

32/2016

28 de marzo de 2016

*Sergio Castillejo Pérez**

SEGURIDAD HUMANA EN EL SAHEL:
VULNERABILIDAD, INEQUIDAD
SANITARIA Y CONFLICTOS ARMADOS,
EL CASO DE MALÍ

[Visitar la WEB](#)

[Recibir BOLETÍN ELECTRÓNICO](#)

SEGURIDAD HUMANA EN EL SAHEL: VULNERABILIDAD, INEQUIDAD SANITARIA Y CONFLICTOS ARMADOS, EL CASO DE MALÍ

Resumen:

De forma general, desde una perspectiva desarrollista, Malí y los países de la región saheliana son considerados de los más pobres del planeta. Particularmente, en términos de salud, ya que un alto porcentaje de la población maliense se encuentra en situación de vulnerabilidad.

La doctrina de Seguridad Humana de Naciones Unidas comparte con el enfoque integral de la seguridad su multidimensionalidad. Siendo la salud una de sus dimensiones, el estudio de sus determinantes sociales puede contribuir a una mejor comprensión e integración con el resto de las dimensiones en la prevención de los conflictos armados.

Abstract:

In general, from a developmental perspective, Mali and the countries of the Sahel region are considered the world's poorest. Particularly in terms of health, a high percentage of the Malian population is in serious vulnerability.

UN Human Security Doctrine shares with the comprehensive approach its multidimensionality. Health being one dimension, the study of the social determinants of this can contribute to a better understanding and integration with the rest of the dimensions in the genesis of armed conflicts.

Palabras clave:

Seguridad Humana, Inequidad, Salud, Vulnerabilidad, Conflictos Armados.

Keywords:

Human Security, Inequity, Health, Vulnerability, Armed Conflicts.

***NOTA:** Las ideas contenidas en los **Documentos de Opinión** son de responsabilidad de sus autores, sin que reflejen, necesariamente, el pensamiento del IEEE o del Ministerio de Defensa.

La Política Común de Defensa y Seguridad de la Unión Europea (PSCD) propone como mejor opción estratégica en la promoción de los intereses de seguridad solventar las necesidades esenciales de los ciudadanos a lo largo y ancho del globo, especialmente en áreas de inestabilidad y pobreza.¹ Esta política se basa en el Enfoque Integral de la Seguridad o <<Comprehensive Approach,>> y se caracteriza por ser multidimensional, a su vez, esta característica es compartida por la doctrina de Seguridad Humana desarrollada por Naciones Unidas (NN.UU.).

En el presente documento, primero, se expondrán nociones teóricas sobre; los conceptos de Seguridad Humana, vulnerabilidad, inequidad sanitaria y los llamados determinantes sociales de salud junto con una exposición de la problemática de uno de los países, Malí, de la región africana del Sahel. Se continuará con la descripción de los aspectos socio-sanitarios de dicho país, y posteriormente, con el fin de profundizar en el nexo entre seguridad y salud, se contrastarán los datos con referencias académicas a los campos de estudio transversales en esta investigación, así como, las conclusiones derivadas.

MARCO TEÓRICO

Seguridad Humana

El fin de la Guerra Fría crea en el orden estratégico internacional un cambio de paradigma, que trae como consecuencia una evolución del concepto de seguridad, hasta entonces basado en el equilibrio bipolar de bloques comunista versus capitalista.

Tradicionalmente, la noción de seguridad se había relacionado más con la idea de Estado-Nación que con la ciudadanía. A raíz de los sangrientos conflictos en la región africana de los Grandes Lagos, el informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, correspondiente al año 1994, introduce en el contexto internacional el concepto de Seguridad Humana, diferenciándose en dos componentes básicos²:

En primer lugar, protección frente a las amenazas crónicas, v.gr. hambre, pobreza, represión, etc. En segundo, y último lugar, la defensa contra las alteraciones súbitas y dolorosas de la vida cotidiana, ya sea en el hogar, en el empleo o en la comunidad, v.gr.: catástrofes medioambientales, estallido de nuevos conflictos.

El informe del PNUD del año 1994 ya identificaba como amenazas generadoras de inestabilidad y empobrecimiento a las actividades económicas derivadas de los comercios

¹ GARCÍA SÁNCHEZ, I. J. (2012): “ Los aspectos humanos en la Política Común de Defensa y Seguridad en la Unión Europea.” *Instituto Español de Estudios Estratégicos*. Documento de Análisis 40/2012. pp 4 a 11.

² Ver en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf

ilícitos transnacionales, Desde una perspectiva táctico-operacional, otros estudios anteriores³ contribuyeron a reforzar esta idea.

Como consecuencia de este paradigma o fenómeno globalizador, en el orden internacional van a intervenir multitud de actores, pero será, tras los atentados del 11 S cuando el concepto de seguridad humana situará a la persona en el epicentro de las políticas de seguridad. Kofi Annan,⁴ en el informe de la asamblea general de NN. UU. para el seguimiento de los resultados de la cumbre del milenio, habla de la Seguridad Humana como el nexo de unión entre derechos humanos, seguridad y desarrollo, por lo que, el concepto de Seguridad Humana pasa de dos a tres principios rectores- *ver gráfico 1*:

- Libertad frente al miedo.
- Libertad frente a las carencias.
- Libertad para vivir una vida con dignidad.



Gráfico 1: Principios rectores de la Seguridad Humana. Tomado del informe del PNUD 2005.

Los principios rectores de la seguridad humana implican garantizar las libertades fundamentales mediante la protección frente a la vulnerabilidad de las personas ante los diversos riesgos o amenazas. En este aspecto, al igual que el << Comprehensive Approach >> se exige la cooperación de todos los actores y sectores, no sólo para proteger de las amenazas

³ LIND. NIGHTENGALE. SCHMITT. SUTTON. WILSON. (1989): " The Changing Face of War: Into the Fourth Generation." *Marine Corps Gazette*. pp 22 a 26.

⁴ ANNAN, K. (2005): " Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos." *Informe del secretario general*. 25 Marzo 2005. *Asamblea General de las Naciones Unidas*. Ver en: <http://www.un.org/spanish/largerfreedom/report-largerfreedom.pdf> (visto por última vez 2 de agosto 2015)

crónicas, sino también para facilitar estrategias de potenciamiento que sean capaces de fomentar la capacidad y la resiliencia de las comunidades.

Actualmente, al hablar de seguridad, el concepto de Seguridad Humana se relaciona con el principio de la responsabilidad de proteger, así mismo, se complementa con las nuevas tendencias de seguridad ⁵, v.gr.: Softpower (poder blando) o doctrina de las 3D (Diplomacy, Defence and Development), en el manejo de la gestión de crisis, debido a su carácter multidimensional e interdependiente en los ámbitos: Económico, alimentario, sanitario, ambiental, personal, comunitario, y político.

La configuración del panorama estratégico actual pone de manifiesto la relación intrínseca entre la asociación de los fenómenos violentos con los tráficos ilícitos. Desde este punto de partida histórico, las organizaciones criminales se han constituido como actores armados no estatales, en donde el monopolio en el uso de la violencia ha dejado de ser competencia del estado, haciendo que el concepto de seguridad humana cobre especial protagonismo en la actual era de los conflictos híbridos.

Vulnerabilidad

Cruz Roja ⁶ la define, como: << *la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y la recuperación de los mismos.* >>

- Es un concepto relativo y dinámico: Aunque generalmente se asocia con la pobreza también son vulnerables las personas en situaciones de aislamiento, inseguridad e indefensión ante riesgos, traumas o presiones.

- Es un concepto multidimensional: La exposición a riesgos por parte de las personas varía en función de su grupo social, sexo, etnia, edad y otros factores.

Pérez de Armiño ⁷ califica al concepto de vulnerabilidad como el lado B de la seguridad. El autor sostiene que la mayor parte de la población a nivel global es vulnerable a los eventos adversos en algún grado, v.gr.: catástrofes naturales, crisis financieras, conflictos armados, cambios sociales, y medioambientales, etc.

⁵ LABORIE IGLESIAS, M. (2011): " La evolución del concepto de seguridad." *Instituto Español Estudios Estratégicos*. Documento marco 05/2011. pp 2 a 9

⁶Ver en: <http://www.ifrc.org/es/introduccion/disaster-management/sobre-desastres/que-es-un-desastre/que-es-la-vulnerabilidad/> (última consulta 6 junio 2015).

⁷ PÉREZ DE ARMIÑO, C (1999): " Vulnerabilidad y desastres. Causas estructurales y debilidad en África." En HEGOA-Universidad del País Vasco: *Cuaderno de trabajo núm 24*. Vitoria-Gazteiz. 1999. pp 7 a 37.

Inequidad Sanitaria y Determinantes Sociales de Salud

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁸ entendemos por **Inequidad Sanitaria**: << *Las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarlas.*>>

Del mismo modo, la OMS entiende por **Determinantes Sociales de la Salud**:⁹ << *Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas,*>> estos se clasifican en dos grupos:

- Determinantes Proximales:

Llalonde¹⁰ enunció el modelo con 4 grupos de variables condicionantes de salud:

1. Sistema Sanitario, v.gr.: centros, RR.HH., medios económicos y materiales, tecnologías, prestación de servicios. Variables como la accesibilidad, eficacia y efectividad, centros, recursos, buena praxis, gratuidad, cobertura, etc.
2. Hábitos de vida, v.gr.: consumo de sustancias nocivas, sedentarismo, conductas sexuales de riesgo, tráfico rodado, etc. Así, uno de los principales condicionantes es el control de las enfermedades transmisibles.
3. Medio ambiente, v.gr.: contaminación ambiental por factores biológicos, físicos, químicos y psicosociales
4. La biología humana que incluye: las características de la especie, la carga genética y los factores hereditarios.

- Determinantes Distantes:

⁸ Organización Mundial de la Salud. Inequidades Sociales en Salud. Ver en: http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/ (última consulta en 2 agosto 2015).

⁹ A principios de 2005, la OMS creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, con el propósito de recoger y resumir la información científica disponible de cómo los factores sociales, el trabajo, la globalización, los servicios sanitarios, la exclusión social, el género, el ambiente urbano o el desarrollo infantil generan inequidades sanitarias en todo el mundo. El objetivo principal de dicha comisión es emitir recomendaciones políticas para la reducción de estos problemas. Ver en: http://www.who.int/social_determinants/es/ (última consulta en 2 agosto 2015).

¹⁰ Marc Lalonde, fue abogado y ministro de salud en Canadá, En 1974, publicó un documento conocido como <<informe Lalonde>>, el cual cambia radicalmente la política internacional de promoción de la salud al incidir en la necesidad de políticas de prevención.

Comparando los distintos países del mundo se observa una clara relación entre el ingreso per cápita y los indicadores de salud, por lo que, el desarrollo económico parece mejorar los niveles de salud.

Las diferencias económicas y sociales continúan determinando por mecanismos desconocidos en muchos casos las diferencias de salud entre países y entre grupos sociales en los países más desarrollados.

La Región del Sahel: Malí, como caso de estudio

El actual panorama geoestratégico nos presenta un escenario poco alentador, en donde, el continente africano se constituye como la región periférica por excelencia en la lucha global por el control de recursos. Las revueltas en el norte de África que dieron lugar a la denominada << Primavera Árabe >> han contribuido a la inestabilidad existente en su zona de influencia más próxima, el Sahel, o la también llamada frontera sur de Europa.¹¹

El Sahel¹² es una franja territorial que alcanza los 4 millones de kilómetros cuadrados y a su vez, es una área de transición entre el desierto del Sahara y la sabana subtropical. La extensión territorial comprende de Oeste a este; Senegal y Mauritania, en la vertiente atlántica africana, pasando por Mali, norte de Burkina Faso, Nigeria, Níger, Chad, norte de Sudan, Egipto meridional hasta Eritrea y Etiopía en el Mar Rojo.

Malí con una extensión geográfica el doble que la española, está poblado por 15, 5 millones de personas y ocupa el puesto 175 de entre los 187 países incluidos en el índice de desarrollo humano. La raza predominante en Mali es negra, aunque los pueblos bereberes del norte (Tuareg y Mauri) son blancos.

El idioma oficial es el francés. La mayoría (90%) de la población profesa la religión musulmana, un menor porcentaje profesa creencias tradicionales de carácter animista, y en menor medida (1%), el cristianismo.

El 65% de su territorio es tierra desértica. Su climatología está caracterizada por la presencia de dos estaciones: La *estación seca o invierno*, que se extiende de Noviembre a Mayo, sin lluvias, temperaturas máximas de hasta 55 ° c, y una humedad ambiente de hasta un 5 %. La *estación Húmeda o verano*, se extiende de Junio a Octubre, la temperatura se mantiene pero con pluviometrías propias de un clima atlántico.

¹¹ ECHEVERRÍA JESÚS, C. (2013): “ El deterioro de la seguridad en el Norte de Mali: Un desafío para la unión europea y sus estados miembros.” En Universidad Francisco de Vitoria: *Cuadernos de estudios europeos*. pp 250 a 255.

¹² Dicho término en árabe significa ribera, en clara alusión a la ribera representa con respecto a los “mares de arena” del desierto del Sahara

La climatología no sólo condiciona la actividad económica tradicional, agricultura y pastoreo, sino que también lo hace con: la organización territorial, la construcción de infraestructuras y la dispersión poblacional.

El Sahel es una zona con escasez de agua y recursos limitados; bajo estas condiciones, la vida es dura y el fuerte explota al débil, lo cual se traduce en una gran corrupción administrativa, es decir, el funcionariado (el fuerte) acapara todos los recursos a los que tiene acceso sin ningún tipo de miramiento moral y sin ningún tipo de denuncia social.¹³

Desde una perspectiva histórica, la expansión del Islam propició el dominio de las tribus nómadas del Norte, caracterizadas por el alto nivel de conflictividad y con un fuerte sustento económico basado en la ganadería. Estas se desplazaban en función de la temporada de lluvias y pastos, complementando su economía con incursiones de pillaje e invadiendo con sus rebaños los cultivos de otras tribus. La movilidad de los pastores sobre animales (camellos o caballos) les proporcionaba superioridad frente a la dispersión de las tribus sedentarias, lo cual, derivó en una jerarquía tribal, en la que, los nómadas ocupaban su cúspide.¹⁴

Posteriormente, la organización de la administración local con la colonización europea del S. XIX altera este orden, al ser, las tribus sedentarias más colaboradoras, siendo sus miembros seleccionados para ocupar puestos de funcionariado, profesorado, etc. El fin del proceso descolonizador de la metrópoli, Francia, en torno al año 1960 deja a estos países con una administración dominada por los miembros de las tribus tradicionalmente oprimidas frente a los dominadores tradicionales, que en muchos casos eran quien lideraban los movimientos independentista.¹⁵

Mali, actualmente, aunque consecuencia de los varios acontecimientos acaecidos en el inicio del año 2012, sufre una grave crisis política, humanitaria y de seguridad. Esta crisis esta derivada:

- Por una parte, el golpe de Estado del capitán Sanogo, el 21 de marzo de 2012, que derrocó al presidente de la República Amadou Toumani Touré
- Por otra parte, la rebelión tuareg del Norte iniciada a mediados de enero de 2012 y el posterior desplazamiento del *Movimiento Nacional para la Liberación del Azawad*, MNLA,¹⁶ junto con otros actores armados no estatales de carácter salafista. La caída del régimen de

¹³ FRÍAS SÁNCHEZ, C. (2014): "Algunos condicionantes operativos en el Sahel." *Revista Ejercito*. núm 884. pp 60 a 63.

¹⁴ FRÍAS SÁNCHEZ op cit pp 61.

¹⁵ FRÍAS SÁNCHEZ op cit pp 62.

¹⁶ Hacia finales del año 2011, los tuareg decidieron recurrir a la violencia para reivindicar un Estado independiente al que llaman "Azawad." Tras fundar el *Movimiento Nacional para la Liberación del Azawad*, en enero de 2012 inician una ofensiva que les dio el control de gran parte del país, al mismo tiempo que, *Al Qaeda del Magreb Islámico* (AQMI) unía sus fuerzas a estos.

Gadafi, en Libia, supuso la vuelta al norte de Mali de combatientes tuaregs integrados en las milicias del dictador libio que unido a la falta de control sobre el arsenal libio fueron determinantes en el éxito de los rebeldes independentistas.¹⁷

Primariamente, estos últimos hechos fueron determinantes en la intervención militar francesa en el país mediante la *Operación Serval*, lo que facilitó la celebración de las elecciones presidenciales que dieron la victoria al Presidente Ibrahim Boubacar Keita.

Posteriormente, la Resolución 2100 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, dio lugar a la *Misión Multidimensional Integrada de Estabilización de Naciones Unidas para Mali*, MINUSMA, una misión de mantenimiento de la paz bajo mandato de Naciones Unidas que comenzó a desplegarse a partir del 1 de julio de 2013, con una previsión de despliegue en Mali de unos 12.500 cascos azules que actúan bajo mandato del Capítulo VII de la Carta de Naciones Unidas.

Por su parte la Unión Europea puso en marcha en febrero de 2013 una misión de entrenamiento, *European Union Training Mission*, EUTM-MALI, con la finalidad de ayudar a mejorar la capacidad militar de las fuerzas armadas malienses y de crear capacidades para poder garantizar la seguridad y la soberanía del país, bajo el control de las autoridades civiles. Esta misión es parte del enfoque integral de la Política Común de Seguridad y Defensa de la Unión Europea (PCSD).

ESTADO DE LOS DETERMINANTES DE SALUD EN MALI

Determinantes Proximales

Sistema sanitario.

Desde 1990 la política de sanitaria aplicada por el gobierno de Malí está basada en el acceso descentralizado a los servicios y en la participación comunitaria. El sistema sanitario ofrece tres niveles de asistencia:¹⁸

- Atención Primaria, dividido en dos a su vez en dos subniveles:¹⁹

1. Centros de Salud Comunitarios: En 2009 eran un total de 994 centros de salud comunitarios. Ofertaban un paquete de servicios mínimos y comprendía la atención sanitaria, la prevención y las campañas de promoción de la salud (sexual, infantil y vacunación). Esta categoría también incluye centros sociales, dispensarios y centros sanitarios privados.

¹⁷ MORALEDA MARTIN-PEÑATO, M. (2013): " El pueblo Tuareg y su papel en el conflicto de Mali." *Instituto Español de Estudios Estratégicos*. Documento de Opinión 75/2013. pp 2 a 13.

¹⁸ Ver en: <http://www.sante.gov.ml/index.php/2014-11-11-12-51-38/cabinet/organigramme>

¹⁹ Ver en: <https://sistemas-sanitarios-uah.wikispaces.com/6.2+Mali>

2. Segunda asistencia o de referencia, englobaba a 59 centros, ofreciendo asistencia a los pacientes derivados de los centros de salud comunitarios.

- Nivel intermediario o asistencia de segundo nivel, con 6 hospitales públicos regionales.
- Asistencia de tercer nivel o especializada con 5 hospitales públicos y una maternidad.

La financiación del sistema sanitario por parte de las autoridades es escasa, ya que, tiene una alta dependencia de la recaudación fiscal mediante los impuestos y que, prácticamente, sólo pagan los residentes en las grandes ciudades. De este modo, el gobierno financia parcialmente a los centros de salud comunitarios, facilitando un establecimiento, un frigorífico para la medicación, una moto y material de consulta. La población es la encargada de la sustitución del material defectuoso, honorarios del personal sanitario y el pago de los de los servicios y material (medicación, instrumentos, etc.).²⁰

Cada centro comunitario dispone de un enfermero, una matrona y un auxiliar de enfermería, debiendo contar con un médico, pero por razones presupuestarias, los centros aseguran la asistencia sanitaria con un enfermero.

La Asociación de Salud Comunitaria es el organismo que gestiona los centros comunitarios. Sus fondos proceden de la financiación estatal, los habitantes, los honorarios de la asistencia sanitaria y la venta de medicación. En lo que se denomina “plan de estrategia de desarrollo”, el personal de cada centro comunitario se traslada con la moto a los pueblos de los alrededores para vacunar a los niños y llevar un control de las mujeres embarazadas.²¹

Por encima de los centros de salud comunitarios, se encuentran los centros sanitarios de referencia. Estos se encuentran en la capital de cada región y acogen a los pacientes derivados de los centros comunitarios, cuando se encuentran en un estado crítico que no puede ser solucionado en los mismos. La mayoría disponen de un quirófano donde se pueden practicar cesáreas, y apendicetomías.

Cada centro dispone de algunos médicos, varios enfermeros, un farmacéutico y una matrona. Hay servicio de ambulancias, aunque están, por lo general, bastante deterioradas. Cuando se requieren pruebas específicas, los pacientes se derivan a los hospitales regionales, ubicados en las grandes ciudades. Estos suelen estar disponer de un equipo de radiología, ambulancias y quirófano.²²

Un 57% de la población se encuentra en el radio de 5km de un centro sanitario y un 88% en el radio de 15km.²³ La mayoría de la población sigue optando por la medicina tradicional. En el año 2013 la OMS²⁴ estimó en 0,8 el número de médicos, 4,3 el número de enfermeras y

²⁰ Ver en : <https://ieg.worldbankgroup.org/Data/reports/188presp.pdf>

²¹ Ver en: http://www.osalde.org/drupal-5.1/files/Documentos/COOPERACION/Viaje_mali_2009.pdf

²² UNIVERSIDAD DE ALCALÁ. Opus citatum.

²³ UNIVERSIDAD DE ALCALÁ. Opus citatum.

²⁴ Ver en: <http://www.who.int/countries/mli/es/>

una cama hospitalaria por cada 10.000 habitantes, en comparación 2,3, 12 y 2 respectivamente con la media regional africana.

Así mismo, se estimó un número de nacimientos vivos de 723300, de los cuales, se registraron un 81 % ante la autoridad civil. El índice de fecundidad o número de hijos por mujer fue de 6,8. La tasa de Mortalidad en menores de 5 años por cada 10.000 nacidos vivos fue de 123, mientras que la Tasa de Mortalidad Materna por cada 100.000 nacidos vivos fue de 550. El riesgo de mortalidad materna durante el parto se estimó en una por cada 181 nacimientos, en comparación con Europa que se situó en 1 de cada 8000.

La cobertura de vacunación para el sarampión se estimó en torno al 68 % y para el DTP3 ²⁵ en menores de un año cercana al 80 %.

Hábitos de Vida.

El número de muertes en 2013 a consecuencia del HIV fue de 32.500 y de Malaria 86800. La tabla 1 muestra las 10 primeras causas de muerte, y su evolución desde la década de los noventa del siglo pasado.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MALI		
ENTIDAD PATOLÓGICA.	NÚMERO DE CASOS	SITUACIÓN DESDE 1990.
Infecciones Respiratorias.	17.200	AUMENTO
Enfermedades Diarreicas	13.600	ESTACIONARIO
Malaria	12.900	DISMINUCIÓN
Prematuridad	10.700	ESTACIONARIO
Accidente Cerebrovascular	8.600	AUMENTO
Asfixia y trauma periparto	8.100	AUMENTO
Malnutrición	6.800	ESTACIONARIO
Cardiopatía isquémica.	6.600	AUMENTO
Meningitis	5.900	DISMINUCIÓN
Sepsis Neonatal	5.100	AUMENTO

TABLA 1, Principales causas de mortalidad. Fuente OMS 2014.

²⁵ DTP 3: Son tres dosis de la vacuna combinación de tres patógenos , *Difteria*, *Tétanos* y *Bordetella Pertussis* (Tos ferina).

Sergio Castillejo Pérez

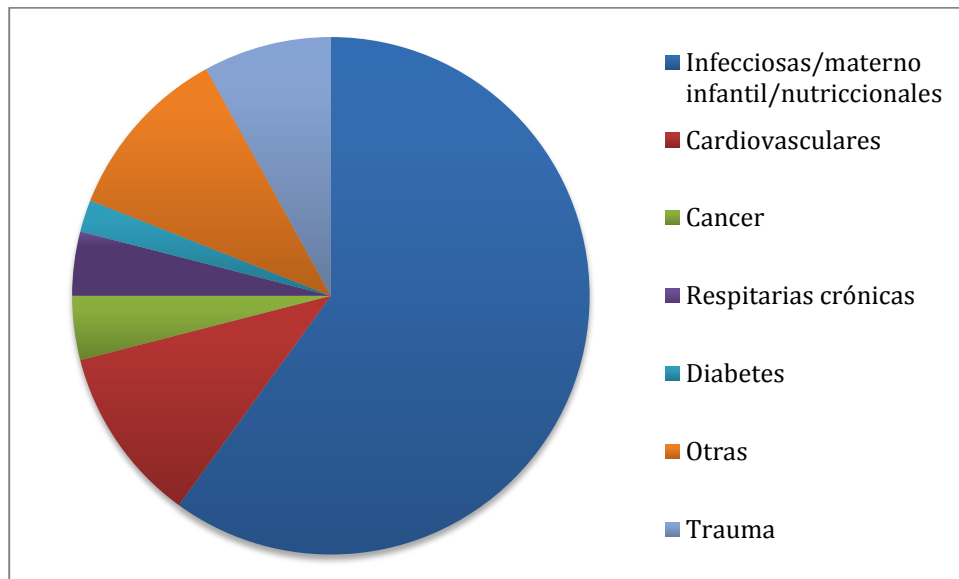


Gráfico 2. Causas de Muerte Malí. Fuente OMS 2014.

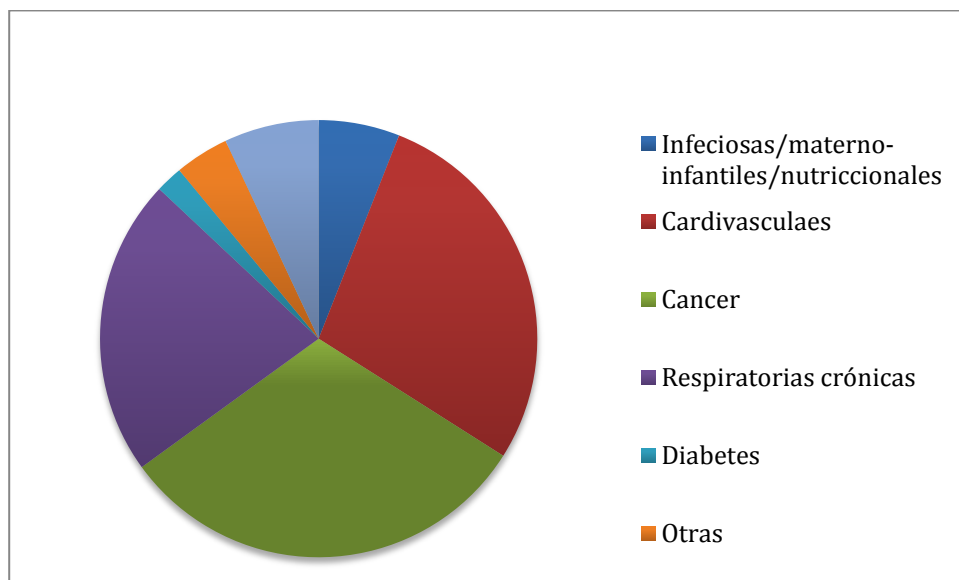


Gráfico 3. Causas de Muerte en Francia. Fuente : OMS 2015

Los gráficos 2 correspondiente a Malí y 3 a Francia ²⁶ muestran el grado de desarrollo socioeconómico atendiendo a las principales causas de mortalidad. Al observar el gráfico 2, se aprecia como las principales causas de mortalidad (60 %) son el grupo compuesto por las enfermedades infecciosas, materno-infantiles y las debidas a causas nutricionales (también denominado como enfermedades de la pobreza), correspondiendo con un patrón epidemiológico característico de los llamados países menos adelantados. Del total de las

²⁶ <http://www.who.int/countries/fra/es/> (última consulta 15 agosto 2015)

170.000 muertes registradas en Malí para ambos sexos, el 34,9% vivía en áreas urbanas y el 24,8% eran adultos (edad entre los 30 y 70 años).

Mientras que Francia (gráfico 3) presenta un perfil de país adelantado constituyendo este grupo de enfermedades (pobreza) tan sólo el 6% de las causas de mortalidad. De igual forma, entidades patológicas con altos números en Francia como las enfermedades cardiovasculares (28%) y el cáncer (31%) en Malí tienen muchísima menos significación estadística, con un 11% y un 4% respectivamente.

El consumo de alcohol (OMS 2010) por persona, expresado en litros de alcohol al año, fue para la población mayor de 15 años de 36,4 en hombres, y de 2,8 en mujeres y la prevalencia²⁷ de enfermedades relacionadas con la dependencia alcohólica se estimó en torno al 1,4% de la población masculina y al 0,1% en la población femenina, cifras muy similares a la media regional.

Los datos disponibles sobre prevención del SIDA entre los jóvenes de 15 a 24 años con múltiples compañeros sexuales como el uso del preservativo, se calculó en 38,8% para la población masculina y 7,9% para la población femenina.

Un 26% de la población masculina (OMS 2012) mayor de 15 años fuma de manera habitual frente al 2% de la población femenina.

Seguridad Alimentaria y medio ambiente.

Si bien es cierto que la alimentación puede considerarse un hábito de vida, hemos considerado que las sucesivas crisis alimentarias y nutricionales unidas al constante deterioro medioambiental (sequías de los años 2005, 2008 y 2012) en la región saheliana constituyen un determinante por sí propio.

Según la Organización para la Agricultura y la Alimentación de Naciones Unidas o *Food and Agriculture Organization* (FAO): << *La seguridad alimentaria se da cuando todas las personas tienen acceso físico, social y económico permanente a alimentos seguros, nutritivos y en cantidad suficiente para satisfacer sus requerimientos nutricionales y preferencias alimentarias, y así poder llevar una vida activa y saludable.* >>

El informe de la FAO correspondiente al año 2013²⁸ sobre seguridad alimentaria en el mundo estimaba en 1,2 millones de personas (cifra cercana al 10% de la población total de Malí) en situación subnutrición. De igual forma, la población en riesgo se estimaba en el 38% (5.890.000 personas).

La dieta en el Sahel se basa fundamentalmente en hidratos de carbono, en su mayor parte, cereales (arroz, maíz, sorgo, y mijo) complementándose con productos lácteos, y en menor

²⁷ En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado

²⁸ Ver en: <http://www.fao.org/docrep/018/i3301s/i3301s.pdf> (última consulta 24 agosto 2015).

proporción féculas (yuca, ñame y batata), frutas y hortalizas. Por tanto, es una dieta pobre, carente de micronutrientes básicos y proteínas.

En Mali, la lactancia materna está generalizada pero insuficiente. De acuerdo, a los datos del Fondo Internacional para la Ayuda de Emergencia la Infancia de Naciones Unidas, *United Nations International Children Emergency Fund*, UNICEF, ²⁹ (2008-2012) la prevalencia de insuficiencia ponderal en menores de 5 años es alta, en torno al 20, 8%. La corta talla de moderada a grave se sitúa en torno al 27, 8%.

Desde la OMS se ha establecido una estrategia global de administración de sal iodada que se ha traducido en una menor incidencia de trastornos por esta carencia, aunque la cobertura todavía se sitúa en torno al 78, 9 % (UNICEF 2008-2012).

La carencia de vitamina A es otro grave problema de salud pública entre la población femenina adulta, por otra parte existe una política de administración de vitamina A en la infancia con tasas de cobertura en torno al 93 % (UNICEF 2010).

La anemia es otro problema clínico que guarda relación con la nutrición, igual que las políticas de suplementación para la vitamina A, es necesario aumentar la cobertura y alcance en suplementos de hierro, en mujeres, especialmente en el embarazo.

El acceso a agua potable guarda relación con la salud, no sólo por la ausencia de microorganismos patógenos, sino que también es una molécula esencial para la vida, por lo que su carencia complementa al concepto de inseguridad alimentaria. En este aspecto, la población que usa fuentes mejoradas de agua ronda el 56 %, mientras que la población que usa servicios de saneamiento mejorados esta en torno al 36% (OMS 2010).

Determinantes Distales

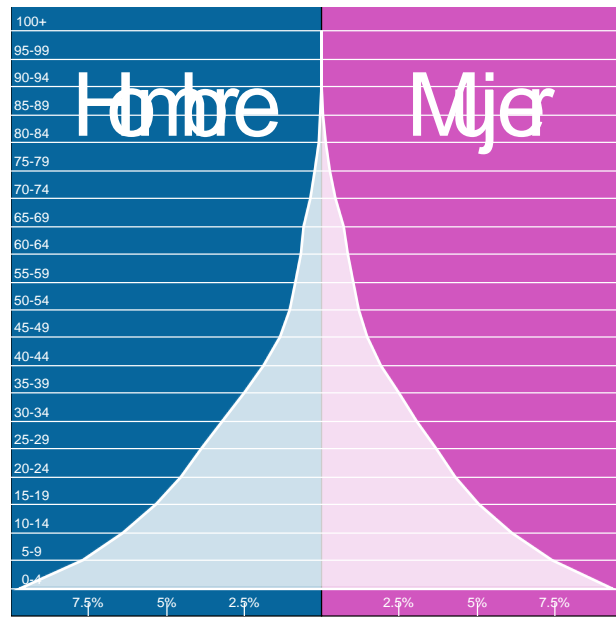
Situación Socio-Demográfica de Mali

De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013), la esperanza media de vida en Mali se sitúa en 57 años, (igual para ambos sexos) esto contrasta con los datos de su metrópoli de referencia, Francia, en donde una persona con buena salud puede llegar a sobrepasar los 80 años de vida.

El 47 % de la población maliense tiene menos de 15 años, y tan sólo el 4 % más de 60 años – tal y como describe la pirámide de población (tabla 2) en forma de pagoda, con un número muy importante de población en edades tempranas de la vida y un número reducido en edades avanzadas, al contrario que los países de orbita occidental, cuya tendencia es a estar invertida.

²⁹ Ver en: <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/mali.html> (última consulta 24 agosto 2015)

Sergio Castillejo Pérez



Enlace a este gráfico: <http://populationpyramid.net/es/mali/>

Tabla 2: Pirámide Poblacional de Mali

Según los datos del banco mundial ³⁰ (2015), la población de Mali está aumentando de forma constante en los últimos años, tal y como muestra la tabla 3, con un aumento en casi seis millones de personas en los últimos catorce años.

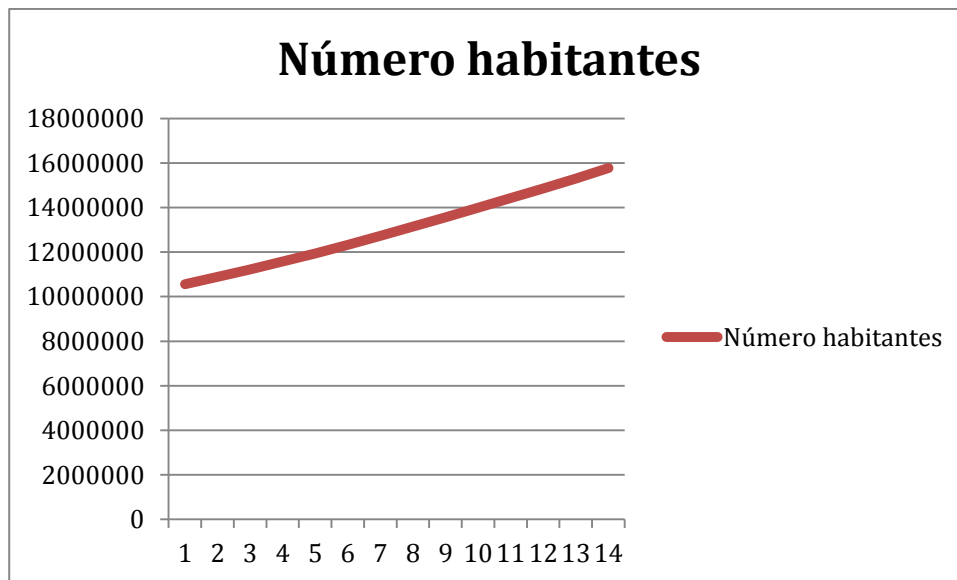


Tabla 3. Población Malí de entre los años 2001 a 2014. Fuente: Banco Mundial (2015).

³⁰ Ver en: <http://datos.bancomundial.org/pais/mali> (última consulta 25 agosto 2015).

Educación y Ocupación

De acuerdo a los datos de UNICEF, la tasa neta de matriculación en educación primaria entre los años 2008/2011 era del 67, 2 %, con una tasa neta de asistencia en torno al 60, 2% para lo varones, y un 54, 6% para las mujeres. La tasa total de alfabetización en adultos está en torno al 34%. La misma organización estimaba en un 21, 4 % de la población infantil trabaja, sin que haya diferencias significativas de género en este aspecto.

Desde el punto de vista educacional a nivel de población general, es significativo la justificación de infringir violencia a la mujer (ser golpeada como método de represión en un 87, 2% (UNICEF 2008-2012).

Economía, Renta y Distribución.

La política monetaria de Malí depende directamente del Banco Central de Estados de África del Oeste (BCEAO) e indirectamente del Banco Central Europeo ya que su moneda, el Franco CFA (del francés; *Communauté financière d'Afrique*, o Comunidad Financiera de África) está ligada al euro con una tasa de cambio fija de 655,957 francos CFA por euro.

Según el Banco Mundial el PIB per cápita para 2014 fue de 720 dólares americanos. La población de Mali que vive con menos de un dólar y medio al día pasó del 72 % en 1995, al 55,6 % en 2001, y al 43,6 % en 2010, no obstante, este crecimiento económico no ha sido de un modo equitativo.

La Unión Europea es el principal socio comercial. Pese a mantener fuertes vínculos con Europa, Malí ha afianzado sus lazos comerciales con países emergentes como India, Brasil, Venezuela, Malasia, Libia, y con China, especialmente. La economía maliense depende en gran parte del sector primario, en el que trabaja el 80% de su población (36 % del Producto Interior Bruto, PIB, en 2010), y en menor medida, del sector terciario (35,6% del PIB en 2010), mostrando una gran vulnerabilidad a las variaciones medioambientales, así como, la variación en el precio de las materias primas.

El índice de Gini ³¹ para Mali (2006) es 0.39, lo que da idea de la homogenización de la población. La atención sanitaria especializada en el parto entre las mujeres situadas en el 20% con más riqueza de la población fue del 90,3%, frente a las cifras de .las parturientas situadas en el sector del 20% más pobre que fue del 31, 4%. Según UNICEF (2008-2012) el porcentaje de gasto militar fue del 1,8% del PIB frente 3,1% en salud y el 4, 8% en educación.

Inmigración.

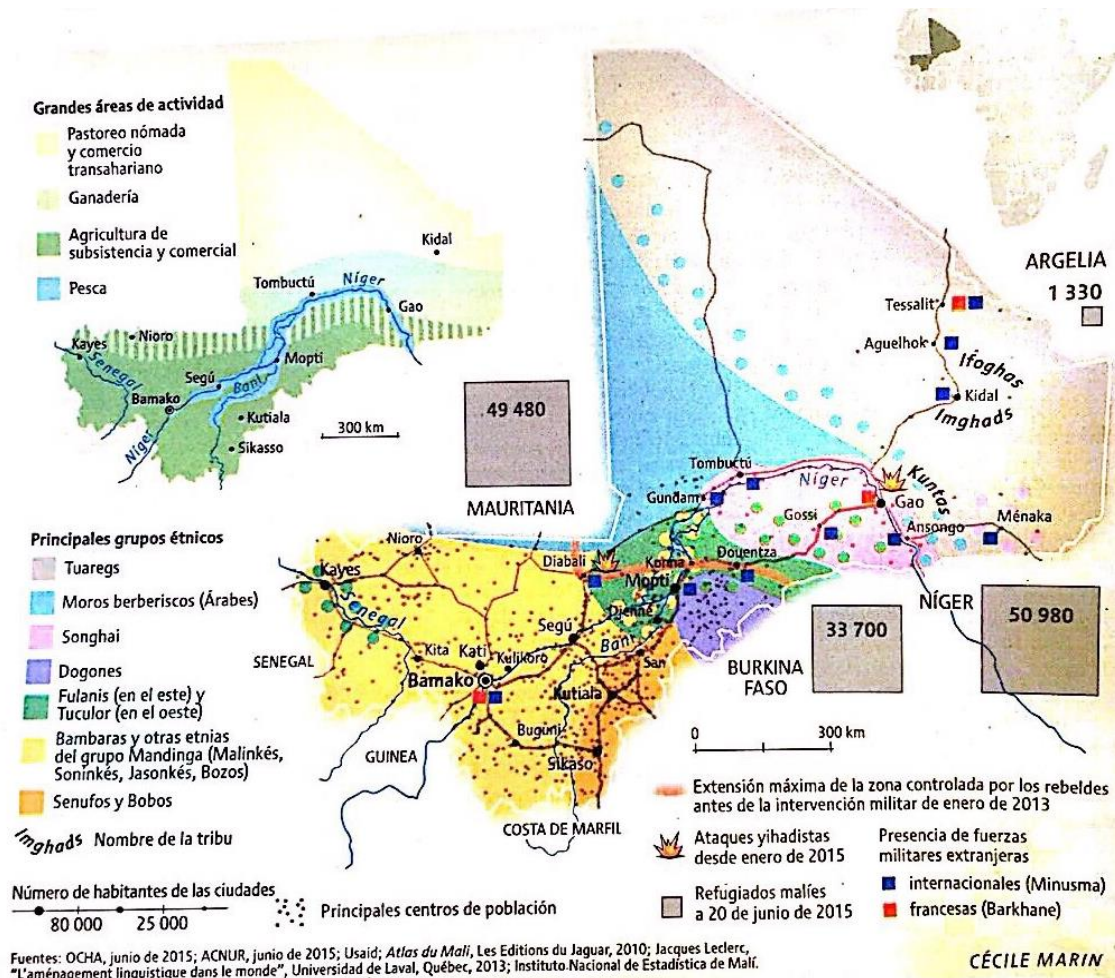
Según datos del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR, se estiman en más de 100.000 personas el número de desplazados internos en Mali, mientras

³¹ El índice de Gini mide como la distribución de ingresos entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa. Así, un valor en el índice de Gini de 0 representa una equidad perfecta, mientras que un valor de 1 se corresponde una inequidad perfecta.

Sergio Castillejo Pérez

que más de 137.500 personas se encuentran como refugiados en países limítrofes como Mauritania, Níger, Burkina Faso y Argelia.³²

En el mapa 1 muestra claramente sobre el territorio de Malí la relación entre las áreas de conflicto en función de distribución en base a la etnia de pertenencia y las actividades económicas asociadas.



Mapa 1: Distribución étnica y números de refugiados. Fuente: *Le Monde diplomatique*. Julio 2015.³³

³² <http://www.europapress.es/internacional/noticia-violencia-norte-mali-deja-casi-60000-desplazados-20150529191328.html> (última consulta 31 de julio 2015)

³³ BERTRAND, D. (2015): "El riesgo de fragmentación en Malí." *LE MONDE diplomatique*. Edición impresa en español Julio 2015. pp 20

SEGURIDAD HUMANA: EL NEXO ENTRE VULNERABILIDAD, INEQUIDAD SANITARIA, Y CONFLICTOS ARMADOS

Hemos observado como la monitorización de los determinantes sociales de salud nos informa sobre el grado de vulnerabilidad en una determinada comunidad. De igual forma, el estado de salud también va estar fundamentado por la política en materia de Salud Pública presente en esa comunidad o grupo humano y a su vez, estas políticas, también van a depender de estos determinantes sociales que justifican la desigual distribución (inequidad) en el poder económico y social existente a nivel interestatal.

Como afirma Núñez ³⁴ la doctrina de Seguridad Humana todavía cuenta con importantes limitaciones sociales, y políticas, no sólo a nivel local y regional, sino también, a nivel de organismos multilaterales y sugiere, al contrario que el pensamiento de Clausewitz, *que* la guerra no es la política ejercida por otros medios sino el fracaso de esta. Siguiendo esta línea de pensamiento, Roses ³⁵ manifiesta la relación entre seguridad humana y salud pública, situando a la primera como un paradigma emergente que permite identificar vulnerabilidades globales.

Mackenbach ³⁶ se atreve a afirmar la persistencia en Europa, paladín del Estado del Bienestar, de inequidades en salud, calificándolo como paradójico. Sobre esta tesis, el autor plantea la necesidad de transformar la estructura económica y política a nivel interestatal, es decir, los desequilibrios de poder y de recursos económicos sobre los que se fundamenta la sociedad europea. Sin dichos cambios no parece que sea posible reducir las inequidades en salud. A juicio del autor, la reducción de estas desigualdades debería constituir una prioridad en la agenda política de cualquier gobierno y administración pública.

El índice de evaluación propuesto para la medición de la desigualdad por Wilkinson & Pickett,³⁷ entre sus indicadores identifica variables como; el número de homicidios y encarcelamientos, resultados educativos, esperanza de vida, número de embarazos en la adolescencia, la obesidad y la mortalidad infantil. Estos indicadores son usados por especialistas en salud pública para estimar la vulnerabilidad

³⁴ NÚÑEZ VILLAVERDE, J. (2007): "Seguridad humana, recuperando un concepto necesario." *Instituto de Estudios de Conflictos y Acción Humanitaria*. pp 7-29.

³⁵ ROSES PERIAGO, M. (2012): "Seguridad humana y Salud Pública." *Revista Panamericana de Salud Pública*. pp 351 a 353

³⁶ Mackenbach, J. (2012): The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine* 75. pp 761-769.

³⁷ PICKETT, K.E. y WILKINSON. R.G. (2015): "Income inequality and health: a causal review." *Social Science and Medicine*. pp 316 a 326.

Por su parte Galobardes³⁸ identifica como indicador de la salud de un país al nivel educativo de su población, concluyendo que los malos índices de salud se corresponden con niveles educativos más bajos.

De igual forma Sanahuja³⁹ establece los vínculos entre la pobreza y los conflictos armados, concluyendo como la pobreza y la desigualdad son problemas centrales del desarrollo socioeconómico, así como, uno de los puntos pendientes en la agenda del desarrollo y de construcción de la paz.

Yuste⁴⁰ apoyándose en informes del *International Food Policy Institute* del año 2006, expone como el hambre es causa de conflictos, afirmando que la comida es utilizada como arma de guerra, ya que los sistemas de producción destruidos y la inseguridad alimentaria son la herencia del conflicto. No obstante, no hay consenso en la literatura sobre el uso de la seguridad alimentaria como arma de guerra en la región saheliana.

Sauquillo Pérez del Arco⁴¹ argumenta como, tras la fundación en 1863 de Cruz Roja, el ámbito humanitario ha evolucionado desde un rol puramente asistencial a asumir otras muchas funciones que intentan dar respuesta a crisis que son multidimensionales. Siendo su valor añadido fruto de los vínculos que se establecen entre la ayuda humanitaria y el desarrollo.

La autora, desde una perspectiva holística, define a las ONG como actores que fomentan la prevención de los conflictos al ofrecer ayuda de emergencia, y promover la rehabilitación y el desarrollo, de la mano de las poblaciones locales. El reconocimiento obtenido de la ciudadanía con la que trabajan legitima su presencia en el terreno.

Mendiguren (2009)⁴² recalca como las intervenciones en el terreno en materia sanitaria, no son inocuas y en un contexto como el maliense, con escasez de recursos y sin un sistema de seguridad social adecuado, resultaría imprescindible un sistema de gestión eficiente y coordinado con los ya existentes, incluidos los del exterior, combinando esfuerzos tanto de los inmigrantes como de los actores de la cooperación al desarrollo.

³⁸ GALOBARDES, B. (2006): "Indicators of socioeconomic position". *Journal of Epidemiology Community Health*. pp 7 a 12.

³⁹ SANAHUJA PERALES, J.A. (2012): "La pobreza y la desigualdad como potenciadores del riesgo de conflictos violentos." En Instituto Español de Estudio Estratégicos: *Los potenciadores del riesgo. Cuaderno de Estrategia 153*. Cap 3. pp 110 a 132.

⁴⁰ YUSTE ECHARREN, P. (2013): "Hambre y conflicto." En Instituto Español de Estudio Estratégicos: *Seguridad alimentaria y seguridad global. Cuaderno de Estrategia 161*. Cap 6. pp 200 a 208

⁴¹ SAUQUILLO PEREZ DEL ARCO, F. (2010): "La otra cara en la resolución de conflictos: las ONG." En Instituto Español de Estudios Estratégicos & Centro Nacional de Inteligencia: *Cuaderno de Estrategia 147. Actores no estatales y la seguridad Internacional: Su papel en la resolución de conflictos y crisis*. Cap 3. pp 142-170.

⁴² MENDIGUREN, B. (2009): "Los sistemas médicos en Malí en zona de migración: interacciones pasadas y presentes entre lo global y lo local." *Relaciones Internacionales*. núm. 12. pp 196-210.

En este aspecto, pero en el ámbito europeo, Villalonga ⁴³ concluye en su estudio que las medidas de cohesión social, incluidas aquellas manifestaciones informales como son las asociaciones comunitarias, son determinantes en el capital social de una población.

Considerando la política de igualdad de género como un concepto central en la políticas de cohesión social compartida por la agenda del desarrollo, Cebada ⁴⁴ denuncia la violencia sexual ejercida durante el reciente conflicto de Malí y apoya la lucha de estas mujeres para no dejar impunes estos crímenes tras las conversaciones de Argel ⁴⁵.

En un informe de evaluación del Instituto Elcano del año 2014 ⁴⁶ sobre los riesgos y oportunidades de carácter estratégico en las zonas africanas de influencia para España a corto plazo, se aborda el tema de la seguridad medioambiental en la franja Saheliana mediante un enfoque de vulnerabilidad, en el que se combinan; los riesgos medioambientales (inundaciones, sequías, incendios, etc) con otros asociados a la gobernanza, densidad poblacional, y los sectores que promueven la resiliencia en la población (salud, educación, acceso a agua y alimentos).

Castellón ⁴⁷ aclara como la *Reforma del Sector de la Seguridad (RSS)* es una herramienta disponible de gran valor para la comunidad internacional al abordar el concepto de Seguridad Humana, contribuyendo a la buena gobernanza y la ruptura del círculo vicioso entre: conflicto, pobreza, corrupción y delito.

Según Alkire: ⁴⁸ << *La seguridad humana en su sentido más amplio abarca mucho más que la ausencia de conflictos violentos. Abarca los derechos humanos, el buen gobierno, el acceso a la educación y cuidado de la salud y la garantía de que cada individuo tiene oportunidades y opciones para cumplir con su propio potencial. Cada paso en esta dirección es también un paso hacia la reducción de la pobreza, lograr un crecimiento económico y la prevención de conflictos.* >>

⁴³ VILLALONGA OLIVES, E. (2015): "The measurement of social capital." *Gaceta Sanitaria*. pp 62 a 64.

⁴⁴ CEBADA ROMERO, A. (2014): "La violencia sexual en el conflict de Malí. La mujer como víctima y como protagonista de la lucha contra la impunidad" *Anuario Español de Derecho Internacional*. Vol 30. pp 47 a 86.

⁴⁵ Ver en: <http://mundonegro.com/mnd/16-07-2014/comienzan-conversaciones-argel-para-resolver-conflicto-norte-mali> (última consulta 3 septiembre 2015)

⁴⁶ VV.AA. y ARTEAGA MARTÍN, F (coord) (2014): España mirando al Sur: del Mediterráneo al Sahel. Real Instituto Elcano núm 18. pp 73 a 90

⁴⁷ CASTELLÓN MORENO, J. y OREJA AGUIRRE, M. (coord.) (2008): " Qué entendemos por reforma del sector de la seguridad". En Instituto Español de Estudios Estratégicos: *La reforma del sector de la Seguridad: El nexo entre el desarrollo, la seguridad y el buen Gobierno. Cuaderno de Estrategia 138*. pp 19 a 31.

⁴⁸ ALKIRE, S. (2003): "A conceptual framework for human security " 2004. *Working paper Human security and ethnicity University of Oxford*. pp 14.

CONCLUSIONES

Los datos expuestos y los diversos análisis demuestran la relación entre vulnerabilidad en salud, seguridad y conflictos armados, destacándose, como potenciadores de los conflictos armados, los siguiente hechos:

- La alta prevalencia de las llamadas enfermedades de la pobreza.
- Malos resultados en los indicadores de salud materno-infantil, al ser considerados datos precisos a la hora de analizar el sistema de salud en términos de acceso, calidad, y disponibilidad de recursos.
- La Seguridad Alimentaria y el deterioro medio ambiental en la región como determinantes de inestabilidad socio-económica.
- La mujer como el elemento clave de la sociedad africana, ya que el círculo pobreza-enfermedad se agudiza, especialmente, en el caso de las mujeres.

No es un hecho tautológico aseverar que las vulnerabilidades en salud presentes en la población maliense le confieren un grado importante de inequidad socio-económica, agravada por los fenómenos de terrorismo y comercios ilícitos, aumentando dicha vulnerabilidad y fomentando la inseguridad en la rutina cotidiana, lo cual, mina su desarrollo y estabilización como sociedad.

La doctrina de Seguridad Humana, como herramienta de conocimiento, suma sinergias al enfoque integral ante posibles intervenciones que requieran un mayor abordaje cultural y antropológico, al reforzar las capacidades para la prevención de los conflictos armados por abordar en conjunto tanto el individuo como su comunidad.

i

*Sergio Castillejo Pérez**
Instituto Mixto de Investigación Biosanitaria de la Defensa

*NOTA: Las ideas contenidas en los **Documentos de Opinión** son de responsabilidad de sus autores, sin que reflejen, necesariamente, el pensamiento del IEEE o del Ministerio de Defensa.