



LINEA DE BASE EN TEMAS DEL SECTOR ■ SALUD DE PROVINCIAS DE LA FRONTERA NORTE DEL ECUADOR



MINISTERIO DE SALUD
PÚBLICA DEL ECUADOR
SALUD AMBIENTAL



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

COMISION EUROPEA



Ayuda Humanitaria

CRÉDITOS

Grupo Recopilador de Documento Base:

- Dr. Milton Gross Albornoz
- Dr. Carlos Terán Puente
- Dr. José Terán Puente

Comité Editorial

- Dra. Judith Cazares, Coordinadora del Sub - Proceso de Planificación MSP
- Dra. Eulalia Narváez, Sub - Proceso de Epidemiología MSP
- Dr. José Antonio Campos, Coordinador del Sub-proceso de Movilización de la DIPLASE, MSP
- Dr. Víctor Aráuz, Profesional Nacional OPS/OMS, Ecuador
- Dra. Caroline Chang, Profesional Nacional OPS/OMS, Ecuador
- Dr. Alvaro Campo, ASC OPS/OMS Ecuador
- Dr. Miguel Machuca, Consultor OPS/OMS Ecuador

Agradecimientos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) agradece y reconoce los aportes de las personas e instituciones que participaron en la elaboración de los contenidos, revisión y validación de la Línea de base en Salud de las Provincias de la Frontera Norte del Ecuador.

Resaltamos el valioso aporte de los profesionales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y del equipo consultor para recolección de la información.

Asistencia Técnica y Financiera

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO)

Para citas y referencias bibliográficas:

Organización Panamericana de la Salud
"Línea de base en Salud de las Provincias de la Frontera Norte del Ecuador"
Quito, Ecuador: OPS c 2006.

Esta publicación se realiza en el marco del proyecto para el fortalecimiento del sector salud para la atención a la población refugiada que se ejecuta en las provincias de Frontera Norte del Ecuador con el apoyo financiero de la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO).

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas y denominaciones empleadas en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la OPS/OMS ni de ECHO.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, total o parcialmente, esta publicación, siempre que no sea con fines de lucro. Las solicitudes deben dirigirse a la Representación de OPS/OMS en Ecuador:

OPS/OMS - Ecuador
Amazonas No. 2889 y Mariana de Jesús, Quito, Ecuador.
Tel: (593-2) 2460-330/332/296 Fax: (593-2) 2 460 325
email@ecu.ops-oms.org

Diseño e Impresión

- Imprenta ACTIVA 2562-421
- 

LINEA DE BASE EN SALUD DE LAS
PROVINCIAS DE LA FRONTERA
NORTE DEL ECUADOR

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública en el fundamento de su Política de Salud viene promoviendo la exigibilidad del Derecho a la Salud de todos los habitantes del territorio ecuatoriano. Se concentra y apuesta a la coordinación interinstitucional, la descentralización y a la cooperación intersectorial, para mitigar los riesgos reduciendo su vulnerabilidad. Privilegia la participación comunitaria como ente de primera respuesta y como favorecida directa de los beneficios de la interacción basada en atender la demanda real y sentida de la población

Para este fin, el Ministerio de Salud Pública, mediante Acuerdo Ministerial 526 de Junio de 2004, crea la Red de Servicios de Salud para Atención de Emergencias y Desastres, como instrumento para fortalecer el Sector Salud en estos preparativos, que a su vez proveen y prevén el mejoramiento de la capacidad de respuesta de las unidades de salud no sólo en situaciones de emergencias y desastres, sino en la cotidianidad.

El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Planeamiento para la Seguridad Nacional (DIPLASEDE) con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud en Ecuador, y en coordinación con otras agencias del Sistema de Naciones Unidas, así como actores locales del Sector Salud, y la amplia participación de las comunidades con sus líderes y autoridades, han desarrollado desde el 2002 el “Proyecto de Fortalecimiento del Sector Salud en los Preparativos para la Atención de Población Refugiada en las Provincias del Ecuador Afectadas por el Conflicto Armado de Colombia”.

Mediante el Acuerdo Ministerial 1187 se fundamenta el ejercicio de los derechos en salud de los refugiados, y propicia la incorporación de su registro en el Sistema Único de Información del Ministerio de Salud Pública.

Con el apoyo financiero de la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO), en el Período 2005-2006, se ejecuta una V fase del Proyecto antes mencionado en el cual bajo el marco del Convenio Binacional de Salud Ecuador- Colombia, se plantea el desarrollo del diagnóstico de salud y levantamiento de información sanitaria ambiental de las provincias fronterizas del norte del país para lo cual se establece la Línea de Base de Frontera Norte.

Este documento describe los aspectos generales del contexto, información sobre daños y riesgos a la salud, algunas de las respuestas del sector salud en la Frontera Norte, lo cual facilitará evaluar el impacto de las intervenciones y desarrollo de los proyectos que se ejecutan y ejecutarán en el cordón fronterizo y provincias de frontera norte, y planificar coherentemente las acciones de salud para mejorar los indicadores y la calidad de vida de la población fronteriza.

Nuestro agradecimiento a la comunidad fronteriza, que sin su participación y esfuerzo no hubiera sido posible el trabajo realizado por los actores locales de salud, a los técnicos de las áreas de Epidemiología, Planificación, DIPLASEDE y Direcciones provinciales de salud de Carchi, Imbabura, Sucumbíos y Esmeraldas del MSP que intervinieron en el desarrollo de la línea de base, A la OPS/OMS por su permanente apoyo técnico y a Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO) por el apoyo financiero.

Dr. Guillermo Wagner Cevallos
Ministro de Salud Pública



INDICE

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA NORTE

7

LA POBLACION REFUGIADA

33

CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE
SALUD Y VIDA DE LA POBLACION REFUGIADA
EN LAS PROVINCIAS DE LA FRONTERA NORTE

40

BIBLIOGRAFIA

58

CAPITULO I:

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA NORTE

ASPECTOS SOCIALES, DEMOGRÁFICOS Y
ECONÓMICOS DE LAS PROVINCIAS DE LA
FRONTERA NORTE DE ECUADOR: ESMERAL-
DAS, CARCHI, SUCUMBÍOS E IMBABURA.

Territorio y división administrativa

Esmeraldas, Carchi, y Sucumbíos son provincias ecuatorianas que limitan con Colombia en forma transversal a lo largo de 586 Km. y forman parte de lo que se conoce como la frontera Norte del Ecuador. La provincia de Imbabura, sin limitar con Colombia, es parte de esta región por ser receptora importante de la población colombiana. Estas cuatro provincias se encuentran subdivididas en 26 cantones, 39 parroquias urbanas y 144 rurales; y ocupan una extensión de 42.251 Km², que representa el 16,5% del total del territorio nacional.(INEC)

CUADRO I: DATOS POLITICO-ADMINISTRATIVOS DE LAS PROVINCIAS
DE FRONTERA NORTE (2003)

	TOTAL PAÍS	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	SUCUMBÍOS	TOTAL % RESPECTO DEL PAÍS
Extensión territorial (Km ²)	272031	3602	4559	15573	18331	42065 (15.46%)
Densidad poblacional (Hab./km ²)	45	42	75	25	7	
Número de cantones	215	6	6	7	7	26
Número de parroquias urbanas	367	9	13	10	7	39 (10.62%)
Número de parroquias rurales	788	26	36	56	26	144 (18.27%)

FUENTE: CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA. INEC. 2001

Esta zona no constituye formalmente una región geográfica limítrofe, pero un conjunto de elementos que les afecta directa o indirectamente tales como el conflicto armado colombiano expresado como el Plan Colombia, el interés del gobierno e instituciones públicas y de desarrollo para ejecutar proyectos en beneficio de la región y temas comunes de interés ecológico-turístico, de biodiversidad, de variedad étnica y cultural, de conexión vial estratégica longitudinal (carretera panamericana) y transversal (Ibarra-San Lorenzo-Esmeraldas-Santo Domingo-Panamericana) han hecho que se configure como tal.

Diversidad étnica

La zona norte registra importante diversidad étnica, donde la población indígena y afro-descendiente tienen un peso significativo.

En Esmeraldas se encuentran las etnias indígenas Chachis, Awá y Éperas y la mayor concentración de población negra o afro-ecuatoriana del País, la misma que representa el 22.6% de la población total de la provincia. Imbabura se caracteriza por una importante población indígena, sobre todo, Kichwa (Otavalos, Karankis, Kayambis), y la presencia del pueblo Awá.

También en esta provincia, en los valles del Chota y Mira, se ubica la mayor población afro-ecuatoriana de la región Sierra. Sucumbíos alberga a varios pueblos indígenas: Siona, Secoyas, Cofán, Shuar, Huao y Kichwa de la Amazonía.



El siguiente cuadro ubica a las nacionalidades indígenas y a los pueblos indígenas de la nacionalidad Kichwa localizadas en las provincias de frontera norte, remarcando la inmensa diversidad cultural y étnica de esta región, patrimonio intangible de la misma.

**Cuadro 2: NACIONALIDADES INDÍGENAS CON ÉNFASIS EN LAS
 PROVINCIAS DE FRONTERA NORTE DEL ECUADOR, 2003**

NACIONALIDAD	IDIOMA	POBLACIÓN CENSO 2001	POBLACIÓN CENSO CODENPE 2003	LOCALIZACIÓN
Awá (Coaiquer)	Awapit	3,082	3,750	Costa: Prov. Esmeraldas, Cantón San Lorenzo, Parroquias Tululbí, Mataje y Alto Tambo Sierra: Prov. Carchi. Cantón Tulcán. Parroquias Tobar Donoso y El Chical; Prov. Imbabura, Cantón San Miguel de Urcuquí. Parroquias La Merced de Buenos Aires y Cantón Ibarra. Parroquia Lita.
Chachi	Chappala ache	8,040	457 familias en 45 centros	Costa: Prov. Esmeraldas: 3 regiones: Norte: Cantón San Lorenzo, Parroquias Tululbí, Cantón Eloy Alfaro, Parroquias San José de Cayapas, Telembí, Santo Domingo de Onzole, San Francisco de Onzole, Borbón y Atahualpa. Centro: Cantón Río Verde, Parroquias Chumundé; Cantón Quinindé, Parroquias Cube y Malimpia. Sur: Cantón Muisne, Parroquias San José de Chamanga y San Gregorio.
Epera	Siapedee 50 % de la población es bilingüe	250	250	Costa Norte, Prov. Esmeraldas, Cantón Eloy Alfaro, Parroquias Borbón y La Concepción.
Kichwas (13 Pueblos)	Kichwa	No hay datos	1,077,360+ (ver Cuadro abajo)	En los Andes, desde el Norte (Prov Carchi) al Sur (Prov Loja): Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo, Cañar, Azuay, Loja, Zamora Chinchipe.

NACIONALIDAD	IDIOMA	POBLACIÓN CENSO 2001	POBLACIÓN CENSO CODENPE 2003	LOCALIZACIÓN
A'í Cofán	A'ingae	500	728	Amazonía: Prov Sucumbíos, Cantón Lago Agrio, Parroquias Dureno y Jambelí; Cantón Cascales, Parroquias El Dorado de Cascales; Cantón Cuyabeno, Parroquias Cuyabeno; Cantón Sucumbíos, Parroquias la Bonita.
Secoya	Caicoca	380	400	Amazonia: Prov Sucumbíos, Cantón Shushufindi, Parroquias San Roque y Cantón Cuyabeno, Parroquias Tarapoa (Río Aguarico)
Siona	Paicoca	400	360	Amazonia: Prov Sucumbíos, Cantón Putumayo, Parroquias Puerto Bolívar; Cantón Shushufindi, Parroquias San Roque.
Shuar	Shuar Chicham	110,000 ien 668 comuindades	110,000	Amazonía: Prov Morona Santiago y Sucumbíos. Inmigrantes en Prov Guayas, Esmeraldas, Pichincha. Parques Nacionales: Sangay, Podocarpus, Reserva de Fauna del Cuyabeno.
Kichwa Amazónicos	Kichwa Runa Shimi	70,000	80,000	Amazonía: Prov Napo, Orellana y Sucumbios (Napo, Aguarico, San Miguel, Putumayo Ríos) Capitales urbanas provinciales de Tena, Puerto San Francisco de Orellana (Coca) y Nueva Loja, Territorio peruano y colombiano. Prov. Pastaza, urbano Puyo, y a lo largo del Pastaza, Bobonaza, Curaray, Sarayacu, Villano, Corrientes, Conambo y Ríos PindoYacu. Frontera con Perú el Este.

FUENTES: (A) CENSO 2001; (B) SIISE, CODENPE, SIDENPE, NACIONALIDADES Y PUEBLOS DEL ECUADOR. 2003

Cuadro 3: PUEBLOS INDÍGENAS DE LA NACIONALIDAD KICHWA UBICADOS EN EL ECUADOR CON ENFASIS EN LA FRONTERA NORTE, ECUADOR, 2003

PUEBLO	POBLACIÓN	PROVINCIA	ORGANIZACIÓN SOCIO-POLÍTICA
Karanki	6,360	Imbabura	49 comunidades, organizadas en Cabildos Concejos, Asambleas de Comunidad, Corporaciones y Federaciones.
Natabuela	no data	Imbabura	Concejos Mayores y del Gobernador Indígena de los Pueblos de Natabuela.
Otavalo	65,000	Imbabura	157 Comunas, forman pre-concejos de Cabildos, Cabildos y Concejos de Cabildo.
Kichwa de la Amazonía	80,000	Napo, Pastaza, Sucumbíos, Orellana	438 Comunidades, organizadas en Asociaciones, Cooperativas, Centros, Federaciones y Organizaciones provinciales.

FUENTE: CODENPEY SISTEMAS DE INDICADORES PARA LAS NACIONALIDADES Y PUEBLOS DEL ECUADOR, 2003

CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA

Esperanza de vida¹

Para el periodo inter-censal 1995- 2000 la esperanza de vida al nacer para ambos sexos en el país era de 72.31 años correspondiendo 69.65 años para los hombres y 75.11 años para las mujeres. En el quinquenio siguiente (2000-2005) la esperanza de vida al nacer para ambos sexos fue de 74.18 años alcanzando 71.30 años para los hombres y 77.20 años para las mujeres (Indicadores básicos de salud 2005. (Sistema Común de Información MSP).

La evolución del indicador a favor de las mujeres podría explicarse en parte por la reducción de la mortalidad femenina, más sensible a los avances del sistema sanitario en el país, (especialmente en lo referente a la atención del riesgo obstétrico); y por otra, al proceso de modernización del país que implica como tendencia mundial una mortalidad agregada para la población masculina a costa de accidentes de tránsito, de actividad industrial, etc.

Estas cifras de esperanza de vida son un promedio nacional estimándose que la esperanza de vida es de hasta quince años menos en las provincias más deprimidas del país, lo que de plano incluiría a las provincias de la región de frontera norte.

Esta estimación significaría que la esperanza de vida al nacer para ambos sexos en la región oscilaría alrededor de 59.18 años alcanzando 56.30 años para los hombres y 62.20 años para las mujeres.

¹ Ecuador, Proyecciones de población 1959-2025. INEC-CEPAL en Indicadores básicos de salud 2005. Sistema Común de Información MSP

Otros indicadores referenciales de la dinámica demográfica del país² tienen que ver con:

- La esperanza de vida sana (EVAS)³ que en los hombres es de 13.2 años y en las mujeres de 15.2 años.
- La pérdida previsible de años de vida sana al nacer en los hombres es de 8.1 años y en las mujeres de 9.4 años.

Población y dinámica poblacional

Según los resultados del Censo Nacional de noviembre de 2001, la población del Ecuador fue de 12.090.804 habitantes; 49,6% correspondió a hombres y 50,4% a mujeres; 61,0% de esta población habitaba en zonas urbanas y 39,0% en las rurales.

La población total del Ecuador para el año 2004 llega a los 13.2 millones de habitantes (base datos Naciones Unidas/Proyección de la población 2005 por provincias, cantones y parroquias según grupos programáticos. Sistema Común de Información MSP).

La tasa anual de crecimiento poblacional del país estimada entre 1992-2002 es de 1.8. La tasa anual de crecimiento poblacional medida entre (2000-2005) es de 2.3.

La población total de las cuatro provincias de la frontera norte, de acuerdo con el censo de 2001, es de 1.011.131 habitantes, lo que representa el 8.3% de la población del país.

La proyección de población para las 4 provincias de la frontera norte, al 2005, según el Sistema Común de Información del MSP es de 1.119.550 habitantes, lo que representa un crecimiento porcentual de 9.68% (108.419 habitantes) para el período.

Cuadro 4: POBLACIÓN Y CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO 2001-2005

	POBLACION TOTAL 2001	POBLACION TOTAL 2005	CRECIMIENTO ABSOLUTO	CRECIMIENTO PORCENTUAL
CARCHI	152.939	162.797	9.858	6.06
IMBABURA	344.044	380.602	36.558	9.61
ESMERALDAS	385.223	423.564	38.341	9.05
SUCUMBIOS	128.925	152.587	23.662	15.51
	1.011.131	1.119.550	108.419	9.68

FUENTE. SISTEMA COMÚN INFORMACIÓN MSP 2005

² ENCUESTA ENDEMAIN 2004. CEPAR.

³ Representa el número equivalente de años de perfecta salud que puede preverse que vivirá una persona de 60 años a tenor de las tasas de mortalidad del momento y de la distribución de la prevalencia de los distintos estados de salud en la población.

En la región de frontera norte, el 44.5% de la población es urbana y el 55.5% es rural (INEC, 2001), distribución opuesta al patrón de asentamiento del Ecuador en su conjunto.

En el periodo 2000-2005, la provincia de mayor población es Esmeraldas, mientras que la de menor número de habitantes es la provincia amazónica de Sucumbíos que, sin embargo tiene el mayor crecimiento porcentual (15.51%), a pesar de haber experimentado históricamente un evidente proceso de aislamiento, sólo superado a propósito de los procesos de colonización por la explotación petrolera.

Su proceso de crecimiento demográfico es el más rápido de la región, mostrando apenas una diferencia en menos de 10.000 habitantes respecto de la provincia del Carchi que, por el contrario, muestra el menor crecimiento demográfico porcentual, a pesar de haber contado históricamente con elementos favorecedores del crecimiento demográfico como su ubicación estratégica, conexión vial, turismo, procesos sostenidos de intercambio comercial de frontera, consolidación de familias con población colombiana, entre otros.

**Cuadro 5: INDICADORES DEMOGRAFICOS Y DE DINAMICA POBLACIONAL
 DE LAS PROVINCIAS DE FRONTERA NORTE - ECUADOR, 2001**

INDICADORES DEMOGRAFICOS	TOTAL PAÍS	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	SUCUMBIOS
Población total	12.156.608	152.939	34.044	385.223	128.995
Población urbana	7.431.355	72.152	172.214	156.611	50.198
Porcentaje de población urbana (%)	61.1	47.2	50.1	40.7	38.9
Población rural	4.725.253	80.787	171.830	228.612	78.797
Porcentaje de población rural (%)	38.9	52.8	49.9	59.3	61.1
Tasa de crecimiento poblacional 1990-2001 (%)	2.1	0.7	2.4	2.1	4.7
No. de años para duplicarse la población	33	100	29	33	15

FUENTE: CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA. INEC. 2001.

Estructura de la población

Cuadro 6. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN EN PROVINCIAS DE LA FRONTERA NORTE, ECUADOR, 2001

INDICADORES	TOTAL PAÍS	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	SUCUMBIOS
Población total	12'156.608	152.939	344.044	385.223	128.995
Población de hombres	6'018.353	75.834	167.818	197.150	70.139
Población de mujeres	6'138.255	77.105	176.226	188.073	58.856
Razón de sexo o de masculinidad	98.0	98.4	95.2	104.8	11
Población menor de 5 años	1'336.860	16.045	39.318	47.065	16.605
Población de mujeres en edad fértil (15-49 años)	3'166.593	37.706	85.396	90.850	28.876

FUENTE: CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA. INEC. 2001.

En términos de la razón hombre/mujer; Esmeraldas y Sucumbíos tienen un marcado predominio de varones, mientras las dos provincias serranas, Carchi e Imbabura, presentan un mayor índice de feminidad.

Estas tendencias opuestas se explican por los movimientos migratorios acontecidos en el país a lo largo del siglo XX, pues la Sierra ha sido la región de donde han emigrado los hombres, primero hacia la Costa para trabajar en las industrias agro-exportadoras y, luego, hacia la Amazonía para “colonizarla” o trabajar en la producción petrolera. (Camacho 2005).

Migración interna y externa

Cuadro 7. PROCESOS MIGRATORIOS EN LAS PROVINCIAS DE LA FRONTERA NORTE, ECUADOR, 2001

INDICADORES	TOTAL PAÍS	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	SUCUMBIOS
Población total	12.156.608	152.939	344.044	385.223	128.995
Población inmigrante interna 1996-2001		7.139	17.580	22.219	17.979
Porcentaje de población migrante interna respecto de la población total		4.67	5.11	5.77	13.94
Población emigrante interna 1996-2001		14.768	18.918	38.388	11.624
Porcentaje de población emigrante interna respecto de la población total		9.66	5.50	9.97	9.01
Balance migratorio neto interno 1996-2001		-7.629	-1.338	-16.169	6.355

FUENTE: CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA. INEC. 2001.

Los procesos migratorios de las provincias de frontera norte únicamente en el caso de Sucumbíos muestran un balance migratorio neto interno positivo lo que ratifica la explosiva dinámica de crecimiento demográfico experimentado por esta provincia en el período de tiempo más corto y que se expresa en los mayores porcentajes de inmigración interna estimulados ciertamente por los procesos de explotación petrolera de las décadas anteriores.

Natalidad y fecundidad

La tasa cruda de natalidad del país fue de 22.3 por 1000 habitantes (2004). La tasa de fertilidad total fue de 2.8 (2002). El ritmo de crecimiento anual de la población en el 2001 con respecto al censo de 1990 fue 2,19%, siendo mayor la tasa de crecimiento en el sector urbano 3,0 % que en el rural 0,85% (INEC Censo 2001).

Para el periodo 1994-1999, la tasa global de fecundidad (TGF) fue de 3,3 (hijos/mujer), la proyección para el 2002-2005 (INEC) estima un promedio de 2,82 (hijos/mujer); la encuesta ENDEMAIN 2004 obtuvo TGF de 3,3 para el país, siendo mayor en el área rural con un valor de 3,9. La población de 15 a 64 años se incrementó de 56,9% a 60,1%; la población de 65 años y más pasó de 4,3% a 6,7%; esta tendencia al envejecimiento se corrobora con el incremento del promedio de edad de 24,1 años a 27,4 años.

**Cuadro 8. FECUNDIDAD GLOBAL EN PROVINCIAS DE LA FRONTERA
 NORTE, ECUADOR, 2004**

INDICADORES DEMOGRAFICOS	TOTAL PAÍS	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	SUCUMBÍOS
Tasa global de fecundidad ENDEMAIN 1989- 1994	3.6	3.8	4.4	4.7	NO DISPONIBLE
Tasa global de fecundidad ENDEMAIN 1994- 1999	3.4	3.4	3.9	4.6	PARA LA AMAZONIA 5.5
Tasa global de fecundidad ENDEMAIN 1999- 2004	3.3	2.9	3.4	3.9	4.3

FUENTE: ENCUESTAS ENDEMAIN CEPAR 89-94, 94-99, 99-04.

Según datos de la encuesta ENDEMAIN 2004, Sucumbíos presenta la tasa global de fecundidad mas alta, seguida en orden descendente por las provincias de Esmeraldas, Imbabura y Carchi. En términos de la evolución del indicador; todas las provincias muestran una tendencia a la disminución de la fecundidad global, siendo las provincias de Carchi y Esmeraldas las que presentan una mayor reducción (7 puntos).

Respecto de Sucumbíos no se puede hacer comentarios sobre el comportamiento del indicador: Solo hay datos 1999-2004. Los datos agregados que pueden servir de referencia corresponden a la tasa promedio de fecundidad para la Amazonía (4.2), que en Sucumbíos es mayor (4.3).

Según la encuesta ENDEMAIN 2004, “existen múltiples evidencias que señalan la existencia de una estrecha relación entre menores niveles de desarrollo - o situaciones de pobreza en general - y mayores tasas de crecimiento de la población, producto principalmente de la elevada fecundidad. La encuesta califica como grupos de alta fecundidad a aquellos con 4 o mas hijos y que corresponden en términos generales a poblaciones de áreas rurales, bajos niveles de instrucción, grupo étnico (mujeres indígenas) y situación socioeconómica precaria (quintil económico más pobre)”.

“Como factores que han condicionado el descenso de la fecundidad en general, se encuentran la concentración de la población en centros urbanos, la expansión de la educación y la ampliación de la cobertura de salud. Estos factores, sin embargo, no han afectado a la fecundidad en forma directa, sino a través de otras variables que a su vez inciden sobre ella. Existe consenso en señalar que, entre los determinantes próximos de la fecundidad, el más asociado en su descenso en el país es el uso de anticonceptivos”. (ENDEMAIN 2004).

A continuación se revisa la situación de estas variables determinantes de la fecundidad global: i) concentración de la población; ii) acceso a escolaridad; iii) salud sexual y reproductiva.

**Cuadro 9. DISTRIBUCION ADMINISTRATIVA DE LAS PROVINCIAS DE
FRONTERA NORTE, ECUADOR, 2001**

	TOTAL PAÍS	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	SUCUMBIOS
Número de cantones	215	6	6	7	7
Número de parroquias urbanas	367	9	13	10	7
Número de parroquias rurales	788	26	36	56	26

FUENTE: CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA, INEC. 2001.

Probablemente estos indicadores de la concentración de la población predominantemente en el área rural tienen que ver con un incremento de la fecundidad vía inequidad de género en lo relacionado a las limitaciones al acceso de información y tecnología anticonceptiva; limitaciones de acceso a la educación y al empleo; al rol de subordinación que en este entorno tradicionalmente juega la mujer y a los condicionamientos religiosos que sobre el tema de la anticoncepción tiene la iglesia católica de predominio en el sector rural. Cuando analizamos el tema de la expansión de la educación y la ampliación de la cobertura de salud particularmente de la salud sexual y reproductiva, se puede advertir el impacto de estos indicadores en la reducción del global de la fecundidad.

**Cuadro 10. ACCESO A LA ESCOLARIDAD DE LA POBLACION DE LAS
PROVINCIAS DE FRONTERA NORTE, ECUADOR, 2001**

	TOTAL PAÍS	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	SUCUMBIOS
Tasa de analfabetismo población de 10 años y + (%)	8.4	6.6	11.9	11.0	8.1
- Hombres (%)	7.2	5.2	8.8	10.9	6.8
- Mujeres (%)	9.5	8.0	14.9	11.1	9.6
Población económicamente Activa (15 años y +)	4.585.575	58.471	132.200	129.655	49.509
- Hombres	3.189.832	42.694	87.910	95.338	38.914
- Mujeres	1.395.743	15.777	44 0 .29	34.317	10.595

FUENTE: CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA, INEC. 2001.

Al desglosar el analfabetismo de las provincias de frontera por sexo, se observa consistentemente una afectación mayor de esta variable en la población femenina de las cuatro provincias de frontera, lo que consideramos abona negativamente en los ritmos de descenso de la fecundidad global de mujeres en edad fértil.

Es evidente que los niveles de escolaridad medidos a través del porcentaje de analfabetismo de la población de 10 y mas años, son mayores en las provincias afro indígenas de frontera, y menores en el Carchi; sin embargo en el análisis de género es evidente el mayor impacto del analfabetismo en las mujeres de todas las provincias; lo que ratificaría la hipótesis del efecto de esta variable en los ritmos mas lentos de disminución de la fecundidad global de estas provincias cuando se comparan con las del resto del país.

A nivel nacional, el analfabetismo entre mujeres de 10+ años de edad (30.7 %) casi duplica la tasa de los hombres (16.8 %). Las tasas más altas de analfabetismo para pueblos autóctonos corresponden a las provincias de la Sierra en donde para Carchi se reporta un (34.1%), el porcentaje mas alto, y para Imbabura, que ocupa un quinto puesto, se habla de un (29.8%). Estas provincias albergan a un gran porcentaje de población de indígenas Kichwa del Ecuador.

Cuadro 11. ESCOLARIDAD EN PROVINCIAS DE LA FRONTERA NORTE DEL ECUADOR, 2001

Años de escolaridad población de 24 años y + (%)	TOTAL PAÍS	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	SUCUMBIOS
- Hombres (%)	7.5	6.1	5.8	5.2	6.3
- Mujeres (%)	7.1	5.7	5.1	5.2	5.1

FUENTE: CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA. INEC. 2001.

Cuando se analiza los años de escolaridad en el grupo de 24 años y más, la media para las mujeres en la región es de 7.1 años en comparación con 7.5 años en promedio para los hombres de la región, con lo que se ratifica la relación inversa entre escolaridad y fecundidad global.

La situación descrita orienta a la necesidad de realizar mayores esfuerzos para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM2 “Lograr la enseñanza primaria universal y ODM 3 Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer”).

Cuadro 12. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA POBLACION DE MUJERES DE LAS PROVINCIAS DE FRONTERA NORTE, ECUADOR, 2004

	TOTAL PAÍS	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	SUCUMBIOS
Edad promedio a la primera relación sexual	19.0	18.8	18.7	17.7	17.6
Edad promedio al primer nacimiento	21.4	20.9	21.5	19.3	19.5
Uso de métodos anticonceptivos (%)	65.8	73.3	61.8	62.9	53.9

FUENTE: ENCUESTA ENDEMAIN 2004

Es evidente que los niveles de reducción de la fecundidad en estas provincias no ha seguido el ritmo de las provincias de desarrollo intermedio o de mayor desarrollo en el Ecuador; la edad promedio de inicio de relaciones sexuales del conjunto de las 4 provincias es de 18.2 años, cifra menor al promedio. Este indicador es una referencia de la mayor probabilidad de disminuir el promedio de edad al primer nacimiento, lo que efectivamente sucede en el conjunto de las 4 provincias (promedio 20.3 años, es decir un año menos) respecto de las cifras país. La edad temprana al primer nacimiento incrementa proporcionalmente las posibilidades de un nuevo embarazo. Finalmente las coberturas de planificación familiar y uso de anticonceptivos son en promedio inferiores a las cifras nacionales (62.9% vs. 65.8%), lo que incide definitivamente en un incremento de la fecundidad.

MORTALIDAD

MORTALIDAD GENERAL EN PROVINCIAS DE LA FRONTERA NORTE

Si bien la mortalidad general registrada en el Ecuador disminuyó de 4,8 por 1.000 habitantes en 1994 hasta 4,1 en 2003, continuó el incremento del componente de muertes por enfermedades y problemas no transmisibles, los que han desplazado a las enfermedades infecciosas como primeras causas de defunción. En 2004 el grupo de enfermedades del sistema circulatorio presentaron las tasas más altas de muertes a nivel nacional, siendo mayor para las “otras enfermedades del corazón” que aportaron con 7.3% del total de las muertes para ese mismo año; le siguen en frecuencia las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ECUADOR - 2004
(103 grupos. Décima revisión. CIE-10)

POBLACIÓN ESTIMADA 2004: 13,026,891 habitantes TOTAL DE DEFUNCIONES: 54,729 TASA DE MORTALIDAD: 42.0 <i>Tasas por 10.000 habitantes</i>				
	10 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE	Defunciones	Tasa	Porcentaje
1.	OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	4,014	3.1	7.3
2.	NEUMONÍA	2,998	2.3	5.5
3.	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	2,949	2.3	5.4
4.	DIABETES MELLITUS	2,672	2.1	4.9
5.	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	2,474	1.9	4.5
6.	AGRESIONES	2,315	1.8	4.2
7.	ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	2,300	1.8	4.2
8.	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	1,906	1.5	3.5
9.	ACCIDENTES DE TRANSPORTE	1,873	1.4	3.4
10.	ENFERMEDADES DEL HÍGADO	1,655	1.3	3.0

FUENTE: INDICADORES BÁSICOS DE SALUD 2005
ELABORACION: MSP-SISTEMA COMÚN DE INFORMACIÓN

Los registros de defunciones en el 2003 indicaron que las muertes por accidentes de transporte fueron tres veces más frecuentes en hombres que en mujeres, las caídas cinco veces más y las agresiones ocho veces más frecuentes en el mismo grupo. En cambio la desnutrición y anemias, como causa de muerte, fueron mayores en mujeres que en hombres (351 y 336; 262 y 226 respectivamente).

**Cuadro 13. MORTALIDAD GENERAL EN PROVINCIAS DE LA FRONTERA
NORTE 2004**

	POBLACION ESTIMADA 2004	TOTAL DEFUNCIONES	TASAS DE MORTALIDAD GENERAL /10.000 hab.
TOTAL PAIS	13.026.891	54.729	42.0
CARCHI	161.286	745	46.2
IMBABURA	342.425	1923	51.6
ESMERALDAS	416.312	1397	33.6
SUCUMBIOS	147.249	356	24.2

FUENTE: INDICADORES BÁSICOS DE SALUD 2005. SISTEMA COMÚN DE
INFORMACIÓN. MSP.

Mortalidad general por provincias de frontera norte

**Cuadro 14. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
CARCHI - 2004
(CIE-10)**

POBLACIÓN ESTIMADA 2004: 161.286 TOTAL DE DEFUNCIONES: 745 TASA DE MORTALIDAD: 46.2 <i>Tasas por 10.000 habitantes</i>				
	Principales causas de mortalidad	Defunciones	Tasa	Porcentaje del total de Defunciones
1	Otras enfermedades del corazón	74	4.6	9.9
2	Enfermedades cerebrovasculares	50	3.1	6.7
3	Accidentes de transporte	47	2.9	6.3
4	Enfermedades izquémicas del corazón	43	2.7	5.8
5	Neumonía	36	2.2	4.8
6	Tumor maligno del estómago	34	2.1	4.6
7	Enfermedades hipertensivas	29	1.8	3.9
8	Diabetes mellitus	28	1.7	3.8
9	Enfermedades crónicas de la vías respiratorias inferiores	21	1.3	2.8
10	Lesiones autoinflingidas intencionalmente	17	1.1	2.3

FUENTE: INDICADORES BÁSICOS DE SALUD 2005
ELABORACION: MSP -SISTEMA COMÚN DE INFORMACIÓN.

La evolución de la mortalidad en la provincia del Carchi correspondería a la llamada “transición demográfica”, elemento de la teoría de la “transición epidemiológica”, que no sólo alude a los cambios de mortalidad por sexo y edad, sino también por causas de muerte. Carchi es la provincia de la región que tiene el perfil de mortalidad de transición más acentuado desde la reducción de las enfermedades infecciosas y parasitarias (lo que ha tenido un efecto innegable en la disminución de la mortalidad de la infancia y la niñez) hacia la estructura de defunciones por enfermedades crónicas de la edad adulta, y también a las relacionadas con los procesos de modernización de las sociedades y la violencia entre las cuales es posible encontrar a los accidentes de transporte y a las lesiones autoinflingidas intencionalmente entre las 10 primeras causas de mortalidad general, las cuales están contribuyendo con mayor peso a la disminución de los años de vida productiva de los adultos.

Mortalidad general en la Provincia de Imbabura

**Cuadro 15. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
IMBABURA 2004
(CIE-10)**

POBLACIÓN ESTIMADA 2004: 372.425 TOTAL DE DEFUNCIONES: 1.923 TASA DE MORTALIDAD: 51.6 <i>Tasas por 10.000 habitantes</i>				
	Principales causas de mortalidad	Defunciones	Tasa	Porcentaje del total de Defunciones
1	Otras enfermedades del corazón	114	3.1	5.9
2	Enfermedades isquémicas del corazón	105	2.8	5.5
3	Enfermedades cerebro vasculares	103	2.8	5.4
4	Neumonía	75	2.0	3.9
5	Accidentes de transporte	58	1.6	3.0
6	Diabetes mellitas	55	1.5	2.9
7	Enfermedades crónicas de la vías respiratorias inferiores	48	1.3	2.5
8	Envenenamiento accidental por sustancias nocivas	46	1.2	2.4
9	Tumor maligno del estómago	44	1.2	2.3
10	Desnutrición	43	1.2	2.2

FUENTE: INDICADORES BÁSICOS DE SALUD 2005
ELABORACION: MSP -SISTEMA COMÚN DE INFORMACIÓN.

La mortalidad general en la provincia de Imbabura es bastante similar a la del Carchi, en donde se reproducen similares causas de muerte que determinan un perfil de mortalidad mas marcado por las enfermedades crónico degenerativas de la edad adulta; entre ellas: las enfermedades cerebro vasculares, diabetes mellitus, así como las causas relacionadas con los procesos de modernización de las sociedades y la violencia (accidentes de transporte, envenenamientos accidentales por exposición a sustancias nocivas); y con un noveno puesto relacionado con procesos como tumor maligno del estómago y décimo desnutrición.

Mortalidad general en la provincia de Esmeraldas

Cuadro 16. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ESMERALDAS - 2004
(CIE-10)

POBLACIÓN ESTIMADA 2004: 416,312 TOTAL DE DEFUNCIONES: 1,397 TASA DE MORTALIDAD: 33,6 <i>Tasas por 10.000 habitantes</i>				
	Principales causas de mortalidad	Defunciones	Tasa	Porcentaje del total de Defunciones
1	Agresiones	162	3,9	11,6
2	Enfermedades Cerebro vasculares	64	1,5	4,6
3	Enfermedades Isquémicas del corazón	62	1,5	4,4
4	Otras enfermedades del corazón	59	1,4	4,2
5.	Accidentes de transporte	59	1,4	4,2
6.	Diabetes mellitus	57	1,4	4,1
7	Neumonía	40	1,0	2,9
8	Enfermedades hipertensivas	36	0,9	2,6
9	Lesiones auto inflingidas intencionalmente	36	0,9	2,6
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	32	0,8	2,3

FUENTE: INDICADORES BÁSICOS DE SALUD 2005
ELABORACION: MSP -SISTEMA COMÚN DE INFORMACIÓN.

La mortalidad en la provincia de Esmeraldas tiene un comportamiento similar al del país, si bien en los porcentajes registrados en el 2004 hay diferencias porcentuales en varios rubros, con cifras menores, como se puede observar en la tabla adjunta. Sin embargo, son significativamente superiores los porcentajes correspondientes a causas de mortalidad que conllevan elementos de violencia: agresiones y accidentes de transporte, que sumados alcanzan un 15,8%, superando a todas las demás causas en el cuadro de las diez primeras causas de mortalidad. Este hecho configura una provincia especialmente violenta, donde pobreza y violencia tienen indicadores altamente significativos, posiblemente matizados por la discriminación de sectores importantes de su población.

Desde luego, las enfermedades en que existen componentes cardio-vasculares, son la principal causa de mortalidad en el país y en la provincia.

Mortalidad general en la provincia de Sucumbíos

Cuadro 17. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
SUCUMBIOS - 2004
(CIE-10)

POBLACIÓN ESTIMADA 2004: 147.249 TOTAL DE DEFUNCIONES: 356 TASA DE DEFUNCIONES: 24.2 <i>Tasas por 10.000 habitantes</i>				
	Principales causas de mortalidad	Defunciones	Tasa	Porcentaje del total de Defunciones
1	Agresiones	68	4,6	19.1
2	Accidentes de transporte	17	1,2	4,8
3	Otras enfermedades del corazón	16	1,1	4,5
4	Lesiones auto inflingidas intencionalmente	15	1,0	4,2
5	Enfermedades cerebro vasculares	14	1,0	3,9
6	Ahogamiento y sumersión accidentales	14	1,0	3,9
7	Diabetes mellitas	9	0,6	2,5
8	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9	0,6	2,5
9	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	8	0,5	2,2
10	Desnutrición	7	0,5	2,0

FUENTE: INDICADORES BÁSICOS DE SALUD 2005
ELABORACION: MSP SISTEMA COMÚN DE INFORMACIÓN.

La evolución de la mortalidad en la provincia de Sucumbíos correspondería a un perfil de mortalidad que tiene que ver con el proceso de modernización de las sociedades con un incremento acelerado de causas debido a violencia y accidentes de transporte, lesiones autoinflingidas intencionalmente, ahogamiento y sumersión accidentales, que en conjunto configuran una provincia de extrema violencia. Sin embargo, las enfermedades infecciosas como las diarreas y desnutrición obtienen un 4,4%, a pesar que estas patologías forman parte de estrategias programáticas para su prevención y tratamiento.

MORTALIDAD MATERNA⁴

Se considera Muertes Maternas las producidas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, es aquella "Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales.

⁴ "Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales. Definición utilizada por la Red del Sistema de Indicadores de Salud para los Objetivos del Milenio, Ecuador; en "Mortalidad Materna en Ecuador". Revista Comunicar: Abril 2005.

La mortalidad materna con certificación

**Cuadro 18. DEFUNCIONES MATERNAS CON CERTIFICACIÓN.
PROVINCIAS DE FRONTERA NORTE. PERÍODO 2000-2002.**

AÑO	2000	2001	2002	TOTAL PERIODO 2000-2002	PORCENTAJE DEL TOTAL PAIS 2000-2002)
TOTAL PAIS	232	187	149	568	
CARCHI	3	4	0	7	1,23
IMBABURA	15	13	11	39	6,87
ESMERALDAS	16	12	8	36	6,34
SUCUMBIOS	1	7	7	15	2,64
TOTAL FRONTERA NORTE					17,08

FUENTE: INEC

La mortalidad materna con certificación, en el contexto país se la asocia con hipertensión, hemorragias y abortos.

En el análisis regional, tomando como referencia la mortalidad total del país para el período 2000-2002, entre las 4 provincias se reporta el 17.08 de la mortalidad materna total certificada, lo que es una referencia importante de la carga de mortalidad en mujeres embarazadas.

Las provincias de Esmeraldas e Imbabura aportan con las mayores cifras 6.34 y 6.87 respectivamente. Carchi es la menos afectada y Sucumbíos tiene un reporte intermedio que podría sugerir un subregistro.

La mortalidad materna por egresos hospitalarios

La mortalidad materna con egresos hospitalarios, en el contexto país corresponde al 82% del total de muertes maternas con certificación, y se halla asociada a complicaciones del parto y puerperio (25%) debidas al feto (20%), aborto (14%), hipertensión (14.1%) y hemorragias (12.4%).

En el análisis regional, tomando como referencia la mortalidad total del país para el período 2000-2002, entre las 4 provincias se reporta un 23.83% (un cuarto) de la mortalidad materna total con egreso hospitalario, ratificando la importante carga de mortalidad en mujeres embarazadas por las etiologías mencionadas.

Igual que en el caso de mortalidad materna certificada, las provincias de Esmeraldas e Imbabura aportan con las mayores cifras.

**Cuadro 19. DEFUNCIONES MATERNAS CON CERTIFICACIÓN.
 PROVINCIAS DE FRONTERA NORTE. PERÍODO 2000-2002.**

	2000	2001	2002	TOTAL PERIODO 2000-2002	TOTAL PERIODO 2000-2001	PORCENTAJE DEL TOTAL PAIS (2000-2001)
TOTAL PAIS	153	145	N/D	298		
CARCHI	3	4	0	7	7	2,35
IMBABURA	15	13	11	39	28	9,40
ESMERALDAS	16	12	8	36	28	9,40
SUCUMBIOS	1	7	7	15	8	2,68
TOTAL PROVINCIAS FRONTERA NORTE						23,83

FUENTE: INEC.

Mortalidad infantil⁵

La ENDEMAIN-2004 registra para el período 1999-2004 un nivel de mortalidad infantil de 29 por mil nacidos vivos, 28 en el área urbana y 32 en la rural, a pesar de que este nivel se ha estabilizado en los últimos 10 años.

“La mortalidad infantil en las áreas rurales mantiene su reducción de 52 entre 1989-1994 a 40 entre 1994-1999 y 32 entre 1999-2004, pero no hay un cambio en la mortalidad para áreas urbanas y posiblemente ha subido en los últimos 5 años de 22 a 28, no siendo esta diferencia significativa”. ENDEMAIN 2004.

La tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) a nivel nacional, descendió de 30,3 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 18,5 por 1.000 nacidos vivos (nv) en el 2002; en 2003 se registró un incremento llegando a 22,3; persisten niveles importantes de subregistro de esta mortalidad (INEC).

En números absolutos, en el 2003 se registraron 3.985 muertes de menores de 1 año, frente a una cifra de alrededor de 6.000 por año a mediados de la década del noventa. Los infantes de madres sin instrucción (población más pobre) tienen una tasa de mortalidad 4,6 veces más alta que los de madres que alcanzaron el nivel de educación superior.

Al componente neonatal se le atribuye 53% de las muertes en menores de un año.

Para 2004, se registraron 3.942 muertes, las principales causas de muerte infantil fueron los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (14,8%), y la neumonía (10,1%) y sepsis bacteriana del recién nacido (9,0%) INEC INDICADORES BASICOS DE SALUD 2005.

⁵ La mortalidad infantil (defunciones antes de un año cumplido), se divide en dos rangos de edad: la neonatal (0 a 28 días) y la postneonatal (de 29 días a 11 meses cumplidos). Las defunciones ocurridas de los 12 a los 59 meses cumplidos se clasifican como mortalidad en la niñez y las defunciones de menores de 5 años (0 a 59 meses) como mortalidad en menores de 5 años. ENDEMAIN 2004.

Los niños con mayor riesgo de morir durante el primer año de vida se ubican en las áreas rurales (32 por mil n.v.) y proceden de madres indígenas (41 por mil n.v.), y analfabetas (48 por mil n.v.).

Los hijos de estas últimas tienen probabilidades de morir que, en varios casos triplican las correspondientes a los hijos de madres con estudios secundarios o superiores. ENDEMAIN 2004.

Según esta misma fuente, la tasa de mortalidad perinatal⁶ del Ecuador es de 28 por mil partos y los nacidos muertos representan el 53.6 por ciento de dicha estimación.

La tasa de mortalidad neonatal temprana de 13 (0 a 7 días) representa el 76.5 por ciento de la tasa de mortalidad neonatal (17 por mil), lo que indica la importancia de la mortalidad neonatal temprana como componente de la mortalidad infantil. ENDEMAIN 2004.

Cuadro 20. MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ EN PROVINCIAS DE LA FRONTERA NORTE
MEDICION: JULIO 94-JUNIO 2004

	# NACIMIEN TOS	NEO NATAL	POST NEO NATAL	INFANTIL	MENORES DE 5 AÑOS
TOTAL PAIS	12123	19	13	32	37
CARCHI	512	21	9	29	35
IMBABURA	492	28	21	49	63
ESMERALDAS	681	20	15	36	36
AMAZONIA	746	16	8	24	37

FUENTE: ENCUESTA ENDEMAIN 2004.

⁶ La mortalidad perinatal para este cálculo combina la mortalidad neonatal temprana (muertes en los primeros 7 días de vida) con datos sobre los hijos que nacieron muertos después de completar el sexto mes del embarazo (mortinatos). El denominador lo constituyen los partos de embarazos viables (nacidos vivos o nacidos muertos) que ocurrieron en el período de julio de 1999 a junio de 2004. ENDEMAIN 2004.

COBERTURA Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

**Cuadro 21 COBERTURA Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD PAIS Y
 PROVINCIAS DE FRONTERA NORTE 2004**

INDICADORES	TOTAL PAIS	PROVINCIAS FRONTERA NORTE				
		CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	SUCUMBIOS	SUB TOTAL REGION
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACION PUBLICOS	188	3	6	7	2	18
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACION PRIVADOS	512	6	8	7	6	27
MEDICOS POR CADA 10.000 HABITANTES	17,0	10,9	10,8	10,2	7,1	10,1
NUMERO DE CAMAS POR CADA 1.000 HABITANTES	1,6	1,1	1,0	1,0	0,6	0,96
ATENCION PRENATAL (%) *	106,0	121,9	122,1	150,6	125,0	133,3
ATENCION PROFESIONAL DEL PARTO (%) * (* *)	53,0	64,3	51,1	93,9	37,0	67,0
CONTROL POSTPARTO (%) *	25,4	51,2	15,7	45,5	22,1	32,7
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS (%) *	6,4	8,1	8,4	8,0	9,0	8,3

* Incluye atenciones de enfermera y auxiliar de enfermería; Se excluye establecimientos del Seguro Social Campesino

(** *) Para total país, incluye parto normal y parto obstruido; para las provincias no existe el desglose e incluye y campesino parto normal y parto obstruido (Anuario de camas y egresos hospitalarios 2004) mas partos ambulatorios tomado del Anuario de recursos y actividades de salud 2004)

FUENTE : INEC Anuario de recursos y actividades de salud 2004 pag. 37,39 y 101. Anuario de camas y Egresos hospitalarios 2004 Pág.40
 MSP SISTEMA COMUN DE INFORMACION -Proyección de la Población por áreas de salud y unidades operativas, según grupos programáticos. 2004

ELABORACIÓN :MSP- SISTEMA COMUN DE INFORMACIÓN

ACCESO A LA EDUCACION Y ESCOLARIZACION

En el ámbito específico de la educación básica, la región muestra un promedio de escolaridad inferior al promedio nacional que es de 7.3 años de estudios: Esmeraldas 6.0, Carchi 5.4, Imbabura 6.2, y Sucumbíos 6.0.

En algunos cantones de la zona el analfabetismo funcional de las mujeres supera o bordea el 50% (Eloy Alfaro 54.7, Muisne 53.1, Pimampiro 48.6, Urcuquí 49.8, Otavalo 49.8, Cotacachi 52.7, Putumayo 50.7) (SIISE v. 3.5).

Cuadro 22. PROMEDIO DE ESCOLARIDAD EN PROVINCIAS DE LA FRONTERA NORTE DEL ECUADOR, 2001

Años de escolaridad población de 24 años y +	TOTAL PAÍS	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	SUCUMBIOS
- Hombres (%)	7.5	6.1	5.8	5.2	6.3
- Mujeres (%)	7.1	5.7	5.1	5.2	5.1

FUENTE: CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA. INEC. 2001.

El 71.7 % de los niños del área rural asiste al grado esperado o uno superior; en comparación con el 86.8 % de la urbana. Los niños del área rural tienen tres veces la probabilidad de abandonar la escuela con respecto a los del área urbana (13.1% contra 4.1%).

Los resultados son semejantes para la Sierra, Costa y Amazonía, pero la situación es mejor para la Insular:

Tomando en cuenta los resultados por provincia, existe un amplio rango de variación en el porcentaje que asiste al grado esperado o uno superior; que va del 70.2 % en Esmeraldas al 86.0 % en Carchi.

En todas las provincias el porcentaje que nunca asistió es mínimo (menos de 2.5%), pero hay 7 provincias dónde más de 10 % de niños en este intervalo de edad han abandonado la escuela. ENDEMAIN 2004.

Los indicadores de asistencia escolar; utilizados para aproximarse a la calidad de la educación en su conjunto, muestran tasas de abandono superiores a la cifra país (8.5 vs. 8.2); el porcentaje de estudiantes que asiste a un grado menor al esperado para su edad en el conjunto de las 4 provincias

es superior a la media nacional (11.5 vs. 10.4); finalmente el porcentaje de estudiantes que asiste a un grado superior al esperado para su edad en el conjunto de las 4 provincias es menor que el promedio nacional (78.55% vs. 80%), lo que ratifica las condiciones de menor calidad del sistema educacional en estas provincias.

Cuadro 23. Indicadores de escolaridad en provincias de frontera norte, Ecuador, 2001

Provincia	Población 6-11 años		Escolarización básica 2001 Tasa neta (%)	
	numero	% del total	Urbana	Rural
Carchi	21.232	13,9	90,7	78,6
Esmeraldas	59.676	15,5	87,7	75,4
Imbabura	49.039	14,3	88,8	78,6
Sucumbíos	19.521	15,1	87,2	77,3
Costa	793.671	13,1	88,5	76,0
Sierra	742.079	13,6	91,2	80,6
Amazonía	90.568	16,5	90,2	79,0
PAIS	1.639.528	13,5	89,6	78,7

FUENTE: INDICADORES UNICEF, 2005

La tasa neta de escolaridad básica promedio para el área urbana de la región es de 88.6%, menor que la tasa país (89.6).

Para el área rural, la tasa promedio es de 77.47% inferior a la tasa promedio país (78.7%),

SERVICIOS BASICOS

Cuadro 24. COBERTURAS DE SERVICIOS BASICOS EN PROVINCIAS DE FRONTERA NORTE, ECUADOR, 2003

PROVINCIA	AGUA	ALCANTARILLADO	ELECTRICIDAD
CARCHI	94.4	67.3	79.4
IMBABURA	86.5	77.3	74.1
ESMERALDAS	58.9	53.2	61.8
SUCUMBIOS	62.9	39.1	38.1

FUENTE: SIISE, Versión 3.5, 2003, a partir de INEC, Censo de población y vivienda de 2001.

Cuadro 25: INDICE DE DESARROLLO HUMANO⁷ POR COMPONENTES EN PROVINCIAS DE FRONTERA NORTE, ECUADOR, 2003

PROVINCIA	IDH/PUESTO	IEV ⁸	ICP ⁹	INE ¹⁰
CARCHI	0.711 6	2	10	9
IMBABURA	0 10	7	7	17
ESMERALDAS	0.794		0.47	0.8.8
SUCUMBIOS		14	16	8 15

FUENTE: SIISE, Versión 3.5, 2003, a partir de INEC, Censo de población y vivienda de 2001.

En la provincia de Esmeraldas, según datos del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) la escolaridad promedio es de 5.7 años, existe una cobertura del 58.9% en agua potable, del 53,2% en alcantarillado y del 61.8% en electricidad. Si se analiza los componentes del índice de desarrollo humano obtenido para esta provincia, se observa un índice de esperanza de vida del 0.794, inferior a la media nacional que es 0.834, sucede lo mismo si comparamos el índice de consumo por persona que es de 0.47 mientras que el promedio ecuatoriano es 0.508, en tanto, el índice de nivel educacional es levemente superior al de la media, 0.81 con respecto a 0.808.

Todos estos índices muestran que existen sectores de la población que no están atendidos en todos sus requerimientos humanos, pese a que, como se mencionó, es una provincia que tiene una gran riqueza natural.

El índice de desarrollo humano para la Provincia del Carchi es 0.711 y ubica a la provincia en el puesto seis a nivel nacional, principalmente por el índice de esperanza de vida que es superado únicamente por Pichincha. El índice de consumo por persona coloca a Carchi en el décimo puesto entre 20 provincias, y el de nivel educacional en el noveno puesto a nivel nacional.

Carchi muestra una media de 5.4 años de escolaridad, cuenta con una cobertura del 94.4% de agua potable, el 67.3% de alcantarillado y el 79.4% de sistema eléctrico. En términos generales puede decirse que es una de las más desarrolladas a nivel de la zona fronteriza con Colombia.

⁷ El Índice de desarrollo humano (IDH) es un indicador compuesto que cubre tres dimensiones del bienestar humano: el ingreso, la educación y la salud. Su finalidad no es la de presentar una visión completa del desarrollo humano, sino brindar una medida que vaya más allá del ingreso. El IDH es un barómetro que detecta los cambios en el bienestar humano y compara los avances entre las diferentes regiones. La situación del desarrollo humano. La cooperación internacional ante una encrucijada: Ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual" Informe sobre desarrollo humano. PNUD 2005.

⁸ Esperanza de vida al nacer número de años que vivirá un recién nacido si las pautas de mortalidad imperantes en el momento de su nacimiento seguirían siendo las mismas a lo largo de toda su vida. Índice de esperanza de vida mide los logros de una comunidad a partir de la esperanza de vida y representa "una vida larga y saludable".

⁹ Índice de consumo o ingreso: utiliza la variable consumo per cápita y mide el consumo medio de una comunidad y representa "un nivel de vida decoroso".

¹⁰ Índice de nivel educacional mide el progreso relativo de una comunidad a partir de la tasa de alfabetismo de adultos, los años promedio de escolaridad y la tasa neta de matriculación combinada.

La Provincia de Imbabura cuenta con una cobertura de servicios básicos superior a las provincias del Oriente y de la Costa, es así que el 86.5% de la población posee agua potable, el 77.3% alcantarillado y el 74.1% electricidad. El índice de desarrollo humano ubica a esta provincia en el puesto 10 a nivel nacional, el índice de esperanza de vida y el índice de consumo por persona, en el séptimo lugar y el índice de nivel educacional, calculado para 20 provincias, la coloca en el puesto 17.

La Provincia de Sucumbíos, sin embargo de producir gran parte de los ingresos del gobierno, adolece de condiciones de pobreza extrema expresada en los siguientes indicadores: deficiencia de los servicios básicos cuya cobertura en el caso de agua potable alcanza apenas el 62.9% de la población; un porcentaje más bajo se encuentra en el caso del alcantarillado, 39.1% y de manera similar la electricidad, 38.1%.

Sucumbíos se ubica en el puesto 14, según el índice de desarrollo humano. El Índice de esperanza de vida ubica a esta provincia en el puesto 16, el índice de nivel educacional en el 15, y el índice de consumo por persona en el 8.

CAPITULO 2:

LA POBLACION REFUGIADA

EL DESPLAZAMIENTO INTERNO FORZADO EN COLOMBIA

Una de las múltiples manifestaciones del flujo de desplazados en Colombia ha sido el desplazamiento¹¹ forzado interno¹² que ha derivado en el cruce de miles de colombianos por las fronteras de los países vecinos en busca de protección y refugio¹³, siendo la frontera del Ecuador una de las mas permeables para esta población por diferentes factores que se fueron consolidando en épocas de menor tensión interna en Colombia (comercio, familia, cultura, etnicidad, redes solidarias, etc).

Las cifras

Las cifras de la población colombiana en situación de desplazamiento interno varían según las fuentes y técnicas de recolección de información; se menciona cifras de alrededor de 3.662.842 personas (CODHES 2005). Para la Red de Solidaridad Social (instancia gubernamental) las personas en esta condición desde 1996 ascienden a 1.765.616, de los cuales el 70% corresponde a población infantil, mujeres, y adultos mayores. Así mismo, se estima que el 19% corresponde a población afro colombiana y el 3% a la población indígena.

Se acepta que esta base de datos, sólo representa casos aceptados en condición de desplazados internos mediante el sistema único de registro (SUR), mismo que no cubre la totalidad del territorio nacional y no ha aclarado los criterios de aceptación o rechazo de los solicitantes.

¹¹ Personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado de un conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de los derechos humanos o catástrofes naturales o provocados por el ser humano y en su propio país (Oacnudh, 2001).

¹² Los desplazamientos forzados frecuentemente han coincidido con acciones bélicas que tienden al control de territorios geográficamente estratégicos, no solo en términos militares sino también económicos. La mayoría de los desplazamientos forzados han sido precedidos por masacres, asesinatos selectivos, desapariciones forzadas, amenazas generalizadas, bombardeos indiscriminados y han sido generados también por la intensificación de los enfrentamientos entre actores armados (Oacnudh, 2001).

¹³ El artículo 1° (A) (2) de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados y el Protocolo del Estatuto de los Refugiados define a un refugiado como cualquier persona que tenga fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país en donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él (Oacnudh, 2001).

Cuadro 26: desplazamiento interno y refugio de población colombiana - 2005

Desplazados internos	1.765.616	SUR - 28.2.2006
	3.662.842	CODHES - 26.10.2005
Refugiados colombianos en el exterior	47.357	ACNUR - 17.6.2005
Población total de Colombia	44.913.700	UNFPA - 2003

Fuente: Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento - CODHES

El desplazamiento interno norte sur desde el departamento de Nariño, según el Sistema Único de Registro (SUR) estima que las cifras acumuladas de personas en situación de desplazamiento a corte del 31 de enero de 2006 ascienden a 37.427, y según CODHES esta cifra asciende a 79.436 personas. Esta población seguramente constituye el mayor aporte de lo que finalmente será el desplazamiento transfronterizo hacia Ecuador.

LA POBLACIÓN COLOMBIANA EN NECESIDAD DE REFUGIO

Organizaciones que han estudiado las características del refugio de colombianos en el Ecuador mencionan el segundo semestre del año 2000 como una referencia histórica para identificar hitos de flujos masivos¹⁴ de población refugiada. En septiembre del 2000 se produjo la salida masiva de un total de 10.000 a 12.000 campesinos colombianos del departamento del Putumayo; de ellos 2.000 se dirigieron a Santo Domingo de los Colorados (Prov. de Pichincha), 8.000 optaron por retornar a Colombia y 2.000 se quedaron en Lago Agrio, habiéndose registrado 1.100 personas como refugiados provisionales en esta ciudad¹⁵, que ha recibido el mayor flujo de desplazados del sur de Colombia por ubicarse en lo que se conoce como la frontera mas permeable desde Colombia. Desde entonces, el Ecuador ha recibido un importante y creciente flujo de población proveniente de Colombia. El Censo 2001 reportaba la presencia de 51.556 personas de nacionalidad colombiana en el país (todas las condiciones), de las cuales 21.519 (42%) residían en la provincia de Pichincha, y 21.439 (42%) en las provincias de la frontera norte, con la siguiente distribución: 14% en Carchi, 13% en Imbabura, 8% en Sucumbíos y 7% en Esmeraldas.

Entre enero de 2002 y julio de 2003, el saldo de personas colombianas que ingresaron al país y aquellas que salieron, fue de 243.130.

De esta población colombiana, que ingresa al país, se dice, que "apenas 1 de cada 3 personas solicita refugio". (OIPAZ 2004), por lo que es difícil discriminar el tipo de inmigrante. Para el 2005, sin contar con cifras válidas del total de la población colombiana en el Ecuador; el ACNUR (base de datos ACNUR y Ministerio de Relaciones Exteriores)), releva las siguientes cifras correspondientes por localización de las solicitudes de refugio como sigue:

¹⁴ Se considera desplazamiento masivo cuando diez (10) o más familias, o, más de cincuenta (50) personas se desplazan en las mismas circunstancias de modo, tiempo y lugar; de acuerdo a lo contemplado en el decreto 2569 del 12 de diciembre de 2000; en este caso los comités municipales, distritales y/o departamentales de atención a población desplazada son convocados para definir el plan de atención. Definiciones de la página Web de Medios para la Paz (www.mediosparalapaz.org)

¹⁵ Túpac-Yupanqui, L., (2001), Refugiados Colombianos en Lago Agrio, Servicio Jesuita a Refugiados, SJR-Ecuador.

Cuadro 27. SOLICITANTES COLOMBIANOS DE REFUGIO POR LOCALIZACION 2000-2005

TOTAL SOLICITUDES POR PROVINCIA 2000-2005		
LOCALIDAD	TOTAL	%
Colombianos		
Quito	18.414	50
Guayaquil	14	0
Cuenca	2.216	6
Ibarra	4.618	13
Lita	153	0
Tulcán	397	1
Esmeraldas	1.162	3
San Lorenzo	289	1
Sucumbíos	6.927	19
Orellana	79	0
Santo Domingo	1.293	4
Otras Nacionalidades		
Otras	1.103	3
TOTAL	36.665	100

Cuadro 28. TENDENCIA DEL PROCESO DE REFUGIO DE POBLACIÓN COLOMBIANA EN EL ECUADOR 2000 - 2005

AÑOS	FRECUENCIA ACUMULADA SOLICITUDES	PORCENTAJE ACUMULADO SOLICITUDES	FRECUENCIA ACUMULADA RECONOCIMIENTO	PORCENTAJE ACUMULADO RECONOCIMIENTO	FRECUENCIA ACUMULADA NEGACION	PORCENTAJE ACUMULADO NEGACION
2000	362	1.05	307	2.9	55	0.2
2001	2.929	8.54	1.381	13.4	1.548	6.45
2002	6.732	19.64	1.569	15.23	5.163	21.53
2003	11.391	33.23	3.253	31.58	8.138	33.94
2004	27.851	81.25	7,990	77.57	19.861	82.83
2005	34.276	100	10.300	100	23.976	100

FUENTE: MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DEL ECUADOR. CANCELLERÍA.

Respecto de la población colombiana en situación de refugio por zonas, las cifras de solicitud de refugio y concesión del estatuto, consignados por el ACNUR con corte a 2005, son las siguientes:

**Cuadro 29: DISTRIBUCIÓN DE REFUGIADOS RECONOCIDOS
 POR ZONAS, ECUADOR, 2005**

ESTIMADO DE DISTRIBUCION POR ZONAS		
REFUGIADOS RECONOCIDOS		
LOCALIDAD	POBLACION	%
Quito	5.225	45,47%
Santo Domingo de los Colorados	946	8,23%
Lago Agrio	1.510	13,14%
Coca	60	0,52%
Ibarra	1.661	14,45%
Lita	274	2,38%
Tulcán	105	0,91%
Cuenca	999	8,69%
San Lorenzo	107	0,93%
Esmeraldas	607	5,28%
TOTAL	11.492	100,00%

PERFILES DEL INGRESO NO LEGALIZADO DE “POBLACIÓN COLOMBIANA EN NECESIDAD DE REFUGIO ”AL ECUADOR.

La movilidad humana en la frontera colombo ecuatoriana no tiene un flujo regular ni constante. Se observa la relación determinante de la movilidad con la intensidad y el lugar de los enfrentamientos entre los grupos armados, por tanto, se ubica en ciertos puntos de acuerdo con la localización de los conflictos. Un factor adicional para el flujo de movilidad parece ser la seguridad percibida por las familias refugiadas en los lugares de posible asilo.

Esta población ingresa por pasos secundarios de frontera de los departamentos de Nariño y Putumayo que por sus condiciones topográficas son suficientemente permeables, como para detener este flujo demográfico. Al llegar a su destino provisional se apoyan en amigos y familiares para acceder a vivienda y trabajos en el mercado informal (comercio, oficios domésticos, agricultura, construcción, etc.) de las ciudades ecuatorianas.

Cuadro 30: POBLACIÓN REGISTRADA POR EDAD Y SEXO, ECUADOR, 2005

EDAD	FEMENINO	%	MASCULIN	%	TOTAL
0-5	1,360	4	909	3	2,270
6-17	2,563	7	3,113	9	5,676
18-59	10,120	28	14,006	38	24,126
60 +	3,318	9	1,276	3	4,594
TOTA	17,361	47	19,304	53	36,665

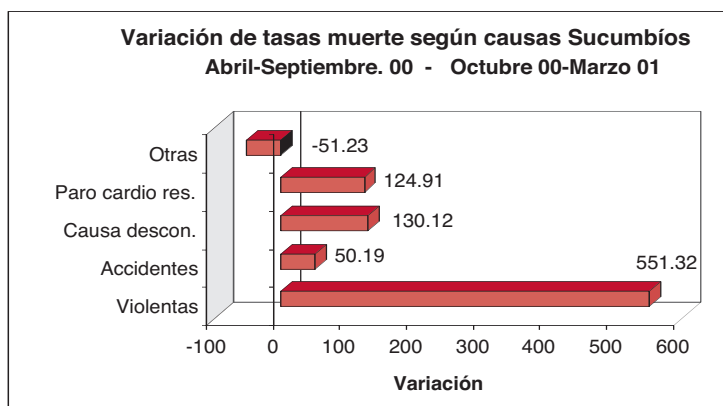
FUENTE: ACNU R

Cuadro 31. PRINCIPALES MOTIVOS DE REFUGIO MENCIONADOS POR LAS PERSONAS COLOMBIANAS ASENTADAS EN SUCUMBÍOS 2001.

Motivaciones	Familias	Porcentaje
Violencia, amenaza colectiva, general	109	42.24%
Amenaza (miedo) de paramilitares	67	25.96%
Amenaza (miedo) de guerrilleros	26	10.07%
Reclutamiento forzado	16	6.20%
Asesinato de familiar	16	6.20%
Fumigaciones	13	5.03%
Otros	11	4.26%
Total de familias refugiadas	258	100%

FUENTE: PROGRAMA DE AYUDA Y PROTECCIÓN A REFUGIADOS, ACNUR-ISAMIS, 2001.

Sobre la caracterización demográfica, algunos estudios mencionan un perfil de población joven¹⁶. Respecto del sexo, el 56.5% de jefes de familia no solicitantes corresponde a población masculina, en tanto que el 43.5% eran mujeres la mayoría jefes de familia. Las personas que solicitan refugio pertenecen a estratos empobrecidos de la sociedad colombiana. Son, en su mayoría, campesinas dedicadas al cultivo de productos de la zona, muchos participan de la recolección en plantaciones de coca. Se han asentado en la zona desde hace mucho tiempo.



Según las estadísticas del Programa de Ayuda y Protección a Refugiados (P.A.R) en Sucumbíos, 53% de jefes de familia son agricultores; 24% amas de casa; 5,4% son comerciantes; 3.5% son albañiles; 2.3% son estudiantes y el resto tienen diversas ocupaciones. Tienen instrucción primaria el 43%, secundaria el 6.2% y, ninguna instrucción o nivel preescolar el 50.4%; apenas 0.1% tiene instrucción superior (P.A.R. – ISAMIS/ACNUR, Mayo, 2001).

¹⁶ La Fundación ecuatoriana Fabián Ponce señala que un 21% de los solicitantes de refugio colombianos está en edad escolar.

El refugio colombiano en Ecuador dejó de ser un proceso vinculado exclusivamente a zonas de frontera. Aunque las provincias ecuatorianas de la frontera norte (Sucumbíos, Imbabura, Carchi y Esmeraldas) no han dejado de recibir a colombianos y colombianas en situación de refugio, desde hace un par de años este fenómeno se ha extendido a ciudades del interior del país, como Quito¹⁷, Santo Domingo de los Colorados, Guayaquil e incluso Cuenca, ciudad que reporta el 12,8% de todas las solicitudes recibidas, lo que configura un proceso de dispersión e interiorización del refugio en el Ecuador:

Haciendo referencia a los datos del último censo de Población y Vivienda, el desempleo en las provincias fronterizas que limitan con Colombia, alcanza el 22%, la cifra más elevada registra Esmeraldas con un porcentaje del 28.4%. (Censo de población y vivienda INEC 2001).

Un problema que destaca, a partir del 2000, es la violencia como problema de salud pública. Las cifras de homicidios en el año 2000 crecieron, según datos de la Policía Judicial de Sucumbíos, lo que se puede apreciar en el cuadro siguiente:



En Esmeraldas las agresiones físicas significaron el 10% de los casos de muerte y los accidentes de tránsito el 3.5 %. Las muertes por causas violentas han ido en paulatino ascenso desde 1979 en que se registraron 11.4 por ciento a nivel nacional, al 16.6% en el 2000.

¹⁷ Quito es la ciudad con mayor número de población colombiana refugiada.

CAPITULO 3:

CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y VIDA DE LA POBLACION REFUGIADA EN LAS PROVIN- CIAS DE LA FRONTERA NORTE



Antecedentes

Cotejando las cifras de desplazamiento interno, desplazamiento transfronterizo y la relación entre solicitudes de refugio y negación así como el balance negativo de retorno de la población colombiana que pasa al Ecuador, es evidente que la falta de coincidencia de las cifras¹⁸ que las instituciones oficiales de migración manejan subraya que el problema mas importante para el país tiene que ver con la población que se halla en condición de ilegalidad y que corresponde a mas del 90% del total asentado en el país. De esta población, hay escasa solicitud de refugio y el número de colombianos con el estatuto de refugiados es reducido.

En términos generales, entre las principales razones para no solicitar refugio a escala regional, (Romero 2004)¹⁹, se identifica:

- Insuficiente capacidad institucional
- Carencia de información para el trámite
- No se ve la posibilidad de éxito en la gestión y el beneficio
- Actitudes personales que evitan la estigmatización
- Miedo, temor y desconfianza
- Permeabilidad fronteriza y facilidades de obtener documentación

Las limitaciones de los sistemas de información

Independientemente de las dificultades para aproximarse a las verdaderas cifras de población en situación de refugio que se ubica en el Ecuador, en términos de orientar la planificación del limitado apoyo hacia esta población, el mayor inconveniente posiblemente sea la falta de su caracterización global. Las bases de datos del Ministerio de Relaciones Exteriores, de ACNUR y de la Policía Nacional de Migración entregan cifras sobre el número de solicitantes de refugio, las personas y casos reconocidos o rechazados, el lugar en que hicieron la solicitud; pero no disponen de información con suficiente y necesaria desagregación de variables sociales, económicas, demográficas, sanitarias, epidemiológicas, culturales y otras con la consiguiente dificultad para comprender el fenómeno en su complejidad.

Esta limitación es una característica común y similar al sistema de información en salud del Ecuador en términos generales.

La identificación de un perfil socio-epidemiológico-demográfico válido de la población en situación de refugio asentada en la frontera norte es tarea compleja, debido a diferentes factores; entre ellos:

¹⁸ La Dirección de Migración de la Policía Nacional en un reporte de noviembre de 2004 señalaba que durante el año censó a 12.277 ciudadanos de Colombia que tienen visas de inmigrantes (inversionistas, profesionales, misional, laboral, intercambio cultural, deportes, entre otras categorías) y que desde el 2000 se han quedado en el país alrededor de 410.784 colombianos. El Comercio 7 noviembre 2004.- "Éxodo a Ecuador continúa".

¹⁹ Resultados del Diagnóstico "Dimensión y problemática que afecta a los desplazados hacia Ecuador, Venezuela y Panamá, por el conflicto bélico en Colombia. El rostro de los desplazados colombianos más allá de las fronteras", publicado en Revista Aportes Andinos. Aportes sobre Diversidad, diferencia e identidad. Junio 2004.

- La evolución temporal del fenómeno en un lapso corto de tiempo, lo que no ha permitido el desarrollo de suficientes avances en el tema de la vigilancia en salud.
- Las limitaciones del sistema de información de salud que no cuenta con un desglose por estatus de permanencia en las áreas de captación de los servicios de salud
- Probablemente el ocultamiento de datos del estatus legal de la población refugiada por el temor a no ser atendida por servicios de salud ecuatorianos

Es por ello, que para esta tarea, se ha revisado estudios de caso de grupos de población refugiada, que han podido ser descritos en los escenarios en donde se brindaba ayuda humanitaria por las instituciones de acogida, fundamentalmente los programas de pastoral de refugiados de la iglesia católica, operadoras del gobierno y ACNUR en las diferentes provincias de la frontera norte.

Otra fuente de vital importancia para el desarrollo de este acápite, se trata del estudio “Comparación de la situación de salud entre población desplazada y receptora en seis ciudades de Colombia. 2000-2003”. Estudio de la OPS y de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, realizado en una muestra de 5.487 desplazados asentados en áreas marginales de Medellín, Cali, Bucaramanga, Cartagena, Montería y Soacha y en un grupo de comparación de población receptora de similar tamaño.

Esta referencia documental parece ser en términos de inferencia una posibilidad para sortear las limitaciones al intentar describir a la población desplazada asentada en Ecuador; asumiendo que sus características serían similares a la población que hizo desplazamiento transfronterizo, particularmente considerando a los grupos acogidos en los departamentos de Putumayo y Nariño. Para ratificar o confirmar datos en la descripción que se presenta a continuación se triangulará con fuente secundaria de estudios locales de menor tamaño muestral, cuando sea necesario.

Caracterización de la dinámica de desplazamiento de la población refugiada en Ecuador

Romero (2004), menciona que “la Región Andina presenta flujos migratorios con características muy distintas a las sucedidas en las décadas del 70 y 80, donde la principal causa de movilidad hacia países vecinos era económica. La migración actual de colombianos a países vecinos tiene como principal motivación la seguridad personal y familiar”.

La mayoría de la población colombiana desplazada procede principalmente de los departamentos limítrofes de Nariño (34.8%) y Putumayo (20,5%), seguidos por el Valle del Cauca (12.5%) cercano al Ecuador ubicado al norte de Nariño y conectado a través de la carretera Panamericana. El tercio restante de personas se ha movilizado desde otras regiones. (Viquez, 2003)²⁰.

Orellana y Ramírez (2003)²¹ señalan que “el 45% de los colombianos en Sucumbíos, proviene del

²⁰ Viquez, Roxana M. “Diagnóstico de la dimensión y problemática que afecta a los desplazados hacia Ecuador, Venezuela y Panamá, por el conflicto bélico en Colombia”. San José: FUNDAPEM, 2003.

²¹ Orellana y Ramírez. “Asistencia humanitaria” en Naciones Unidas. “Evaluación común de país - Ecuador. Common Country Assessment (CCA). Visión del sistema de las Naciones Unidas sobre la situación del Ecuador”.

vecino departamento de Putumayo y que en su mayoría, son campesinos. El resto viene principalmente, de las áreas urbanas y rurales de los departamentos de Nariño, Caquetá y Huila que se encuentran cerca de la frontera colombo ecuatoriana”.

La mayoría de las familias colombianas que cruzan la frontera principalmente utilizan los puestos oficiales de control migratorio de Lago Agrio y Rumichaca.

La mayor concentración poblacional en Quito capital del Ecuador se explicaría por la disponibilidad de mayores oportunidades laborales, su proximidad con la frontera colombiana y también por la sensación de seguridad que ofrece una urbe grande en comparación de pequeños pueblos de frontera en donde la posibilidad de invisibilizarse es menor.

Caracterización sociodemográfica

Según datos del estudio: “Comparación de la situación de salud entre población desplazada y receptora en seis ciudades de Colombia. 2000-2003”

La población en situación de desplazamiento es mas joven en promedio que la población receptora lo que enfatiza un tema de mayor dependencia económica de los desplazados (por tanto mayor vulnerabilidad de las familias desplazadas)

Más de la mitad de los hogares, independientemente de su condición de desplazamiento, tienen como jefa de hogar a una mujer

El 70% de las mujeres jefas de hogar no tiene ocupaciones remuneradas complementando este acápite con datos del estudio de Romero (2004). Los jefes de familia, en su mayoría, están entre los 21 y 40 años el 57% de la población colombiana desplazada es masculina; las mujeres representan al 42% de la población refugiada (informe país 2003).

En el trabajo de FUNDAPEM (Viquez, 2003), se menciona que el rango promedio de edad de la población desplazada oscila entre los 20 y 40 años.

En la muestra de mujeres descrita en el estudio “Mujeres al Borde” (Camacho 2005), el 58.6% se encuentran entre los 20 y 40 años, el 27.6% entre 40 y 50 años, 10.3% tienen menos de 20 años, y solo el 3.5% más de 50. La población infantil representaría el 28% (entre 0 y 17 años). Las referencias demográficas en mención, ratifican una población mayoritariamente en plena edad productiva y reproductiva.

De acuerdo a la información del Área de Registro del Programa de Atención a Refugiados (PAR) de la iglesia de San Miguel de Sucumbíos (ISAMIS), sobre la base de la primera población reconocida por la Cancillería Ecuatoriana como refugiada en Sucumbíos, (258 familias/994 personas) el 58% eran hombres y, según su edad, eran menores de 18 años el 60%. Respecto del estado civil de estas familias el 56,9% no eran casadas, el 41.8% se hallaba en unión libre, y el resto en otra situación civil.

- La mayoría de familias tienen núcleos estables en unión libre.
- El rango de personas por núcleo familiar es de dos y cuatro personas.

PERFIL EDUCATIVO DE LAS FAMILIAS CON NECESIDAD DE REFUGIO

De acuerdo con FUNDAPEM, el 5.22% de la población con necesidad de refugio en Ecuador es analfabeta, el 42.61% accedió a la educación primaria aunque buena parte no la completaron, el 36.52% estudió unos años o hizo toda la secundaria, el 10.4% recibió educación técnica o estudió unos años de universidad, mientras sólo un 1,74% completó una carrera universitaria.

La asistencia a la escuela de primaria alcanza el 46.9% y secundaria el 24.3% de los niños, niñas y jóvenes. "La no asistencia a la escuela obedece a falta de documentación, escasez de recursos para los uniformes y útiles escolares y el temor del grupo familiar por el rechazo que puedan sufrir sus hijos e hijas".

Los centros educativos ecuatorianos no tienen restricciones para la recepción de niños, niñas y jóvenes colombianos refugiados.

En el caso de población infantil en situación de refugio asentada en Lago Agrio, "debido a la escolarización reducida y de deficiente calidad que se da en la zona rural del departamento de Putumayo (Colombia) han tenido que adecuarse (los niños/niñas) al sistema educativo ecuatoriano que parece en algunos aspectos más exigente que el sistema educativo rural de Putumayo" (Tupac Yupanqui 2001)". Estas dificultades para el aprendizaje que se ha notado que puede deberse también a las múltiples condiciones de su calidad de refugiados.

De acuerdo a la misma fuente²², cuando se analiza el nivel de estudios en la población de 258 familias/994 personas asentadas en Sucumbíos se tiene los siguientes datos:

Nivel de estudios	Nro. Pers.	%
• Ninguna educación	471	47,38
• Primaria	430	43,26
• Secundaria	62	6,24
• Preescolar	30	3,02
• Técnico	1	0,10
TOTAL	994	100,00

Al ser la población colombiana en situación de refugio mayoritariamente pobre y procedente del área rural, los niveles educativos son más bien bajos, lo que les imposibilita acceder a puestos calificados de trabajo. El porcentaje de analfabetismo (26.5%) es tres veces mayor a la media nacional colombiana²³.

²² Estadísticas del Programa de Ayuda y Protección a Refugiados en Sucumbíos (PAR – ISAMIS/ACNUR, Mayo, 2001).

²³ "Comparación de la situación de salud entre población desplazada y receptora en seis ciudades de Colombia. 200-2003"

PERFIL OCUPACIONAL DE LOS JEFES DE HOGAR Y FAMILIAS DESPLAZADAS

El índice de desempleo de la población colombiana refugiada en países vecinos es muy alto (23%) con tasas que sobrepasan dos o tres veces el promedio nacional. Las dificultades para conseguir empleo son:

- Ingresan a zonas con niveles de bajo desarrollo económico
- El perfil educativo es bajo lo que les impide competir por puestos remunerados
- Carencia de documentos de identificación
- Desconfianza de los empleadores locales

Quienes han logrado empleo en las áreas urbanas lo han hecho en el comercio informal, la construcción y en servicios como en el oficio doméstico; los que han ido al campo, en la agricultura.

La investigación de FUNDAPEM encuentra que hay un desempleo de 40% entre la población colombiana desplazada. Entre los que se encuentran laborando, el 47% están en la agricultura, el 27% en el comercio y un 7% en oficios domésticos. (Viquez, 2003: 46-47). La mayor parte de mujeres y hombres que laboran en el comercio, lo hacen de manera informal, vendiendo productos en pequeña escala y como ambulantes.

En la población descrita por Tupac Yupanqui Luis 2001, de las 258 familias, el perfil ocupacional de los jefes de familia reportado fue:

Ocupación del jefe de familia.	Nro. Familias	%
• Agricultor	138	53,49
• Ama de casa	64	24,81
• Comerciante	14	5,43
• Albañil	9	3,49
• Estudiante	6	2,32
• Otros	27	10,46
TOTAL	258	100,00

Según algunos empleadores locales, a pesar de la estigmatización evidente de este colectivo, algunos desplazados colombianos muestran una actitud más emprendedora que los nacionales para algunas actividades comerciales que requieren contacto directo con la gente.

El trabajo infantil en las familias colombianas desplazadas entrevistadas es mínimo. Los problemas más acuciantes para la población colombiana radican en “la fragilidad de la economía local, las reducidas oportunidades que brinda un esquema monetario dolarizado (precios incompatibles con el poder adquisitivo de la población) y un mercado laboral prácticamente en crisis desde la perspectiva del empleo (Cuesta-Rivera 2003)”²⁴.

²⁴ Cuesta Salomón. Rivera, Fredy. “Perfiles y percepciones del refugio colombiano en Ecuador”. Documento de investigación # 1. FLACSO-ECUADOR. Quito, 2003.

El contexto económico de Ecuador está fuertemente matizado por altos índices de pobreza²⁵ y escasas oportunidades de empleo (61% es pobre y 26% indigente) para la propia población ecuatoriana, lo que determina que no sea fácil la incorporación al mercado laboral de la población refugiada colombiana, de escasos recursos económicos, sin documentos de identificación, sin recomendaciones y sin un tejido social que facilite su inserción laboral, lo que determina que sus posibilidades de acceso a un trabajo sean reducidas. La pobreza medida por necesidades básicas insatisfechas es del 49.5% para la población colombiana que habita en el país, y en las zonas de frontera este porcentaje fluctúa entre el 60 y el 92%, lo que indica lo difícil de su situación para esta población (Cuesta-Rivera 2003).

Por otro lado, están las restricciones legales, “pues las personas solicitantes de refugio no pueden trabajar mientras dura el proceso, el cual suele durar meses, un año o más antes de contar con una resolución. ... la nueva disposición anunciada (junio 2004) por el Ministerio de Trabajo de exigir un carné ocupacional para todas las personas extranjeras, el cual cuesta 60 dólares, a los que habría que añadir el costo de alrededor de 300 dólares que cuesta la visa de trabajo, constituyen limitantes adicionales”. “Estos factores, más los prejuicios que existen frente a las y los colombianos, influyen para que la mayor parte de esta población comience a trabajar sin documentación en cualquier oficio, acepten condiciones laborales desfavorables y sean explotados o extorsionados por ello” (Camacho 2005).

CONDICIONES DE VIDA

Los colombianos refugiados opinan que en Ecuador sus condiciones de vida son entre regulares y deficientes al ubicarse en sectores marginales con mala calidad en los servicios públicos, insalubridad e inseguridad (Camacho 2005).

La mayoría de los grupos familiares de refugiados habita en una unidad habitacional, de características regulares el 51.3% y el 18% en unidades de vivienda de mala calidad²⁶, aparte de que, al asentarse estas viviendas en zonas vulnerables a deslaves e inundaciones son mayormente proclives a accidentes (incendios) y desastres naturales. El porcentaje de hacinamiento crítico (más de tres personas por cuarto) es de 24% (Camacho 2005).

PERFIL DE LA SALUD DE LAS FAMILIAS DESPLAZADAS EN COLOMBIA

Morbilidad sentida y motivos de consulta

Tomando como referencia el estudio “Comparación de la situación de salud entre población desplazada y receptora en seis ciudades de Colombia. 200-2003”:

El 50% de la población general desplazada reportó “morbilidad sentida” (percepción de estar enfermo en las dos semanas anteriores a la entrevista), siendo la enfermedad diarreica la primera causa reportada por el 80% de la población consultada.

²⁵ “Entre 1990-2001, la pobreza nacional medida según el consumo aumentó de 40 a 45% y la cantidad de pobres se incrementó de 3.5 millones a 5.2 millones”. “La acelerada migración del campo a la ciudad aumentó la cantidad de pobres residentes en las áreas urbanas de 1.1 millones a 3.5 millones” Sánchez-Páramo Carolina. En Breve. “Pobreza en Ecuador”. Banco Mundial. Mayo 2005.

²⁶ Viviendas precarias con paredes de materiales de desecho, bahareque y maderas en mal estado, aspectos que junto a los pisos de tierra, facilitan la transmisión de plagas y enfermedades infectocontagiosas (Enfermedades respiratorias y diarreicas principalmente).

En el caso de los menores de 5 años esta percepción alcanzó el 70%, lo que ubica el mayor peso de la enfermedad en la población infantil. Dentro de esta percepción sentida la primera causa es la EDA, consistente con las condiciones ambientales y de vivienda favorecedoras de esta condición.

Solo el 23% de la población que reportó "morbilidad sentida" había asistido a una consulta médica o a una institución de salud; De este porcentaje, el 29% lo hace tratándose de consultas de niños y el 27% en caso de consultas de mayores de 60 años.

En Ecuador

Uno de los principales servicios que demanda la población colombiana refugiada es la salud, a causa de las difíciles condiciones para cruzar la frontera -deficiencia alimentaria y fatiga y por enfermedades anteriores al desplazamiento.

Tomando como referencia el documento "Refugiados Colombianos en Lago Agrio (Túpac-Yupanqui SJ. 2001), sobre un total de 2.435 consultas médicas brindadas en el primer nivel de atención a 1.088 refugiados, las patologías más comunes fueron:

Enfermedades	Nro. Pers.	%
• Infecciones respiratorias agudas	290	26,7
• Parasitosis	290	26,7
• Enfermedades de la piel	202	18,5
• Enfermedades diarreicas agudas	123	11,3
• Dolores en general	96	8,8
• Infección de las vías urinarias	87	8,0
TOTAL	1088	100,0

Este perfil de consultas de la población de Sucumbíos es consistente con el perfil de la población colombiana en desplazamiento interno, reportada en el estudio de Viquez 2003, en el que los principales consultantes eran las mujeres, para temas de salud reproductiva (control ginecobstétrico) y los niños y niñas; quienes acuden al servicio médico por dos causas: enfermedades respiratorias y enfermedades gastroentéricas (causadas por el agua contaminada).

Salud infantil

Enfermedades Inmunoprevenibles²⁷

El 60% de los niños menores de 5 años presentaron carnés de vacunación, a pesar de lo que, las coberturas fueron deficientes así:

²⁷ "Comparación de la situación de salud entre población desplazada y receptora en seis ciudades de Colombia. 200-2003",

- Solo el 20% tenía esquemas completos de vacunación para su edad (1-4 años)
- Cobertura PVO 29%
- Cobertura antihemophilus influenzae tipo B 37%
- Cobertura MMR 59%
- Solo la cobertura BCG alcanzó niveles importantes (79%)

El hacinamiento crítico de la población desplazada convierte al grupo de menores de 5 años como grupo prioritario de intervención.

Salud reproductiva²⁸

El 47% de las mujeres se halla en el rango de fertilidad (15-49 años), reportando un promedio de 3 hijos con la característica de inicio temprano de la maternidad, ya que el 35% de las mujeres entre 15-19 años ya había sido madre a la fecha del estudio, porcentaje que equivale al doble del porcentaje de la población de madres adolescentes en todo el país en el año 2.000.

Esta situación se complejiza al considerar que el 14% de mujeres desplazadas en edad fértil (MEF) no tiene educación, lo que les pone en situación vulnerable respecto de su autocuidado y de la limitación al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. El 5% estaba embarazado, el 60% de este grupo había tenido al menos 1 control prenatal. En el grupo de mujeres entre los 26-69 años un 17% no se había realizado un PAP test durante su vida y el 73 % lo había hecho en los últimos tres años.

La situación de los desplazados adolescentes es extrema y es poco lo que se está haciendo para reconocer sus necesidades particulares entre las que se cuenta las de anticoncepción.

El estudio “Desplazados y Desesperados: Evaluación sobre la Salud Reproductiva en la Población Desplazada en Colombia”²⁹ entre las 5 ciudades investigadas incluyó a Puerto Asís en el Departamento de Putumayo al sur del país, por lo que esta referencia es interesante para aproximarse a la situación de la salud reproductiva considerando que es desde este último departamento desde donde se produce los niveles más altos de desplazamiento transfronterizo a Ecuador.

En síntesis el estudio determina que:

- La población desplazada en Colombia no dispone de acceso al Paquete de Servicios Iniciales Mínimo (PSIM) para servicios de salud reproductiva, considerado actualmente como un estándar básico en situaciones de emergencia; no hay servicios gratuitos disponibles para apoyar a los sobrevivientes de la violencia, incluyendo anticoncepción de emergencia; ni los condones ni los equipos para promover partos higiénicos son gratis de tal manera que los desplazados no tienen fácil acceso a éstos; a las mujeres desplazadas que sufren complicaciones en el embarazo se les niega los cuidados de obstetricia en urgencias, que les podría salvar la vida, así como la atención en los hospitales.

²⁸ Ibid

²⁹ Reproductive Health Response in Conflict Consortium. c/o Women's Commission for Refugee Women and Children. Actualización 2004.

- Especialmente las mujeres, niñas y adolescentes, experimentan problemas graves de salud reproductiva. Las acciones de violencia de género (VG) cometidas por los actores armados, tales como la violación seguida por el asesinato, los favores sexuales, el uso de anticonceptivos y los abortos forzados, son generalizados y quedan en la impunidad.
- Se identificó algunos casos de niñas y niños que habían sido explotados sexualmente por sus padres o que se habían prostituido para poder ayudar a mantener la familia.
- Se desconoce el predominio de enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre los desplazados, sin embargo al estar rodeados de actores armados se incrementa su riesgo de sufrir altos niveles de contagio de ETS, incluyendo VIH.
- En algunas comunidades, la imposibilidad que supone acceder a los hombres para prestarles la atención médica y el tratamiento necesarios, ha llevado a los profesionales de la salud a hospitalizar a las mujeres embarazadas para así prevenir que éstas se vuelvan a infectar y que se produzca una transmisión madre a hijo/a

No existen referencias descriptivas focalizadas en el tema de la salud sexual y reproductiva de población refugiada en el Ecuador:

**LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN PROVINCIAS
DE FRONTERA NORTE, ECUADOR, 2001**
OFERTA DE ESTABLECIMIENTOS Y RECURSOS HUMANOS Y COBERTURA DE PROGRAMAS

Cuadro 32. OFERTA DE ESTABLECIMIENTOS Y RECURSOS HUMANOS

INDICADORES	TOTAL PAÍS	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS
Establecimientos públicos de salud con internación	583	9	12	18
Establecimientos de salud privados con internación	405	6	6	11
Médicos/10.000 habitantes	14.5	10.2	11.3	8.2
Camas/1.000 habitantes	1.5	1.0	1.1	1.0

FUENTE: INEC 2001

Cuadro 33. COBERTURA DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN EN PROVINCIAS DE FRONTERA NORTE, ECUADOR, 2004

INDICADORES	TOTAL PAÍS	CARCHI	IMBABURA	ESMERALDAS	AMAZONIA
Atención preventiva de salud		5.3	7.3	3.6	
Atención prenatal (%)	84,2	93,8	79,9	79,4	83,7
Atención prenatal en establecimientos públicos		61.5	44.5	66.2	
Control prenatal en primer trimestre	64,6	72,5	55,7	57,8	52,9
% de población embarazada que recibió 1 control durante todo el embarazo		12.2	16.7	14.3	
Percepción de buena calidad de la atención en establecimientos públicos de embarazadas		10.3	15.6	17.2	
% de población embarazada que recibió 8 controles durante todo el embarazo		8.2	5.1	3.1	
Atención profesional del parto (%)	75.0	78.5	60.4	51.8	
Parto institucional	74,7	75,4	57,3	51,1	61,2
Parto con cesárea	25,8	14,4	11,8	9,4	14,7
Control post-parto (%)	36.0	43.7	28.7	31.5	
Examen de Papanicolaou en últimos 2 años	31,4	27,1	24,3		22,0
Uso de métodos anticonceptivos (%)	65.8	73.3	61.8	62.9	
Mujeres que necesitan servicios de planif. familiar	8,5	5,8	11,2	11,7	10,2
Conocimiento de al menos 1 método anticonceptivo		97.3	95.2	97.5	

FUENTE: ENCUESTA ENDEMAIN 2004

En relación con los indicadores de la oferta de recursos de salud, se puede advertir que están por debajo de los valores promedio país de manera consistente en todas las provincias de frontera norte.

En términos de la cobertura de atención de la población general, las provincias de Imbabura y Esmeraldas presentan cifras inferiores al promedio país respecto de la atención profesional del parto, el control postparto y el uso de métodos anticonceptivos. Carchi presenta mejores cifras de cobertura en estas prestaciones.

Al considerar la oferta neta de atención prenatal podría existir la interpretación de que se ha alcanzado coberturas importantes y que las mujeres embarazadas han sido cubiertas adecuadamente; sin embargo, al desglosar este indicador en función del número de atenciones prenatales recibidas la conclusión es que, en promedio en las tres provincias de referencia fue mayor el porcentaje de mujeres que no recibió ninguna atención (16.8%) que aquellas que recibieron 1 atención prenatal durante todo el embarazo (14.4%) y bastante mayor que el grupo de mujeres que alcanzó 8 controles prenatales (5.4%) (Encuesta ENDEMAIN 2004).

Merece una reflexión la relación entre atención profesional del parto que en promedio alcanza un 63.5% y la cobertura de atención prenatal con una consulta (14.4%) relación que pone en evidencia el riesgo de complicaciones obstétricas que podrían derivarse de una atención que por mas que se trate de profesional, cubre un segmento que no ha sido adecuadamente controlado. (Encuesta ENDEMAIN 2004).

Estos datos son importantes al considerar que el 66.2% de la cobertura de atención prenatal la realiza el sector público y que esta atención es reconocida por la población de mujeres embarazadas como “buena” en 14.3% como promedio de las 3 provincias.

Son más importantes en esta decisión de elección los motivos de cercanía, precios bajos o gratuidad, sugerencia por otras personas, disponibilidad de aseguramiento, inexistencia de otros establecimientos y otros. (Encuesta ENDEMAIN 2004).

La demanda de atención en salud en Áreas de Salud con población refugiada en situación de refugio.

Atención de morbilidad

Para el efecto se considera las patologías reportadas como confirmadas por el sistema de vigilancia epidemiológica (SIVE ALERTA) y las patologías detectadas en la atención ambulatoria reportada en el formulario EPI2-MSP en las Áreas de Salud de provincias de la frontera norte incluyendo población refugiada.

Provincia del Carchi

**Cuadro 34. PATOLOGIAS DE ATENCION AMBULATORIA BAJO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.
ÁREA NO. I CARCHI AÑO 2005**

Patología	Casos confirmados	%	Porcentaje acumulado
IRAS	9,825	65.25	65.25
Infecciones de transmisión sexual	2767	17.80	83.05
EDAS	2430	16.01	99.06
Hipertensión Arterial	134	0.89	99.95
Diabetes	5	0.03	99.98
Intoxicación plaguicidas	3	0.02	100.00
TOTAL	15.165		

Fuente: Epi2, SIVIALERTA - MSP

El perfil de las enfermedades atendidas ambulatoriamente, bajo vigilancia epidemiológica, si bien replica el patrón nacional característico de EDA e IRA como las patologías que mayormente afectan a la población I, llama la atención el segundo lugar ocupado por una alta incidencia de infecciones de transmisión sexual (17.80%), que marca una evidente afectación de la población sexualmente activa.

Provincia de Esmeraldas

**Cuadro 35. PATOLOGIAS DE ATENCION AMBULATORIA
AREA No.I DE ESMERALDAS. AÑO 2005.**

PATOLOGIAS	CASOS CONFORMADOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
EDAS	1535	65.94	65.94
Paludismo	437	18.77	84.71
IRAS	221	9.49	94.20
Leishmaniasis	49	2.10	96.31
Hipertensión Arterial	32	1.37	97.68
Infecciones de Transmisión Sexual	27	1.16	98.84
Varicela	15	0.64	99.49
Diabetes	7	0.30	99.79
Depresión	3	0.13	99.92
Intentos de suicidio	2	0.09	100.00
	2328		

Fuente: Epi2, SIVIALERTA - MSP

En Esmeraldas (Área I) las EDAs e IRAs representan el 75.43%, lo que remarca una condición inveterada del perfil epidemiológico de provincias con mayores necesidades básicas insatisfechas, fundamentalmente carencia de acceso a agua y alcantarillado.

Entre la malaria y la leishmaniasis se reporta un 21% de la demanda lo que hace notar la importancia de las enfermedades vectoriales y la respuesta poco efectiva de los programas de control de estas enfermedades.

**Cuadro 36. PATOLOGIAS DE ATENCION AMBULATORIA
 AREA NO.1 SUCUMBIOS, AÑO 2005**

ENFERMEDAD	Casos Confirmados	Porcentaje	Porcentaje acumulado
IRAS	9518	60.84	60.84
EDAS	4155	26.56	87.40
Infecciones por transmisión sexual	905	5.78	93.19
Paludismo	339	2.17	95.35
Hipertensión Arterial	246	1.57	96.93
Varicela	211	1.35	98.27
Dengue Clásico	156	1.00	99.27
Diabetes	50	0.32	99.59
Violencia y maltrato	29	0.19	99.78
Depresión	24	0.15	99.93
Intentos de suicidio	11	0.07	100.00
	15644	100.00	

Fuente: Epi2, SIVIALERTA - MSP

El perfil de las enfermedades de notificación obligatoria en el Área I refleja el peso en la EDA e IRA lo que evidencia un perfil infeccioso, fuertemente relacionado con condiciones deficientes de dotación de servicios básicos, especialmente agua y alcantarillado y de hacinamiento y posiblemente de manejo inadecuado de estas patologías lo que facilitaría su transmisión. Es evidente, el peso de las infecciones de transmisión sexual en una población con limitaciones en el área educativa y en el acceso a servicios de salud. A esto, se agrega un entorno laboral petrolero de trabajadores ocasionales y de población flotante que hace uso de los servicios sexuales, disponibles particularmente en la zona.

Cuando se focaliza la demanda de esta provincia por parte de la población refugiada³⁰ asentada en Lago Agrio, los reportes de atención de consulta externa ubican en orden descendente a las siguientes patologías y condiciones:

³⁰ Línea de base del "PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DEL SECTOR SALUD PARA LA ATENCIÓN DE REGUGIADOS" 2002.

- Dermatitis
- Síndrome gripal
- Parasitosis intestinales
- Infección respiratoria aguda (IRA)
- Malaria y dengue
- Infección de vías urinarias
- Consulta de embarazo

De acuerdo a esta misma fuente, en la provincia de Sucumbíos donde se ha implementado el sistema de información de consultas de morbilidad y egresos hospitalarios desagregada por procedencia, es posible caracterizar la demanda específica como sigue:

- Las principales causas de consulta corresponden a enfermedades infecciosas.
- Existen endemias infecciosas y tropicales. Vulnerabilidad para malaria, dengue, fiebre amarilla y enfermedad de Chagas (3% de la población es portadora de tripanosoma Cruzi)
- Tasas altas de enfermedades de transmisión sexual, ligadas a niveles altos de trabajo sexual sin profilaxis
- Tasas similares a las nacionales de enfermedades crónicas (HTA y diabetes)
- Alta demanda de prestaciones de salud sexual y reproductiva
- Demanda de atención especializada para el manejo de casos de violencia contra las personas (intrafamiliar)
- Demanda incrementada de prestaciones médicas y de programas de salud pública lo que genera conflictividad social al no ser resuelta con los recursos y las capacidades existentes
- Demanda incrementada de servicios generales, prestaciones médicas y servicios educativos y de bienestar social que no puede ser resuelta con los recursos y las capacidades existentes y que al incrementarse la densidad poblacional genera condiciones para la transmisión de enfermedades infecciosas

Los problemas de la organización de la atención para la demanda incrementada

Al momento de considerar la oferta de servicios, con los recursos y las coberturas anotadas, la situación se agrava ante la demanda incrementada por la población colombiana desplazada. Es por eso que, la experiencia de organización de la atención para esta característica de la demanda es nueva o en algunos casos su desarrollo es incipiente para la mayoría de Direcciones Provinciales de frontera norte y también para las instituciones de otros sectores vinculadas con el tema.

Esta afirmación es evidente cuando en el año 2002, el “PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DEL SECTOR SALUD PARA LA ATENCIÓN DE REFUGIADOS³¹”, iniciativa conjunta del MSP-OPS, identificaba como los principales problemas del sector salud en la región a los siguientes:

- No existían planes específicos para los refugiados
- No se coordinaba con el sector salud y en este existía indiferencia y desinterés lo que implicaba que la atención de este colectivo estuviera bajo la responsabilidad de la iglesia y ONG s locales
- La Direcciones provinciales no estaban involucradas en el tema y no ejercían liderazgo
- No existía una estrategia de Atención Primaria de Salud y dentro de ella no se abordaba el tema de la salud sexual y reproductiva
- No existían planes de emergencia o no se implementaba aquellos formulados por falta de recursos
- El sistema de información no estaba diseñado para la desagregación de la atención específica dada a los refugiados.
- No existía el intercambio de información requerido entre los dos países para orientar las intervenciones
- Existía una insuficiente capacidad instalada en recursos necesarios para atender a la población refugiada (humanos, comunicacionales, infraestructura sanitaria, financieros, información)
- Las condiciones sanitarias básicas eran deficitarias en el escenario de intervención.

La respuesta a la demanda de atención incrementada

De este diagnóstico situacional de la estructura y funcionamiento de los servicios de salud, se reclamaba la necesidad de establecer en la práctica una rectoría en el tema vía la implementación de planes intersectoriales ejecutados a través de los Comités Operativos de Emergencia en Salud (COE-S), de cada provincia sobre la base de dos ejes transversales de acción y el desarrollo de actividades centrales en cada uno de ellos:

1. La coordinación intersectorial y
2. El mejoramiento de la capacidad de gestión de las instituciones involucradas en los procesos de:

Sistemas de información y vigilancia de la salud y sus determinantes

- Registro de la nacionalidad en los formularios de atención de emergencia y consulta externa
- Aproximación a los sistemas de información georeferenciados como herramientas de apoyo para la planificación
- Implementación de salas de situación
- Salud mental

³¹ Proyecto tendiente a organizar de mejor manera los servicios de salud para la población refugiada en las provincias de Sucumbíos, Orellana, Napo, Esmeraldas, Carchi, Imbabura.

Organización de los servicios de salud

- Preparación de los hospitales para afrontar situaciones internas y externas de emergencia
- Implementación del sistema de manejo de suministros humanitarios (SUMA)
- Implementación de sistemas de alerta temprana y de equipos de pronta respuesta

Promoción de la salud

- Organización de albergues
- Implementación de sistemas de alerta temprana con participación comunitaria
- Difusión de los derechos de los refugiados

Salud ambiental (mejoramiento de la calidad del agua)

- Vigilancia de la calidad del agua
- Uso adecuado de plaguicidas

Producto de este importante trabajo que indudablemente ha marcado el inicio de un proceso para fortalecer las instituciones del sector salud, se realizó en el 2003 el lanzamiento de la segunda fase de este proyecto y en marzo de 2004 se formuló la declaratoria de Sucumbíos, expresión de la población respecto de esta iniciativa para apoyar “la articulación coordinada de la red de servicios de salud para población refugiada y la planificación del sector para emergencias y desastres”. Esta declaratoria tuvo un fortalecimiento a nivel nacional con un acuerdo ministerial a través del cual “se ratificó el compromiso internacional de la aplicación del estatuto de los refugiados y de su obligación de prever las medidas necesarias de atención a la salud de este grupo humano”.

Posteriormente y en el marco de los acuerdos binacionales y Plan de Salud Ecuador-Colombia, el MSP y la OPS han diseñado la V fase del proyecto misma que ha sido presentada a la Oficina Humanitaria de la Comisión Europea (DIPECHO) habiendo sido aprobada, iniciándose su implementación desde diciembre de 2005.

Esta fase del proyecto tiene como propósito mejorar la capacidad de respuesta de las comunidades más vulnerables de las provincias de frontera norte ante las emergencias y ante la demanda de atención de las poblaciones desplazada y receptora, en las siguientes circunscripciones geográficas:

- | | |
|-----------------------|---|
| • Corredor Pacífico: | San Lorenzo, Palma Real y Mataje |
| • Corredor Andino: | Tufiño, Maldonado y El Carmelo |
| • Corredor Amazónico: | General Farfán, Santa Rosa y Puerto El Carmen |

Esta nueva fase del proyecto es la expresión de los compromisos diplomáticos de Ecuador y Colombia (7.12.05) para apoyar y desarrollar iniciativas conjuntas para fortalecer la integración

fronteriza binacional en salud, especialmente en la áreas de vigilancia en salud y preparativos para emergencias y desastres.

En la frontera de Colombia se ejecuta un proyecto similar; lo que potencia la capacidad binacional para una intervención integral a través de la producción de diagnósticos locales de salud mediante la metodología de Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS), el mejoramiento del intercambio de información generada en los diferentes sistemas, la vigilancia de enfermedades prioritarias, la elaboración de mapas de riesgo, la formulación de planes de contingencia y la simulación de intervenciones emergentes para la población desplazada.

Otras visiones de las intervenciones en salud

Sin embargo de los esfuerzos para fortalecer la atención de la población desplazada en situación de refugio durante casi un quinquenio, al analizar cualitativa y cuantitativamente la situación de la región, es necesario mencionar algunas aproximaciones analíticas sobre los resultados e impactos de las intervenciones directas e indirectas sobre el sector salud de la región.

En Agosto de 2000, se creó la Unidad de Desarrollo de la Frontera Norte (UDENOR) para contribuir al desarrollo de seis provincias en esta región. En este proyecto se previó apoyar la infraestructura social, el desarrollo y la infraestructura productiva, el desarrollo económico y la gestión local y el medio ambiente, con un presupuesto convenido entre gobierno, organizaciones multilaterales y no gubernamentales de 266 millones UDS para el período 2002-2004.

Pablo Samaniego (marzo 2003)³², precisa algunos elementos de la ejecución de este proyecto que pudieran tener impactos en el desarrollo del tema de la salud en la región:

- La inversión en salud y educación (inversión en infraestructura social) se había ejecutado en un 8.3% (2003).
- En el componente productivo, de un presupuesto de 15.7 millones USD, se había ejecutado apenas el 2.9%. Cerca del 62% del presupuesto que tenía como destino el financiamiento de proyectos agroproductivos y de seguridad alimentaria no había tenido egresos al 2003.
- La comprensión de UDENOR de las prioridades de las zonas afectadas por la crisis colombiana, cuando las provincias de la región con índices mayores de desarrollo humano (Carchi: 0.711 y Esmeraldas: 0.684) habían tenido mayores niveles de ejecución porcentual de la inversión prevista en tanto que Sucumbíos (provincia con el menor índice de desarrollo humano regional (0.666) es la que menor nivel de inversión registra. “Si se mide el impacto de UDENOR de acuerdo al monto invertido en comparación con el presupuesto nacional del gobierno central destinado a las provincias que atiende la unidad, Esmeraldas ha sido la mayor beneficiaria, seguida de Carchi y Sucumbíos. Los fondos de UDENOR significaron en el 2002, el 17% del presupuesto del gobierno central canalizado a Esmeraldas, el 12% al Carchi y el 10% a Sucumbíos”.

³² Boletín 2 del Observatorio de la Cooperación al Desarrollo en el Ecuador: “UDENOR, un ambicioso plan para la frontera norte”. Boletín 2. Marzo 2003. pp.3-6.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahumada, C. & Moreno A. "El Desplazamiento Forzado de Colombianos hacia la Región Andina y su Impacto Sobre la Situación Política Regional". Comunidad Andina y Mercosur en la Perspectiva del ALCA, Centro Editorial Javeriano, 2003.
2. Benavides Llerena Gina. Demanda Colombiana de Refugio: Contexto y Desarrollo. Ministerio de Relaciones Exteriores. Seminario "Relaciones Ecuador - Colombia. "Los/as Refugiados/as Colombianos/as En Ecuador". mayo 2006.
3. Camacho Zambrano Gloria. Mujeres al Borde. Refugiadas Colombianas en el Ecuador: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer; Países Andinos. Quito, Ecuador: Programa de Paz y Seguridad, UNIFEM Bogotá, Colombia. 2005.
4. Cartillas sobre Migración. Colombia, Más allá de la Migración: El Refugio Humanitario. Plan Migración, Comunicación y Desarrollo. junio del 2004, N° 5. (Cáritas Española. Centro de Comunicación y Democracia. Fundación un Sol Món - Caixa Catalunya. Asociación Latinoamericana de Educación Radiofónica - ALER Comisión Episcopal de Pastoral Social de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana - CEPAS. Coordinadora de Radios Populares y Educativas del Ecuador - CORAPE. Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio - FEPP. Servicio Jesuita a Migrantes - SJM. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales - ILDIS/FES).
5. Cevallos Marcela. Codhes. Plan Colombia: Contra Productos y Crisis Humanitaria. Fumigaciones y Desplazamiento en la Frontera con Ecuador: Consultoría Para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. 2003.
6. CONDEPE, SIDENPE, Sistemas de Indicadores para las Nacionalidades Y Pueblos Del Ecuador; 2003
7. CODHES, Caracterización del Desplazamiento y el Refugio en la Frontera Colombo-ecuatoriana, 2002. codhes@codhes.org.co.
8. Colombia más allá de la migración: El Refugio Humanitario. Refugiados Colombianos en Ecuador (II). El Refugio Colombiano en Ecuador: Algunas características y tendencias. Centro de Documentación en Derechos Humanos Segundo Montes Mozo S.J. (CSMM). Ecuador; diciembre de 2004.
9. Colombia más allá de la migración: El Refugio Humanitario. Refugiados Colombianos en Ecuador (III). El Refugio Colombiano en Ecuador: Respuestas y Desafíos del Gobierno Ecuatoriano. Centro de Documentación en Derechos Humanos Segundo Montes Mozo S.J. (CSMM). Ecuador; diciembre de 2004.
10. Colombia más allá de la Migración: El Refugio Humanitario. Refugiados Colombianos En Ecuador (IV). El Refugio Colombiano En Ecuador: Respuestas Desde La Sociedad Civil. Centro De Documentación En Derechos Humanos Segundo Montes Mozo S.J. (CSMM). Ecuador; diciembre de 2004.
11. Colombia más allá de la migración: El Refugio Humanitario. Refugiados Colombianos en Ecuador (V). El Refugio Colombiano en Ecuador: Ecuador: ¿Una verdadera oportunidad de vida para colombianos que huyen de la violencia?. Centro de Documentación en Derechos Humanos Segundo Montes Mozo S.J. (CSMM). Ecuador; diciembre de 2004.
12. Colombia, más allá de la migración: El Refugio Humanitario. La Situación de Refugio y Desplazamiento Forzado en Ecuador: Carmen Pérez.
13. Comparación de la Situación de Salud entre población desplazada y receptora en seis ciudades de Colombia. 2000-2003. Organización Panamericana de la Salud. Instituto de Salud Pública Universidad de Antioquia. Colombia. 2004.
14. Conferencia Hemisférica sobre Migración Internacional: Derechos Humanos y Trata de Personas. Santiago de Chile, 20-22 de noviembre de 2002.

15. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento - CODHES 2005.
16. Cuesta Salomón. Rivera, Fredy. "Perfiles y Percepciones del Refugio Colombiano en Ecuador". Documento de Investigación #1. FLACSO-Ecuador: Quito, 2003.
17. Declaración de Cartagena sobre Refugiados. Adoptado por El "Coloquio sobre la Protección Internacional de los Refugiados en América Central, México y Panamá : Problemas Jurídicos y Humanitarios", Celebrado en Cartagena, Colombia, del 19 al 22 de noviembre
18. Decreto N. 3301, 6 mayo 1992, Reglamento para la aplicación en el Ecuador de las Normas Contenidas en la Convención de Ginebra de 1951 sobre el estatuto de los refugiados y en su protocolo de 1967.
19. Desplazados y Desesperados: Evaluación sobre la Salud Reproductiva en la Población Desplazada en Colombia. Reproductive Health Response in Conflict Consortium. C/O Women's Commission for Refugee Women and Children. 2004.
20. Diócesis de Tulcán-CRS, Construcción del Programa Global para la Frontera Norte.- enero 2005.
21. Diócesis de Tulcán-CRS.- Taller de Diagnóstico Imbabura 12-13 octubre 2004.
22. Diócesis de Tulcán-CRS; Taller de Diagnóstico en la provincia de Esmeraldas; nov. 2004
23. Diócesis de Tulcán-CRS; Taller de Diagnóstico en la provincia de Sucumbíos, nov. 2004
24. Diócesis de Tulcán-CRS; Taller de Diagnóstico en la provincia del Carchi; octubre 2004
25. El Plan Colombia, una Política de (IN) Seguridad Humana para las poblaciones del Putumayo. "Construcción de Ciudadanía y Región en un contexto de guerra internacional contra las drogas y el "Terrorismo" El caso del Putumayo", COLCIENCIAS.
26. Encuesta ENDEMAIN 1999. CEPAR. Quito, Ecuador:
27. Encuesta ENDEMAIN 2004. CEPAR. Quito, Ecuador:
28. Estadísticas del Programa de Ayuda y Protección a Refugiados en Sucumbíos (PAR - ISAMIS/ACNUR, mayo, 2001).
29. Fajardo Darío, "Para sembrar paz hay que aflojar la Tierra", En: Instituto de Estudios Ambientales, IDEA, Universidad Nacional de Colombia, 2001.
30. Fortalecimiento del Sector Salud del Ecuador para Atender a la Población Refugiada. Sistematización, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Ediciones Fournier; Quito, Ecuador 2004.
31. FUNPADEM, El rostro ignorado de los desplazados colombianos más allá de las fronteras: Diagnóstico, San José. 2004.
32. Gobierno Provincial de Imbabura, Plan de Desarrollo Estratégico. enero 2002
33. Hacia una visión compartida de las víctimas del conflicto colombiano en los países vecinos. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados y al apoyo de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana y el Consejo Episcopal Latinoamericano.
34. Indicadores UNICEF. 2005
35. Informe "La Frontera Norte del Ecuador: Evaluación y recomendaciones de la Misión Interagencial del Sistema de Naciones Unidas en el Ecuador", julio de 2004.
36. Informe anual de seguimiento a la situación de la frontera. enero - diciembre 2005
37. Informe del Comité Interinstitucional en contra de las fumigaciones (CIF) (10 de noviembre de 2003)
38. Informe foro taller OIPAZ. Thania López.

39. Informe la Misión Internacional de Verificación de la Militarización y Fumigaciones en las zonas de la frontera Colombo Ecuatoriana- junio 2005
40. Informe Misión de Verificación "Impactos en el Ecuador de las fumigaciones realizadas en el Putumayo dentro del Plan Colombia. (FORCCOFES, PUCE, CAS/AFSC, PLAN PAÍS, SERPAJ, Comité Provincial de Derechos Humanos del Carchi, COPOCCAR, Fundación Altrópico, ECOLEX) junio de 2005.
41. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos;VI Censo de población yV de vivienda; 2001.
42. Las Fumigaciones Aéreas sobre cultivos ilícitos si son peligrosas- algunas aproximaciones (Elsa Nivia. 2001).
43. Machado Absalón. La Cuestión Agraria en Colombia a Fines del Milenio, el Áncora Editores, 1998.
44. Maldonado Adolfo. Daños genéticos en la frontera de Ecuador por las fumigaciones del Plan Colombia. Estudio presentado a la Defensoría del Pueblo de Ecuador; noviembre de 2003.
45. Moreano Urigüen Hernán. Las implicaciones del conflicto interno colombiano para las fronteras de Ecuador; Perú, Brasil y Venezuela, 2000-2005. FLACSO-SEDE Ecuador. octubre 2005
46. OACNUDH, ACNUR, CODHES. Compilación sobre desplazamiento forzado. Normas doctrinas y jurisprudencia nacional e internacional, Bogotá, 2001.
47. Observatorio de la Cooperación al Desarrollo en el Ecuador: "UDENOR, Un ambicioso plan para la Frontera Norte". Boletín 2. marzo 2003. pp.3-6.
48. Observatorio de la Política Fiscal (Cartilla 11. julio 2005),
49. Observatorio Internacional por la Paz. Situación de la Frontera - enero marzo 2003
50. Observatorios Juveniles.- SERPAJ- DMQ.- Cartilla de Objeción de Conciencia.- 2005
51. Oipaz. Testimonios de Frontera. Efectos del Plan Colombia en la Frontera Colombo - Ecuatoriana. Quito, 2002.
52. Orellana y Ramírez. "Asistencia Humanitaria" en Naciones Unidas. "Evaluación Común de País - Ecuador: Common Country Assessment (CCA). Visión del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Situación del Ecuador".
53. Página web de Medios para la Paz. www.mediosparalapaz.org.
54. Patterson. Carta de la Embajadora de Estados Unidos en Colombia al Sr. Steven J. Bennett. Director Ejecutivo de la ONG "Witness For Peace". febrero 2002.
55. Pellegrino Adela. La Migración Internacional en América Latina. Tendencias y perfiles de los migrantes. Programa de Población. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.
56. Plan Colombia: Contraproduitos y Crisis Humanitaria. Fumigaciones y desplazamiento en la frontera con Ecuador; Fumigaciones, Plan Colombia e Inseguridad Alimentaria.
57. Plan Operativo del Ecuador de Derechos Humanos de 1999 a 2003. Capítulo sobre Derechos Humanos de los Extranjeros, Migrantes y Refugiados.
58. Prioridades del nuevo orden mundial y desplazamiento forzado de colombianos hacia Ecuador: Consuelo Ahumada Beltrán. Alvaro Moreno Durán. 2005
59. Red de Solidaridad Social Colombia
60. Reporte "La Frontera Norte del Ecuador: Evaluación y recomendaciones de la Misión Interagencial Del Sistema De Naciones Unidas en el Ecuador; julio de 2004".
61. Resultados del diagnóstico "Dimensión y Problemática que afecta a los desplazados hacia Ecuador; Venezuela y Panamá, por el conflicto bélico en Colombia. El rostro de los desplazados colombianos más allá de las fronteras", Publicado en Revista Aportes Andinos. Aportes sobre diversidad, Diferencia e identidad. Junio 2004.

62. Rodas, Susana Et Al. Observatorio Internacional por la Paz. Testimonios de frontera. "Informe anual de seguimiento a la situación de la frontera", enero-diciembre 2005.
63. Romero Mauricio. "La Política en la Paz y la Violencia", Análisis Político No.45, IEPRI, abril, 2002.
64. Romero Mauricio. Resultados del diagnóstico "Dimensión y Problemática que afecta a los desplazados hacia Ecuador; Venezuela y Panamá, por el conflicto bélico en Colombia. el rostro de los desplazados colombianos más allá de las fronteras", publicado en Revista Aportes Andinos. Aportes sobre diversidad, diferencia e identidad. junio 2004.
65. Sánchez-Páramo Carolina. En Breve. "Pobreza en Ecuador". Banco Mundial. mayo 2005.
66. Sistema Común Información MSP 2005
67. Sistema de Información sobre sesplazamiento forzado y derechos humanos, SISDHES-CODHES. www.codhes.org.co
68. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE). Version 3.5.
69. Sistema Único de Registro (SUR), Colombia
70. Soberón Ricardo; Informes de frontera: febrero, diciembre 2005
71. Rodas León Susana. Desplazamiento forzado y refugio. situación de los refugiados. Programa Andino de Derechos Humanos - Universidad Andina Simón Bolívar: Revista Aportes Andinos N° 8. enero 2004
72. Rodas León Susana. Informe de seguimiento a la situación de la frontera enero - diciembre 2003 Observatorio Internacional por la Paz. Quito- 2003
73. Túpac-Yupanqui, L., Refugiados Colombianos en Lago Agrio, Servicio Jesuita a Refugiados, SJR-Ecuador: 2001.
74. Viquez, Roxana M. "Diagnóstico de la dimensión y problemática que afecta a los desplazados hacia Ecuador; Venezuela y Panamá, por el conflicto bélico en Colombia". San José: FUNDAPEM, 2003.
75. Williams, G. M., Kroes, R. Munro, L, C. Safety Evaluation and Risk Assessment of the Herbicide Rounup and its Active Ingredient, Glyphosate, for Humans. Regulatory Toxicology and Pharmacology: 2000.
76. Zuluaga Nieto Jaime (2002) "Guerra Prolongada, Negociación incierta: Colombia", En: León, R. B. (compilador), Violencia, Sociedad y Justicia en América Latina, Buenos Aires: Flacso, 2002.

4 Provincias de la zona norte del Ecuador

