años se registra en Haití, con 75 y 80 muertes por cada 1000, respectivamente. En el resto de países el volumen de fallecidos es similar. En el caso de las CMA, los peores datos se registran en Haití y en Guatemala, siendo el fallecimiento de niñas mayor al de niños.

La brecha de género existente en las CMA, se explica en gran medida por el precario suministro de comida a las mujeres debido la creencia generalizada de que los varones serán el respaldo económico de sus familias cuando los adultos no estén en capacidad de hacerlo, por ende, son los que deben comer mejor y sobrevivir³⁴.

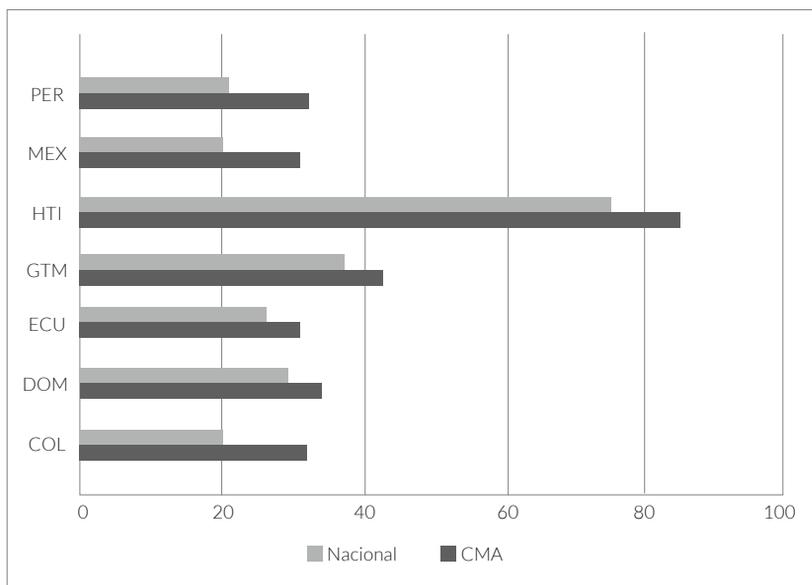


Figura 20. Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años por cada 1000 en 2008 a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

³⁴En las CMA de República Dominicana y Ecuador, las mujeres entrevistadas aseguraban que la prioridad, en cuanto a alimentación, la tenían los niños pues debían nutrirse mejor que las niñas debido a que requerían energía para generar ingresos para el hogar (cfr. Entrevista Comunidad BTY8DOM-2-20110219, p. 3; cfr. Entrevista Comunidad QUIECU-1-20100305, p. 2).

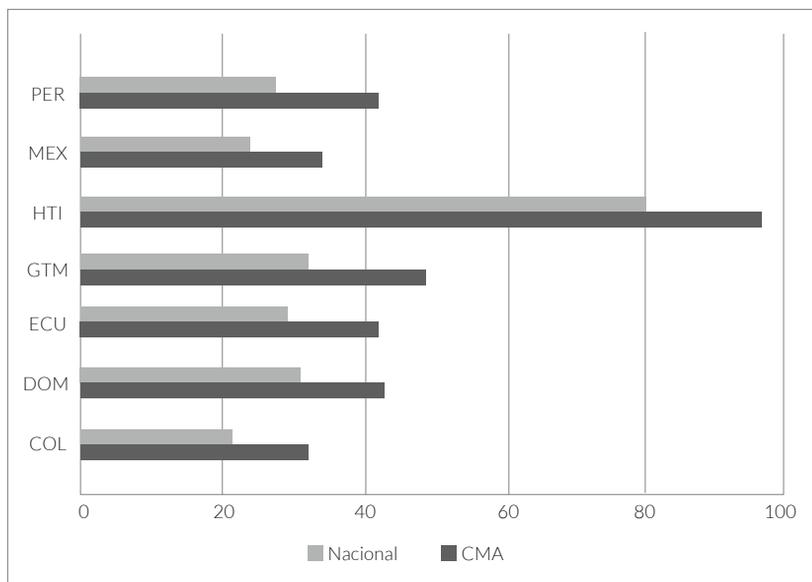


Figura 21. Tasa de mortalidad de niñas menores de cinco años por cada 1000 en 2008 a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

Al comparar la mortalidad de menores de 5 años, niños y niñas, con la mortalidad neonatal, pudimos observar que esta última registra mayor porcentaje de muertes en República Dominicana, Ecuador, Guatemala y México mientras que los porcentajes son similares en Haití y Colombia.

Es importante mencionar que al igual que no se registraban todas las muertes de los menores de un año (ver figura 19), no todas las muertes de los adultos se atendían e informaban en función del protocolo de cada país³⁵.

Como vemos en la figura 22, a nivel nacional, el porcentaje de muertes informadas supera el 50 % en todos los países, mientras que, en las CMA,

³⁵Se evidenció la existencia de impedimentos para llevar una comunicación fluida de los problemas que surgen en las CMA, generalizado en todas las comunidades visitadas. Como ejemplo, las mujeres entrevistadas en Ecuador afirmaban que el aislamiento de sus comunidades respecto al resto de ciudades y otras comunidades generaba problemas en varios aspectos como salud, educación e incluso para reportar defunciones, constatando que podía tardar hasta 15 días dado que, al no tener teléfono, su presencia en la declaración era necesariamente requerida. (cfr. Entrevista Comunidad COMIVMAL-4-20091024, p. 4; cfr. Entrevista Comunidad PUYECU-2-20100306, p. 4).

el mayor porcentaje de muertes informadas se registra en México con un 44 % y el menor porcentaje se registra en Colombia con un 17 %.

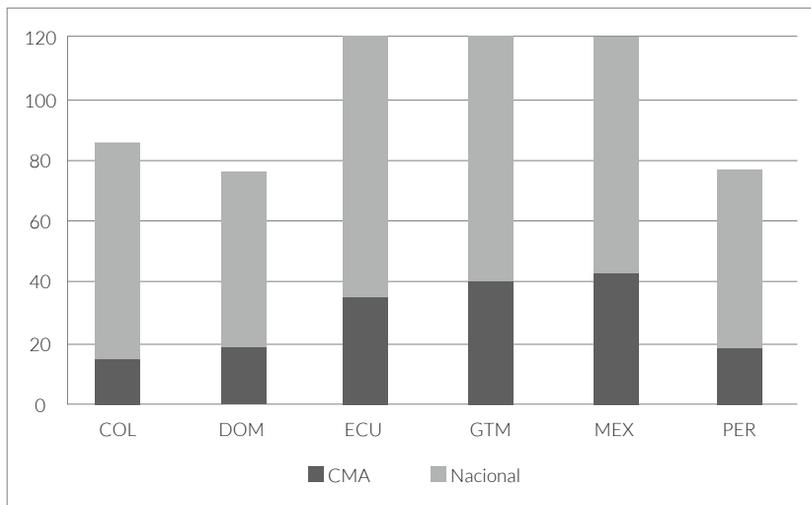


Figura 22. Exhaustividad de la información del total de muertes medida como porcentaje del total de muertes informadas con relación al total de muertes estimadas en 2008 a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

En el año 2008, la prevalencia del VIH en la población de entre 15 y 24 años era casi nula en las CMA. Como puede verse en la siguiente figura, el país que presenta los peores índices es Haití con un 2 % nacional y un 0.2 % en las CMA.

Existe una amplia diferencia entre los datos recogidos en las CMA y los datos de la media nacional explicada principalmente por la condición de aislamiento que experimentan las comunidades. Dicha condición limita el contacto y la proliferación de enfermedades contagiosas como el VIH, que en la mayoría de los casos inclusive llegan a ignorar³⁶.

³⁶Las comunidades estudiadas, consideran beneficiosa la situación de aislamiento debido a que ven en ella una medida para preservar su cultura y sus tradiciones. En cuanto a la salud, como reflejó el estudio en Ecuador, pese a que algunas familias conocían epidemias mundiales como la de la gripe A, la condición de aislamiento permitió que el virus no llegara a sus comunidades, lo cual es un claro beneficio (cfr. Entrevista Comunidad GONECU-3-20100307, p. 5).

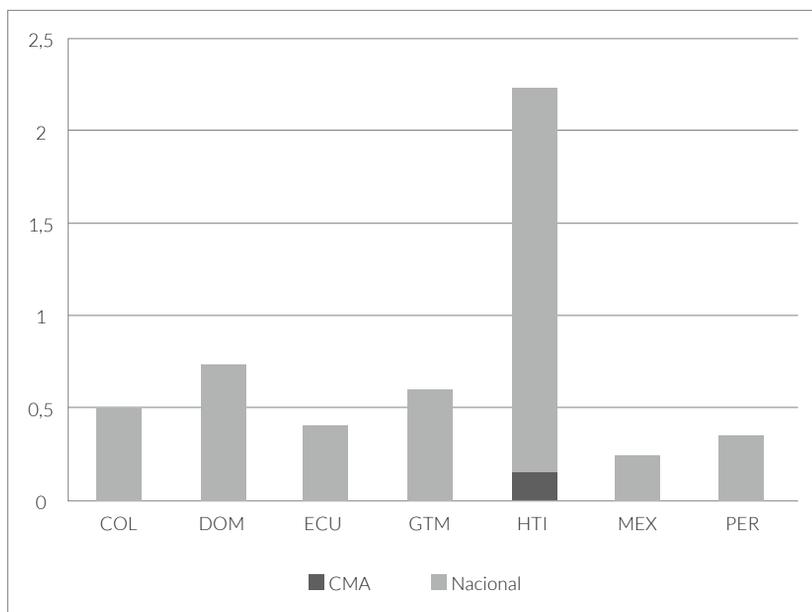


Figura 23. Prevalencia de VIH medida como porcentaje de la población entre quince y veinticuatro años de edad, en 2008, a nivel nacional y de CMA. Tomada de LB y BM (2015).

En cuanto al acceso a algún sistema sanitario, todas las CMA presentan menores porcentajes de acceso con respecto a la media nacional. Vale destacar que la diferencia entre las CMA y la media nacional es bastante significativa, salvo el caso de Haití. Por ejemplo, en el caso de Ecuador se registró un 30 % en las CMA frente a un 90 %³⁷ a nivel nacional, mientras que en Haití el acceso de las CMA fue de 4 %, comparado con un 19 % a nivel nacional.

³⁷En las comunidades visitadas, la carencia de acceso a los sistemas de salud constituía una de las más graves consecuencias de vivir en condición de aislamiento para las familias entrevistadas. Una mujer de una CMA en Perú señalaba que, por falta de recursos para trasladarse a los centros de salud, la enfermedad progresaba y el cuadro se tornaba grave (cfr. Entrevista Comunidad DURPER-1-20090110, p. 2). Además, se encontró que el acceso a las medicinas representa un obstáculo ya sea por la condición de aislamiento o por la falta de recursos. Como ejemplo, la líder de una CMA en Guatemala señalaba que el mayor inconveniente para su comunidad era el comprar las medicinas prescritas pues constituían un rubro mayor al ingreso percibido mensualmente (cfr. entrevista comunidad sjogua-2-20110510, p. 3). Las alternativas restantes de las CMA para curar sus enfermedades eran la medicina natural y las costumbres que, en ciertos casos, no guardan relación con la cura, por ejemplo, el aspirar humo del cigarro para tratar el paludismo (cfr. Entrevista Comunidad SMSGUA-3-20110510, p. 3).

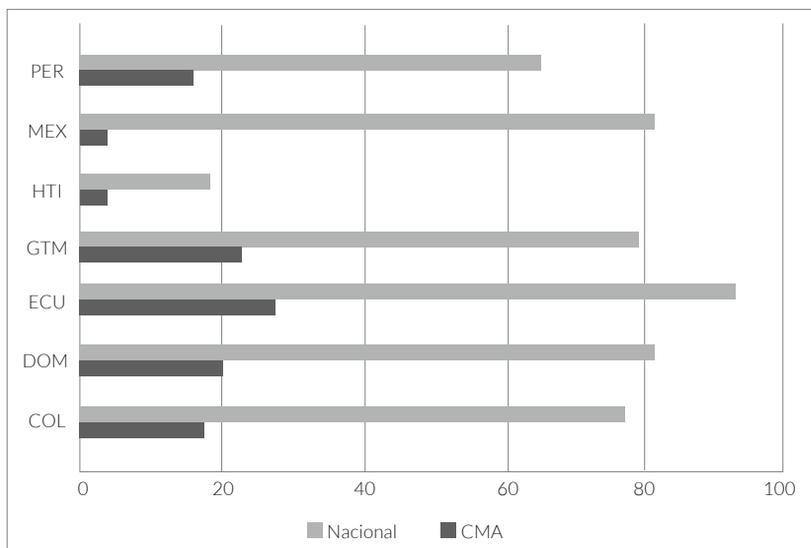


Figura 24. Mejora de las instalaciones sanitarias, medida como porcentaje de la población con acceso, en 2008, a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

De acuerdo a la figura veinticinco, el porcentaje de embarazadas que recibieron atención médica prenatal en las CMA es menor en comparación a la media nacional, evidenciando una brecha bastante marcada. En ningún caso, las CMA alcanzan siquiera los 10 puntos porcentuales y existe una diferencia de 80 puntos con relación a la media del país³⁸.

En cuanto a los nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (Figura 26), en las CMA, el mayor porcentaje se registró en Colombia con 70 puntos porcentuales, mientras que en Guatemala, México y Perú

³⁸Como reflejan las entrevistas realizadas en los bateyes visitados en República Dominicana, no existe cuidado médico durante el periodo de embarazo debido a la lejanía en la que se encuentran y la situación de pobreza que experimentan. En el mejor de los casos podrían acceder a atención primaria de salud, que cuenta con métodos y tecnología básica no adecuados para la atención prenatal (cfr. Entrevista comunidad BAYDOM-3-20090410, p. 2). Como es el caso de las CMA visitadas en Colombia, sus condiciones precarias hacen que la atención médica sea sustituida por curanderas o parteras de las propias comunidades, (cfr. Entrevista Comunidad STM-COL-1-20110419, p. 1), esto deriva en problemas graves ya que ni las madres ni los neonatos son atendidos de manera adecuada. En las comunidades de Ecuador, por ejemplo, los hombres son quienes tomaban el papel de médicos (cfr. Entrevista Comunidad SOZECU-4-20090305, p. 2).

el porcentaje no superaba los 23 puntos. Debido a que los nacimientos eran asistidos por parteras, la muerte de los neonatos era frecuente y se consideraba normal. La diferencia entre las CMA y la media nacional es marcada, registrando brechas de hasta 76 puntos porcentuales en el caso de México.

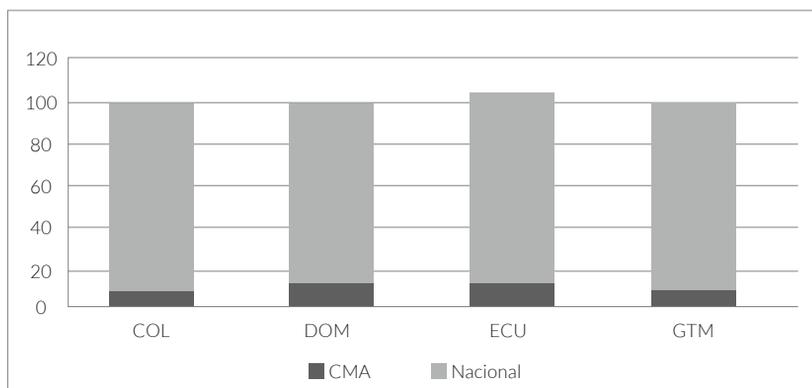


Figura 25. Porcentaje de embarazadas que reciben atención médica prenatal en 2009 y 2010* a nivel nacional y de CMA en algunos países representativos. Tomada de *Visitas a las CMA, LB y BM (2015)*. * Los datos de Colombia corresponden a 2010 y los de República Dominicana, Ecuador y Guatemala a 2009.

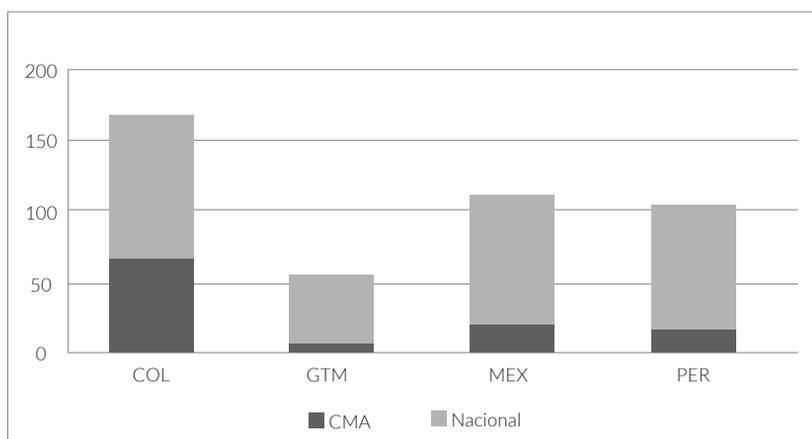


Figura 26. Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado medidos como porcentaje del total en 2009 y 2010* a nivel nacional y de CMA en algunos países representativos. Tomada de *Visitas a las CMA, LB y BM (2015)*. * Los datos de Colombia y Perú corresponden a 2010 y los de México y Guatemala a 2009.

En cuanto al tratamiento de las IRA en menores de 5 años, vemos en la figura 27 lo siguiente: Colombia y República Dominicana presentan registros en CMA de 2 % y 5 % respectivamente contra 62 % y 65 % a nivel nacional, esto indica una diferencia de 60 puntos porcentuales entre CMA y media nacional. Esta marcada diferencia se explica por la dificultad para acceder a centros de salud en donde tratar las IRA o cualquier otra enfermedad que requiera atención en el corto plazo³⁹.

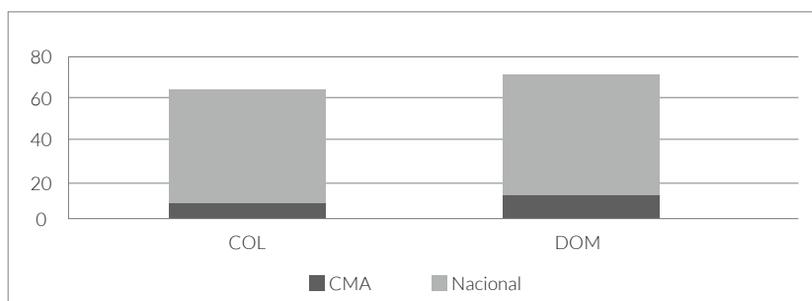


Figura 27. Tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA), medido como porcentaje de niños y niñas menores de cinco años que son llevados a un prestador de salud en 2008 a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

El porcentaje de neonatos protegidos contra el tétanos en el caso de las CMA registra un máximo de 10 % con excepción de México que llega al 16%, aproximadamente. En todos los países la diferencia entre CMA y media nacional es superior a 40 puntos porcentuales⁴⁰ como se puede ver en la siguiente figura.

³⁹La creencia general contemplaba que los niños debían acudir al médico solamente si se trataba de una enfermedad grave que debía ser tratada con urgencia, caso contrario no valía la pena perder un día de trabajo desplazándose largas distancias y gastando el poco dinero que tenían para sobrevivir. De acuerdo a la declaración de una mujer de Ecuador, la complicación se presentaba cuando llegaba una urgencia debido al desconocimiento sobre el lugar y el médico del sistema de salud ecuatoriano al que debían visitar (cfr. Entrevista Comunidad STIECU-5-20090628, p. 2). La falta de atención médica era una de las principales razones de muerte en menores de 10 años.

⁴⁰Los habitantes de las comunidades visitadas en Haití señalaban que la condición de aislamiento permitía que no se contagien de enfermedades, por lo que no eran necesarias las vacunas que los protegieran contra ellas. Esta situación, sumada a la falta de conocimiento e información hacían que la vacunación no sea un procedimiento prioritario para los niños y niñas dentro de las comunidades (cfr. Entrevista Comunidad HGIIVIE-2-20100419, p. 3; cfr. Entrevista Organización PPHAI-1-20090301, p. 3).

Capítulo sexto

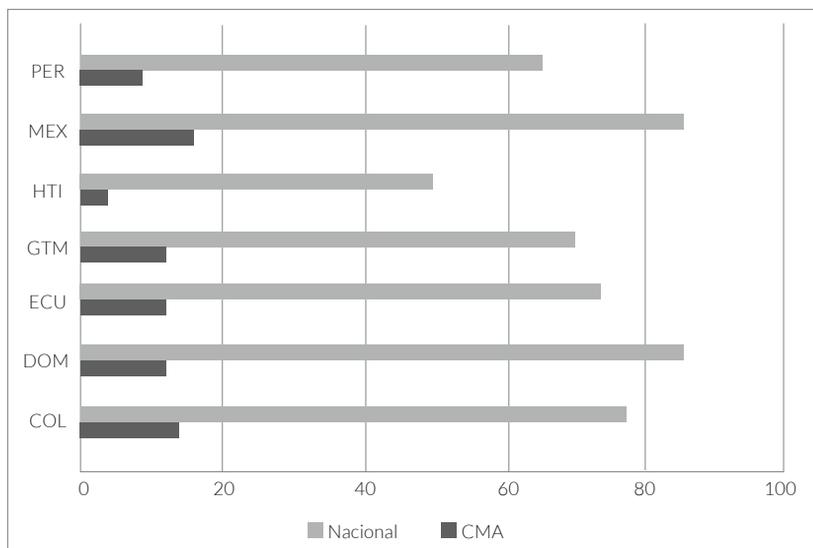


Figura 28. Porcentaje de neonatos protegidos contra el tétanos en 2008 a nivel nacional y de CMA. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

Capítulo séptimo

Condiciones de educación

En el presente capítulo comparamos los indicadores de escolaridad recogidos en las CMA y a nivel nacional, tanto para adultos, en general, como para mujeres y hombres jóvenes. Los indicadores estudiados son: la tasa de alfabetización de la población de 15 años o más⁴¹, considerados como adultos; la tasa de alfabetización de mujeres y varones jóvenes de entre 15 y 24 años; y el porcentaje del alumnado que pasa a la escuela secundaria⁴².

En cuanto a la tasa de alfabetización de la población adulta, observamos mayores porcentajes a nivel nacional, con respecto a las CMA. La brecha entre ambas oscila entre 20 % y 25 %, con excepción de Guatemala que registra 40 % en las CMA y 78 % a nivel país, dando como resultado una diferencia de casi 40 puntos porcentuales (Figura 29).

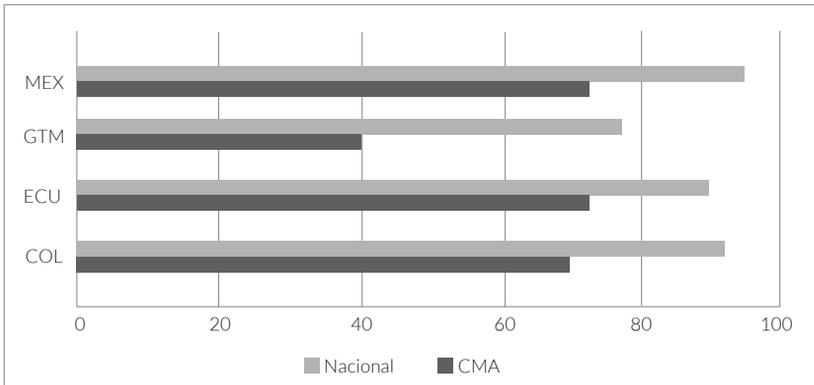


Figura 29. Tasa de alfabetización, medida como porcentaje total de personas de 15 años o más, en 2010, a nivel nacional y de CMA, en algunos países representativos. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

⁴¹Se consideran alfabetizadas todas las personas a nivel nacional y de CMA que pueden sumar, restar, leer y escribir un párrafo sobre su vida (BM, 2015).

⁴²A nivel nacional y de las CMA, este porcentaje es medido por el total de estudiantes que acceden al primer año de escuela secundaria, expresado como porcentaje del número de niños matriculados en el último año de primaria del año previo (BM, 2015).

En cuanto a la tasa de alfabetización de hombres y mujeres entre 15 y 24 años, respecto a la media nacional, como se observa en las figuras 30 y 31, los porcentajes de ambos sexos que saben leer y escribir son iguales o similares, con excepción de Guatemala en donde el porcentaje de varones alfabetizados es ligeramente superior.

Por otro lado, respecto a las CMA, observamos diferencias de género en todos los casos. Las principales diferencias se registraron en México y Colombia en donde el porcentaje de varones alfabetizados es mayor que el porcentaje de mujeres que saben leer y escribir, con 12 y 20 puntos porcentuales, respectivamente. En general, se pueden evidenciar mejores indicadores a nivel país que a nivel de CMA.

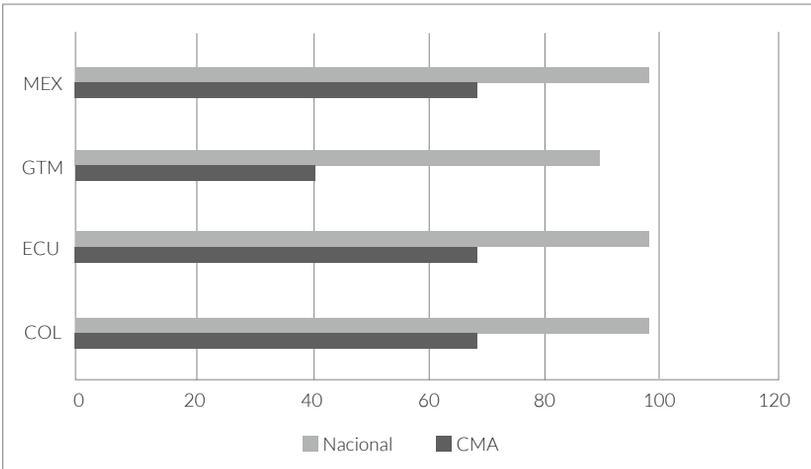


Figura 30. Tasa de alfabetización medida como porcentaje de varones entre 15 y 24 años, en 2010, a nivel nacional y de CMA, en algunos países representativos. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

Condiciones de educación

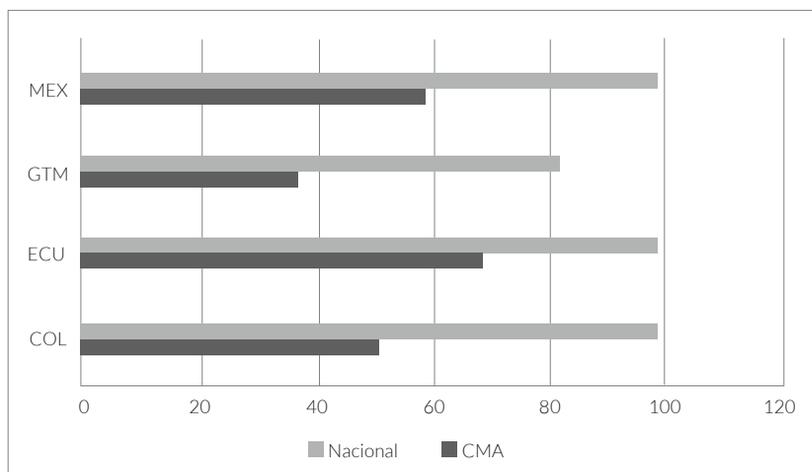


Figura 31. Tasa de alfabetización medida como porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años, en 2010, a nivel nacional y de CMA, en algunos países representativos. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

Al estudiar el porcentaje del alumnado que accedió a la escuela secundaria en el año 2010, comprobamos que en todos los casos las CMA muestran porcentajes menores⁴³ en comparación con la media nacional. Las estadísticas menos favorables se registran en las CMA de México, en donde el porcentaje de alumnos que finalizaron la educación primaria y accedieron a los estudios secundarios fue de 25 %, seguido por Ecuador con 29 % y por Colombia con 56 %. La brecha entre CMA y media nacional es de al menos 40 % y llega a ser hasta 70 % en el caso de México.

⁴³De acuerdo a los testimonios de un hombre y una mujer en las comunidades de Ecuador y República Dominicana respectivamente, decían que el acceder a educación ya sea secundaria o universitaria no garantizaba la mejora de sus condiciones de vida, al contrario, suponía un alto costo debido a su situación de pobreza y aislamiento. Además, los jóvenes demoraban en conseguir contactos dentro del mundo laboral (cfr. Entrevista Comunidad SVIECU-6-20090628, p. 5; cfr. Entrevista Comunidad BAYDOM-3-20090410, p. 2).

Capítulo séptimo

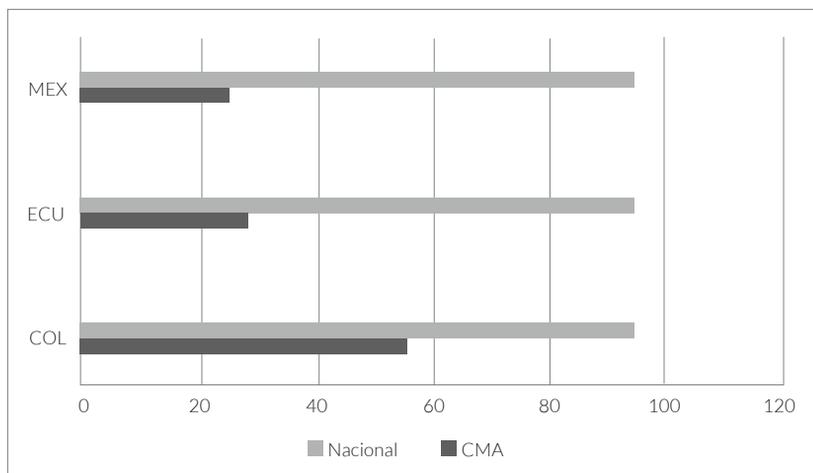


Figura 32. Porcentaje de alumnos que pasan a la escuela secundaria en 2010, a nivel nacional y de CMA, en algunos países representativos. Tomada de Visitas a las CMA, LB y BM (2015).

Epílogo

Al comparar algunos indicadores fundamentales sobre estructura poblacional, ingresos, salud o educación de las comunidades en América Latina y el Caribe con los promedios nacionales, los resultados obtenidos muestran cómo en las CMA se presentan las peores condiciones de vulnerabilidad rural.

La pirámide poblacional presenta una base más grande, una parte media más pequeña y una parte superior similar a los promedios de cada país. Las mujeres tienen hijos antes y en mayor número debido a los menores niveles de educación, por la falta de información y de acceso a sistemas de planificación familiar y como inversión para reducir la condición de pobreza en el futuro, animadas por la idea de que, en el corto plazo, primero los niños y después las niñas ayudarán económicamente con su trabajo a la familia. Se aprecia en las comunidades un menor porcentaje de PEA por los éxodos migratorios al exterior, sobre todo para encontrar más y mejores oportunidades de empleo con el fin de mantener desde fuera a la familia que queda en la comunidad. En referencia a los mayores de 75 años, los porcentajes son similares: aumentan en las CMA precisamente por el poco peso de la PEA, pero se reducen por la menor esperanza de vida.

Los ingresos no alcanzan para pagar la canasta básica en la CMA. Suelen combinar el trabajo agrícola en la finca propia, de tenerla, con trabajos esporádicos no cualificados y en gran porcentaje informales, fuera de las comunidades. No cuentan con los insumos ni con los conocimientos adecuados para la producción agropecuaria, desconociendo además sistemas básicos de comercialización. La pobreza es la causa fundamental de muerte en las comunidades. Aunque cuenten con un centro de salud cercano, no tienen recursos para pagar el transporte ni las medicinas. Sin poder

ejercer la legislación laboral, no pueden abandonar su puesto de trabajo para acudir al médico o para llevar a los niños. En consecuencia, se registran tasas de mortalidad superiores a las medias nacionales, sobre todo de los niños, y esperanzas de vida inferiores a los promedios nacionales.

En este escenario, consideramos imprescindible generar políticas de desarrollo personal autónomo. Es decir, protagonizadas por las familias en todas las etapas. Desde fuera es posible mejorar su capacidad ofreciéndoles las herramientas oportunas y óptimas para incidir en algunas de sus necesidades fundamentales, como la erradicación de la pobreza, la seguridad alimentaria y el acceso a condiciones adecuadas de salud y educación.

Anexos

Primero

Entrevistas y documentos no publicados de los proyectos utilizados

En el presente anexo recogemos la lista de las CMA, de las organizaciones entrevistadas y de los proyectos no publicados que citamos en el documento. En cada caso, detallamos la metodología para la citación.

Entrevistas utilizadas y metodología de identificación

En seguida presentamos el detalle de las entrevistas realizadas en las comunidades, a las organizaciones, a los organismos internacionales y a las entidades de cooperación. Explicamos la manera de citación en cada caso y para los países seleccionados.

1. Las entrevistas realizadas en las comunidades se citan de la siguiente manera: se señalan las tres primeras letras de la comunidad visitada (por motivos de confidencialidad los nombres de las comunidades han sido protegidos), seguidas de tres letras que hacen referencia al país en el que la entrevista se llevó a cabo, por ejemplo: México (MEX), Guatemala (GTM), República Dominicana (DOM), Haití (HTI), Ecuador (ECU), Perú (PER) y Colombia (COL). El primer dígito hace referencia al número de entrevista y los siguientes 8 dígitos muestran la fecha en la que se realizó. Por último, se indica el número de página de la transcripción de la entrevista utilizada.

Para ejemplificar lo anterior, se tomó el caso de la «Entrevista comunidad Sal-per-3-20090112, p.2», que se realizó en la comunidad SAL (tres primeras

letras por razones de confidencialidad), en el país de Perú. Es la tercera de todas las entrevistas realizadas en las comunidades de dicho país y tuvo lugar el día 12 de enero del año 2009. Se hace referencia a la página 2 de la entrevista realizada.

Tabla 1

CMA en donde se realizaron las entrevistas

Zona 1		Zona 2		Zona 3		
MEX	GUA	DOM	HAI	ECU	PER	COL
SCI	CAJ	BTY6	FPA	QUI	DUR	STM
STA	SJO	BTY8	CBO	GON	SAL	
BAN	SMS	BAY	BUN	SOZ		
	SMG	YAM		STI		
				SVI		
				CAL		
				PAL		
				PUY		
				VIC		
				ABA		
				NUN		
				HUI		
				GUA		

Elaboración propia.

- En cuanto a la citación de las entrevistas mantenidas con las organizaciones, se consideran las tres primeras letras como la referencia de la ciudad en donde se encuentra la organización entrevistada, seguida por tres letras que muestran el país en donde se dio el encuentro. El primer dígito indica el número de entrevistas realizadas en el país mientras que los últimos ocho dígitos hacen referencia a la fecha en la que se realizó la entrevista. Por último, se indica el número de página de la entrevista correspondiente.

Por ejemplo, en el caso de la «Entrevista Organización Oaxmex-1-20110514, p.4», esta se realizó en la ciudad de Oaxaca a la organización Enlace, en el país de México. Es la primera realizada en dicho país y se efectuó el 14 de mayo del 2011. Se referencia la página 4 de la entrevista correspondiente.

A continuación, se puede observar la lista de las organizaciones entrevistadas así como la ciudad y el país en donde se mantuvieron las entrevistas.

Tabla 2

Listado de entrevistas a las organizaciones que trabajan en las CMA citadas

País	Organización	Ciudad sede
Enlace	Oaxaca	México
Cedepem	Quetzaltenango	Guatemala
Instituto Dominicano de Desarrollo Integral (IDDI)	Santo Domingo	República Dominicana
Tú, Mujer, INC		
Instituto Haitiano de Desarrollo Integral (IHDI)	Puerto Príncipe	Haití
Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio (FEPP)	Loja	Ecuador
Fundación Gratos		
Unión Popular de Mujeres de Loja (UPML)	Quito	
Fundación Altrópico		
Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (Cipca)	Piura	Perú
Mínuto de Dios	Bogotá	Colombia

Elaboración propia.

3. A continuación, se presentan las entrevistas con organismos internacionales, realizadas en dos países de ALC:

- Entrevista a FAO (Ecuador)
- Entrevista a BID (Ecuador)
- Entrevista a BM (República Dominicana)
- Entrevista a FAO (República Dominicana)

Por ejemplo, en la «Entrevista Organismo Internacional Faoecu-1-20090824, p. 1», las 3 primeras letras hacen referencia al organismo internacional (FAO), las siguientes 3 letras se refieren al país en donde tuvo lugar (Ecuador). El primer dígito indica que es la primera entrevista realizada en dicho país y los siguientes 8 dígitos indican la fecha en la que se realizó (24 de agosto del 2009). Por último, se hace referencia a la página de la entrevista correspondiente (1).

Si bien la Comunidad de Madrid no es un organismo internacional, se trata como tal por la nomenclatura y, por ende, se considera como entrevista al organismo nacional Cmecu-1-20090315, p. 4.

4. Se realizaron 3 entrevistas a las organizaciones del norte y son las siguientes:

- ONG Cideal (Madrid-España)
- ONG Conemund (Madrid-España)
- ONG Solidaridad Internacional (Madrid-España)

Al igual que en los casos anteriores, se indica el nombre de la ONG, el país en donde se llevó a cabo la entrevista, el número de entrevista realizada en dicha ciudad y, por último, se señala la fecha y la página que referencia el texto. Por ejemplo: «Entrevista ONG Cidealmad-1-20090128, p. 1».

Proyectos utilizados como línea base y metodología de citación

En esta sección exponemos el listado de proyectos seleccionados como línea base para el análisis en este trabajo. Hacemos una distinción entre aquellos que se han considerado para el estudio de la realidad en las CMA. Como indicamos previamente, además de las entrevistas y las visitas realizadas, contamos con las líneas de base y los documentos de formulación no publicados de los siguientes proyectos de cooperación:

Líneas base

- Proyecto «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».
- Proyecto «Mejora del acceso a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva en la provincia de Elías Piña, República Dominicana».
- Proyecto «Contribuir al aumento de la cobertura en procesos de educación a jóvenes y adultos extra edad, para mejorar su nivel académico y permitir el acceso a procesos de educación superior e inserción laboral».
- Proyecto «Desarrollo rural de población indígena campesina del Altiplano Occidental Ixim (Guatemala)».
- Proyecto «Inversión productiva y capacitación en comunidades campesinas de la Sierra Madre de Chiapas».
- Proyecto «Mejora de los índices nutricionales y socioeconómicos de comunidades en situación de pobreza en Piura, al norte de Perú».
- Proyecto «Mejora de las condiciones alimentarias de las familias más pobres de la frontera norte».

- Proyecto «Acceso a la seguridad alimentaria en 16 comunidades indígenas en condición de extrema pobreza del cantón Suscal, provincia de Cañar, Ecuador».
- Proyecto «Reducción de inequidades de género en la participación económica y sociopolítica de las mujeres indígenas mam, kiat kawek (Mujeres del Amanecer)».
- Proyecto «Desarrollo socio-económico de las poblaciones fronterizas de Jimaní, República Dominicana y Fond Parisien, Haití».

Documentos de formulación

- Proyecto «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».
- Proyecto «Mejora del acceso a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva en la provincia de Elías Piña, República Dominicana».
- Proyecto «Contribuir al aumento de la cobertura en procesos de educación a jóvenes y adultos extra edad, para mejorar su nivel académico y permitir el acceso a procesos de educación superior e inserción laboral».
- Proyecto «Desarrollo rural de población indígena campesina del Altiplano Occidental Ixim (Guatemala)».
- Proyecto «Inversión productiva y capacitación en comunidades campesinas de la Sierra Madre de Chiapas».
- Proyecto «Mejora de los índices nutricionales y socioeconómicos de comunidades en situación de pobreza en Piura, al norte de Perú».
- Proyecto «Mejora de las condiciones alimentarias de las familias más pobres de la frontera norte».

- Proyecto «Desarrollo socio-económico de las poblaciones fronterizas de Jimaní, República Dominicana y Fond Parisien, Haití».
- Proyecto «Acceso a la seguridad alimentaria en 16 comunidades indígenas en condición de extrema pobreza del cantón Suscal, provincia de Cañar, Ecuador».
- Proyecto «Reducción de inequidades de género en la participación económica y sociopolítica de las mujeres indígenas mam, kiat kawek (Mujeres del Amanecer)».

Para ejemplificar la metodología de citación se tiene «LBE-2009, p. 6», en donde las dos primeras letras hacen referencia a una Línea Base y la tercera, la letra E, hace referencia al proyecto ejecutado en Ecuador. Por último, se indica la página 6 del documento que contiene la información de interés.

En el caso de las citas en los documentos de las entrevistas de los informes intermedios y finales, hemos utilizado todas las de los proyectos analizados.

- «Acceso a la seguridad alimentaria en 16 comunidades indígenas en condición de extrema pobreza del cantón Suscal, provincia de Cañar, Ecuador».
- «Reducción de inequidades de género en la participación económica y sociopolítica de las mujeres indígenas mam, *kiat kawek* (Mujeres del Amanecer)».

En cuanto a la citación, se tiene, por ejemplo: «Entrevista Informe Intermedio ECU-2010, p. 7», las tres primeras letras hacen referencia al país en donde se realizó el informe intermedio del proyecto ejecutado (Ecuador) y se indica la página 7 del documento que contiene la información de interés.

Segundo

Información cuantitativa de problemas identificados en las CMA

Tabla 1

Condiciones demográficas

	Población entre 0 y 14 años de edad (% del total)		Población entre 0 y 14 años de edad (% del total)		Población entre 0 y 14 años de edad (% del total)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Colombia	25	30	8	5	67	51
República Dominicana	25	32	9	6	62	50
Ecuador	25	31	8	6	63	50
Guatemala	25	42	7	4	65	51
Haití	25	37	7	4	63	50
México	25	30	10	6	64	51
Perú	25	31	7	6	62	50

Tomada de visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

Tabla 1b

Condiciones demográficas

	Hogares encabezados por mujeres (% de hogares con jefa de hogar)		Madres adolescentes (% de las mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron hijos o se encuentran embarazadas en la actualidad)		Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Colombia	75	34	42	20	5	2
República Dominicana					5	3

	Hogares encabezados por mujeres (% de hogares con jefa de hogar)		Madres adolescentes (% de las mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron hijos o se encuentran embarazadas en la actualidad)		Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Ecuador					5	3
Guatemala			65	22	6	4
Haití					5	3
México					4	2
Perú	65	23	38	14	4	3

Tomada de visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

Tabla 2

Desnutrición e inseguridad alimentaria

	Prevalencia de desnutrición, altura para edad, mujeres (% de niños menores de 5)		Prevalencia de desnutrición, altura para edad, varones (% de niños menores de 5)		Prevalencia de desnutrición, altura para la edad (% de niños menores de 5 años)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Colombia	35	12	35	14	45	13
Guatemala	86	47	86	49	90	48
Perú	60	26	60	31	70	28

Tomada de visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

Tabla 2b

Desnutrición e inseguridad alimentaria

	Prevalencia de desnutrición mujeres (% de niños menores de 5)		Prevalencia de desnutrición, varones (% de niños menores de 5)		Prevalencia de emaciación (% de niños menores de 5 años)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Colombia	9	1	6	1	6	1
Guatemala	7	1	5	1	5	1
Perú	8	1	6	1	6	1

Tomada de visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

Tabla 2c

Desnutrición e inseguridad alimentaria

	Prevalencia de desnutrición mujeres (% de niños menores de 5)		Prevalencia de desnutrición, varones (% de niños menores de 5)		Prevalencia de emaciación (% de niños menores de 5 años)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Colombia	22	3	19	4	12	3
Guatemala	35	12	19	14	33	13
Perú	35	5	12	5	32	5

Tomada de visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

Tabla 2d

Desnutrición e inseguridad alimentaria

	Prevalencia de desnutrición (% de la población)	
	Comunidades	Nacional
Colombia	56	13
República Dominicana	65	16
Ecuador	69	20
Guatemala	74	30
Haití	80	47
México	65	5
Perú	57	16

Tomada de visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

Tabla 3

Condiciones de salud y acceso a los sistemas de salud

	Tasa de mortalidad en un año (por c/1000 pers.)		Esperanza de vida al nacer, total (años)		Tasa de mortalidad, bebés (por c/1000 nacidos vivos)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Colombia	9	5	50	73	30	17
República Dominicana	9	6	51	73	68	23
Ecuador	9	5	45	75	90	22
Guatemala	9	6	47	70	80	27
Haití	15	9	45	61	79	58
México	9	5	60	76	50	16
Perú	11	5	48	73	32	17

Tomada de visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

Tabla 3b

Condiciones de salud y de acceso a los sistemas de salud

	Tasa de mortalidad, menores de 5 años, varones (cada 1000)		Exhaustividad de la información del total de muertes (% del total de muertes informadas en relación con el total de muertes estimadas)		Prevalencia de VIH, total (% de la población entre 15 y 24 años de edad)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Colombia	30	22	15	71	0	1
República Dominicana	40	30	22	55	0	1
Ecuador	42	28	33	86	0	0
Guatemala	60	37			0	1
Haití	104	82	40	92	0	2
México	55	21	46	100	0	0
Perú	62	24	18	59	0	1

Tomada de visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

Tabla 3c

Condiciones de salud y de acceso a los sistemas de salud

	Tasa de mortalidad, menores de 5 años, mujeres (cada 1000)		Neonatos protegidos contra el tétanos (%)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Colombia	30	17	10	78
República Dominicana	34	26	10	86
Ecuador	30	23	10	73
Guatemala	38	32	10	71
Haití	84	73	5	50
México	27	17	15	87
Perú	28	21	10	67

Tomada de visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

Tabla 3d

Condiciones de salud y de acceso a los sistemas de salud

	Casos notificados de paludismo (por 100,000 habitantes)		Mejora de las instalaciones sanitarias (% de la población con acceso)		Mejora de las instalaciones sanitarias, sector rural (% de la población con acceso)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Colombia	5	394	15	77	6	61
República Dominicana	6	46	20	83	9	74
Ecuador	8	63	30	92	10	84
Guatemala	5	184	25	78	9	70
Haití	7	1.891	5	17	1	10
México	8	3	5	83	16	74
Perú	11	478	15	69	2	35

Tomada de Visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

Tabla 3e

Condiciones de salud y de acceso a los sistemas de salud

	Mejora de las instalaciones sanitarias, sector urbano (% de la población con acceso)		Embarazadas que reciben atención médica prenatal (%)		Tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA) (% de niños menores de 5 años que son llevados a un prestador de salud)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Colombia	37	82	21	97	1	
República Dominicana	18	87	7	93	2	
Ecuador	56	96	19	96	1	
Guatemala	25	87	7	94		

Tomada de visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

	Mejora de las instalaciones sanitarias, sector urbano (% de la población con acceso)		Embarazadas que reciben atención médica prenatal (%)		Tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA) (% de niños menores de 5 años que son llevados a un prestador de salud)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Haití	19	24	4		1	
México	28	86	10		2	
Perú	25	80	15		0	

Tomada de visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

Tabla 4

Condiciones de educación

	Tasa de alfabetización, total de adultos		Tasa de alfabetización, mujeres jóvenes (% de mujeres entre 15 y 24 años)		Tasa de alfabetización, varones jóvenes (% de varones entre 15 y 24 años)		Alumnos que pasan a la escuela secundaria (%)	
	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional	Comunidades	Nacional
Colombia	70	92	50	98	68	98	58	96
Ecuador	70	91	68	98	68	99	25	96
Guatemala	40	77	37	85	40	88	18	80
México	70	95	58	98	70	98	9	62

Tomada de visitas a las comunidades marginadas y aisladas, líneas de base de los proyectos y base de datos del Banco Mundial (2015).

Referencias

- AECID. (2010). *III Plan director de la cooperación española 2009-2012*. Madrid, España. AECID. Recuperado de: http://www.aecid.es/galerias/publicaciones/descargas/libro1_PlanDirector_LR.pdf
- Alpert, E. (2009). *Making Investments in Poor Farmers Pay: A review of evidence and sample of options for marginal areas*. Washington: Oxfam America.
- Altieri MA. (2002). *The science of natural resource management for poor farmers in marginal environments Agriculture, Ecosystems and Environment*. *Agroecology*. 93, 1-24.
- Altieri, MA. y Nicholls, C. (2008). *Los impactos del cambio climático sobre las comunidades campesinas y de agricultores tradicionales y sus respuestas adaptativas*. *Agroecología*. 3, 7-28.
- Castles, S. (2004). *Confronting the Realities of Forced Migration*. Refugee Studies Centre, University of Oxford, 2.
- Banco Mundial BM, (2015). Base de datos. Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/>
- Banco Mundial BM, (2015). Indicadores. Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MALN.ZS>
- CIDEAL, (2012). Fundación CIDEAL de Investigación y Cooperación. Madrid: CIDEAL.
- Elías, J. (2013, Julio 2). *Crece el número de niñas embarazadas en Guatemala*. El País. Recuperado de: http://internacional.elpais.com/internacional/2013/07/02/actualidad/1372725126_317744.html

FAO, (2009). *Síntesis de la tercera cumbre mundial sobre seguridad alimentaria*. Roma: FAO.

Giuliani, A. (2007). *Developing Markets for Agrobiodiversity: Securing Livelihoods in Dryland Areas*. Londres: Earthscan Publications.

Hazell, P.B.R. (2007). *Development Strategies for Less-Favored Areas*. Netherland: Wageningen Academic Publishers.

(P.B.R. Hazeli, Ruerd Ruben, Arie Kunvenhoven, Hans G.P. Jansen)

Herrero, S. (2016). *Caracterización de las comunidades marginadas y aisladas*. Quito: Universidad de Las Américas.

Jones PG, y Thornton PK. (2003). *The potential impacts of climate change on maize production in Africa and Latin America in 2055*.

Global Environmental Change. 13, 51-59.

Leonard, H., (1989). *Environment and the Poor: Development Strategies for a Common Agenda*. New Brunswick: Transactions Books.

Madruga, J.M., (1986). *Azúcar y haitianos en la República Dominicana*.

Santo Domingo: Ediciones MSC.

Moya, F., (1998). *The Dominican Republic: a national history*. Madrid:

Markus Wiener Publishers.

Hazell, P., (1996). *Reducing Poverty and Protecting the Environment:*

The Overlooked Potential of Less-Favored Lands. Washington: International Food Policy Research Institute.

Rosenzweig, C., y Hillel, D. (1998). *Climate change and the global harvest: potential impacts of the greenhouse effect on agriculture*. Oxford

University Press: New York.

Sebastian, K., (2009). *Mapping favorability for agriculture in low and middle income countries: technical report, maps and statistical tables*. Washington, USA. Oxfam América.

Smale, M., (2006). *Valuing Crop Biodiversity: On-Farm Genetic Resources and Economic Change*. Wallingford: CABI Publishing.

Vulnerabilidad rural en América Latina y el Caribe
se publicó en formato digital
en Quito, Ecuador,
el mes de junio de 2018,
bajo la marca


ediciones

siendo rector el Dr. Carlos Larreátegui Nardi.