

población y desarrollo

Migración y salud en zonas fronterizas: Colombia y el Ecuador

Abelardo Morales

Guillermo Acuña

Karina Li Wing-Ching



NACIONES UNIDAS



Centro Latinoamericano y Caribeño
de Demografía (CELADE) - División
de Población de la CEPAL



Santiago de Chile, septiembre de 2010

Este documento fue preparado por Abelardo Morales, consultor del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE – División de Población de la CEPAL), en el marco del Proyecto Promoción de los Derechos Humanos de Jóvenes y Mujeres Migrantes y Fortalecimiento de los Programas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, Incluido el VIH/SIDA, y Violencia de Género en Zonas Fronterizas de Países Seleccionados del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). En la elaboración del documento también participaron Guillermo Acuña y Karina Li Wing-Ching. El documento fue realizado bajo la coordinación de Alejandro I. Canales, y la supervisión final de Jorge Martínez Pizarro y Leandro Reboiras Finardi, del CELADE.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 1680-8991

ISBN: 978-92-1-323443-3

LC/L.3247-P

N° de venta: S.10.II.G.52

Copyright © Naciones Unidas, septiembre de 2010. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. Caracterización de las zonas fronterizas	11
1. La frontera entre Colombia y el Ecuador	12
1.1 Población y aspectos generales de la geografía humana	13
1.2 Población móvil y población inmigrante en el espacio transfronterizo.....	14
II. Caracterización sociodemográfica	19
1. Algunas características de la población desplazada en la frontera.....	21
1.1 Nariño.....	21
1.2 Putumayo.....	22
2. Población desplazada y migrante en la frontera ecuatoriana: algunas características	23
3. La situación de las poblaciones indígenas colombianas e indígenas y afroecuatorianas en las zonas de frontera.....	27
III. Diagnóstico sobre el estado de la salud sexual y reproductiva en la zona fronteriza	29
1. Agencias gubernamentales	30
1.1 La defensoría del pueblo de Colombia.....	30
1.2 El trabajo binacional y multilateral en salud	30
1.3 Acceso universal a la prevención y atención en VIH/SIDA.....	32
1.4 Informe sobre VIH/SIDA	33
1.5 Política del Ecuador en materia de refugio	33

1.6	Plan nacional sobre VIH/SIDA	33
2.	Organizaciones internacionales	34
2.1	Organización Internacional para las Migraciones	34
2.2	Programa de asistencia de emergencia	34
2.3	Cooperación UNFPA	34
3.	Organizaciones no gubernamentales	35
3.1	Amnistía Internacional	35
3.2	Reproductive Health Response in Conflict Consortium	35
3.3	Profamilia	36
3.4	Misión internacional de observación en la frontera	36
3.5	Fundación Ecuatoriana de Acción, Estudios y Participación Social	36
3.6	Defensoría del Pueblo de Colombia	37
4.	Producción académica	37
4.1	Ponencia sobre mujeres refugiadas colombianas	37
4.2	Libro sobre el desplazamiento forzado de colombianos	37
IV.	Balance del tejido de organizaciones y acciones institucionales	39
1.	Acciones en el ámbito de la cooperación internacional	39
1.1	Colombia	39
1.2	El Ecuador	43
2.	Organizaciones gubernamentales: políticas y programas existentes a nivel nacional, regional, provincial o local	45
2.1	Colombia	45
2.2	El Ecuador	46
3.	Organizaciones no gubernamentales: características y relación con poblaciones migrantes	47
3.1	Colombia	47
4.	Concertaciones y experiencias de trabajo en redes	49
V.	Aspectos legislativos y normativos	51
1.	Normativa internacional	52
1.1	Colombia	52
1.2	El Ecuador	52
2.	Normativa nacional, políticas y planes en Colombia y el Ecuador	52
2.1	Colombia	52
2.2	El Ecuador	56
VI.	Síntesis y conclusiones finales	61
1.	La caracterización de las fronteras	61
2.	Sobre el diagnóstico de la situación de salud de las poblaciones migrantes a partir de un estado de la cuestión	62
3.	La dimensión organizativa	63
4.	Normativa	64
Bibliografía		65
Serie Población y desarrollo: números publicados		67

Índice de cuadros

CUADRO 1	ECUADOR: AUMENTO DE POBLACIÓN DE ORIGEN COLOMBIANO, SEGÚN PROVINCIAS	17
CUADRO 2	ASISTENCIA A ESCUELAS POR PARTE DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA COLOMBIANA EN PAÍSES LÍMITROFES	24
CUADRO 3	MOTIVO DE CONSULTA DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA COLOMBIANA EN PAÍSES LÍMITROFES	25

CUADRO 4	ÍNDICE DE DESEMPLEO DE LA POBLACION DESPLAZADA COLOMBIANA EN PAÍSES LIMÍTROFES.....	25
----------	----------------------------------------------------------------------------------------	----

Índice de recuadros

RECUADRO 1	LAS CONDICIONES SOCIO INSTITUCIONALES EN LAS LOCALIDADES FRONTERIZAS ECUATORIANAS.....	16
RECUADRO 2	LA TRATA Y EL TRÁFICO DE PERSONAS EN LA FRONTERA COLOMBIA-ECUADOR	20

Resumen

Colombia y el Ecuador han mantenido históricamente una dinámica muy fluida de vínculos bilaterales. La línea divisoria entre los Estados recorta un conjunto de unidades geográficas y espacios ecológicos, con características culturales, estrategias de reproducción social y otras formas de vida que no encuentran diferencias a pesar de la existencia de la demarcación internacional. La franja fronteriza colombiana está compuesta por dos departamentos: Nariño y Putumayo, y el tramo ecuatoriano es ocupado por tres provincias: Esmeraldas, Carchí y Sucumbíos. En ese espacio colombo-ecuatoriano conviven 11 familias étnicas que lo han convertido en su hábitat y medio de subsistencia.

La problemática de la frontera se puede dividir en dos dimensiones: económica y política. En la primera se manifiestan una serie de características de un desarrollo relativamente rezagado en ambos países, pero sobre todo del lado colombiano. La importancia de la frontera para el Ecuador se localiza en especial en la parte occidental de la provincia de Sucumbíos, donde está el primer recurso estratégico del país (los principales yacimientos petroleros). Además la mayor infraestructura en esa franja es el Oleoducto Transandino que recorre 306 Km., desde el Lago Agrio en el Ecuador hasta el puerto de Tumaco en la costa del pacífico de Colombia.

La presencia de las poblaciones móviles, migrantes en la frontera entre Colombia y el Ecuador está atravesada por un conjunto de factores de naturaleza sociopolítica, económica y ambiental. Pese a su diversidad, los problemas que enfrentan estos grupos de población son similares; las causas de la emigración o del desplazamiento, ya sean económicas, políticas, ambientales y sanitarias, además de la fragilidad de las instituciones para resolver las necesidades de la población, determinan un contexto común para sujetos diversos.

Una de las limitaciones de la información es que no permite dar cuenta de características asociadas a la salud; no obstante, se ha dispuesto de algunas menciones sobre el acceso a servicios de salud (OIM, 2001) o los motivos de consulta de las mujeres y los niños desplazados (salud reproductiva e infecciones respiratorias, respectivamente).

Los efectos del conflicto interno colombiano en las dinámicas poblacionales, así como las fallas que presentan los servicios de salud en las localidades receptoras de población desplazada y refugiada a ambos lados de la frontera, son dimensiones vinculadas con las condiciones de salud de esas poblaciones.

En materia de salud reproductiva, la población desplazada presenta problemas como la violencia de género, los embarazos en adolescentes, servicios de parto inadecuados, especialmente en complicaciones en el embarazo y en el parto, así como una falta de recursos económicos para tener acceso a medicamentos o a cuidados básicos. Algunas acciones ejecutadas desde la sociedad civil y organizaciones internacionales brindan apoyo frente a los requerimientos de las poblaciones desplazadas en situaciones de frontera. Siendo la zona fronteriza ecuatoriana, la que más presión recibe por parte de la población desplazada y refugiada cuando cruza la frontera, las acciones ensayadas desde distintos ámbitos son pertinentes pero no alcanzan para abordar con integralidad la problemática. Sin embargo, debe indicarse que en años recientes, los gobiernos de ambos países también han desarrollado acciones orientadas al abordaje de las distintas dimensiones que intervienen en la calidad de vida de las personas migrantes y desplazadas en la zona de frontera.

Han sido pocos los estudios a los cuales se ha tenido acceso, que den cuenta de otras dimensiones que afectan las condiciones de salud sexual y reproductiva, así como de los derechos humanos de dichas poblaciones en torno a esta problemática. Se destaca la poca producción de trabajos sobre el tema en medios académicos. En el proceso de investigación no se logró identificar abordajes con esta característica, que releven los marcos de relación entre la migración, la población desplazada y refugiada y la salud sexual y salud reproductiva en las regiones fronterizas entre ambos países.

Si bien es importante consignar el desarrollo de estudios que posicionan la problemática de la región fronteriza, como una zona “puesta en agenda” por actores sociopolíticos y la geoestrategia internacional, también es necesario considerar que para los efectos de políticas públicas en materia de salud, las universidades de ambos países deben involucrarse en la producción de información oportuna sobre la relación entre migración y salud en la zona binacional de frontera.

En cuanto a legislación, la información analizada permite considerar dos aspectos fundamentales: por un lado, el desarrollo de avances notables en la legislación y la política colombiana y ecuatoriana, con relación al tema del desplazamiento y la inclusión de marcos específicos de atención a la salud de la población desplazada, en particular algunas consideraciones expuestas con relación al tema de la salud sexual y salud reproductiva. Por otro lado, la inclusión en algunas iniciativas ecuatorianas, como la del Plan Nacional de Derechos Humanos y el Plan Ecuador, de la gestión del derecho humano de las poblaciones refugiadas, apátridas y de otra naturaleza.

En la última década se han puesto en marcha una serie de planes de desarrollo enfocados a mejorar la infraestructura y los estándares de vida de la población en ambos países, mediante inversiones, algunas vinculadas al Plan Colombia apoyado por el Gobierno de los Estados Unidos de América en la franja colombiana, y otras llevadas a cabo por el Gobierno del Ecuador en esa misma dirección. Pese a los avances encontrados, es preocupante que las acciones detectadas en ambos casos se diseñen desde concepciones y enfoques territorialmente centralizados, que dejan por fuera la gestión y el abordaje específicos a la situación de las poblaciones desplazadas, movilizadas y refugiadas que transitan y permanecen en las comunidades de frontera. Se debe indicar sin embargo, los esfuerzos realizados por la cancillería ecuatoriana, a fin de desplazarse hacia oficinas desconcentradas del ACNUR para realizar trámites de reconocimiento por condición de refugio.

Introducción

El presente informe forma parte del proyecto desarrollado conjuntamente por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la División de Población de la CEPAL (CELADE) sobre Promoción de la salud sexual y reproductiva, incluyendo violencia de género y HIV/SIDA de poblaciones móviles, particularmente jóvenes y mujeres en áreas fronterizas vulnerables.

Este documento de sistematización se propone elaborar una caracterización de la problemática referida en la zona fronteriza común entre Colombia y el Ecuador, así como la elaboración de un diagnóstico sustentado en los resultados del estado del arte sobre el tema. Esta tarea ha implicado identificar, recolectar, resumir y organizar informes, estudios, investigaciones y otros materiales existentes sobre los temas atinentes a la salud sexual y reproductiva de las poblaciones migrantes en las localidades del área fronteriza analizada.

Para su realización, se hizo un repaso de fuentes secundarias localizadas en diferentes ámbitos, repasando la información producida a través de informes institucionales, memorias de proyectos ejecutados o en transcurso de parte de organismos internacionales; se han analizado acciones para enfrentar los problemas de salud, metodologías de intervención y actividades desarrolladas por organizaciones de la sociedad civil, con especial atención en el trabajo en las fronteras seleccionadas, así como un repaso de algunos trabajos impulsados por otras organizaciones relacionadas a la salud de las poblaciones móviles y migrantes.

Fuentes utilizadas. Características, limitaciones y carencias

El estudio utilizó fuentes que buscaban priorizar las dimensiones nacionales, regionales, transfronterizas; además, procura poner de relieve los procesos sociales, económicos, políticos y culturales que caracterizan el desarrollo de la zona de integración fronteriza entre Colombia y el Ecuador.

Si bien esta zona de integración fronteriza es continuamente referenciada, debido a los niveles de complejidad que caracterizan las relaciones de los actores civiles y políticos de uno y otro lado, la mayoría de las referencias hacen alusión al carácter sociopolítico de las relaciones y las formas como los distintos actores están ubicados estas; de manera que los estudios, acciones, programas y proyectos sobre la relación entre migración, poblaciones móviles y migrantes y situación de frontera, recogen algunos aspectos relevantes sobre el tema de salud, pero expresa siempre la falta de abordajes concretos y oportunos sobre este proceso.

La metodología utilizada privilegió un análisis y sistematización de fuentes secundarias de origen y producción diversa. En este sentido, es posible que este documento sea una aproximación al real estado de la construcción de conocimiento sobre la relación entre migración y salud en la zona de integración inter fronteriza entre ambos países.

I. Caracterización de las zonas fronterizas

Las fronteras territoriales han jugado un papel muy importante en el desarrollo histórico y social de las poblaciones de América Latina. La geografía política del hemisferio se caracteriza por una serie de divisiones territoriales que separan jurisdicciones entre Estados y definen pueblos y naciones distintas (Kymlicka, 2006). No obstante, en las fronteras no sólo es posible observar el límite que separa a Estados diferentes, sino también distintos espacios de encuentro e intercambio y, por lo tanto, un conjunto de factores de integración natural entre sociedades separadas por su demarcación política. Aunque una serie de factores geopolíticos han hecho de las fronteras espacios de conflicto, tensión y disputas, también es cierto que a través de ellas se organiza un intenso tránsito de personas y, dependiendo de casos específicos, una importante parte del comercio y de otros flujos entre sociedades vecinas. Por eso, a pesar de su rigidez demarcadora, en las fronteras resalta la movilidad y la frecuencia de los cruces, más intensos en dependencia de la porosidad que las caracterice.

En algunos puntos de la geografía hemisférica, las fronteras han permanecido en una suerte de abandono o sujetas a una visión vinculada a la seguridad y la defensa del territorio. Sin embargo, estas no han escapado a los efectos de la globalización económica, social y cultural. Bajo esos efectos, las fronteras no han desaparecido ni se han debilitado en su función de resguardo de la soberanía de los Estados, sino que la porosidad derivada de los nuevos flujos ha obligado a una mayor atención de los entes estatales. No obstante, la persistencia de viejos problemas y la aparición de nuevas realidades estimulan la adopción de perspectivas políticas, donde la cooperación es vista como una nueva oportunidad para enfrentar riesgos que sobrepasan la capacidad de acción individual de los Estados.

Bajo esas premisas, el análisis de las condiciones de vida de los grupos asentados en las localidades cercanas a las líneas fronterizas, así como de las poblaciones que transitan por allí, puede verse afectado por una u otra perspectiva. Por lo tanto, en este estudio se persigue no sólo identificar los perfiles de la población que habita o transita las fronteras, sino también lograr la caracterización de su situación de salud, incluyendo su salud sexual y reproductiva. También en ese esfuerzo, se procura conocer cuál es el dispositivo institucional y de redes de protección en el ámbito de la salud y cuáles son los esfuerzos, necesidades y debilidades además de esos marcos de protección.

1. La frontera entre Colombia y el Ecuador

Colombia y el Ecuador comparten una frontera terrestre de 585 Km., que consolida un tejido social transfronterizo que adquiere cada vez mayor importancia¹. Ambas sociedades han mantenido históricamente una dinámica muy fluida de vínculos bilaterales que, hasta hace poco tiempo, se ha manifestado en relaciones fronterizas sin grandes controversias. La territorialidad administrativa del espacio transfronterizo comprende distintas entidades en cada uno de los territorios colindantes. La franja fronteriza colombiana está compuesta por dos departamentos: Nariño, en la conformación espacial del Pacífico, y Putumayo, que se extiende tanto en el espacio andino como en la Amazonía. Del lado colombiano, 16 municipios se extienden de oeste a este: Tumaco, Barbacoas, Ricaurte, Cumbal, Mallama, Cuaspud, Aldana, Guachucal, Pupiales, Córdoba, Potosí, Ipiales, San Miguel, Valle del Guamez, Puerto Asís y Puerto Leguizamo. El tramo ecuatoriano es ocupado por tres provincias: Esmeraldas, Carchí y Sucumbíos; que se subdividen en siete cantones: San Lorenzo, Tulcán, San Pedro de Huaca, Sucumbíos, Cascales, Lago Agrio y Putumayo.

Como sistema geográfico esa frontera abarca tres espacios continentales: el pacífico, el andino y la amazonía. El primer tramo de aproximadamente 150 Km. se extiende desde el litoral Pacífico hasta el piedemonte occidental de la cordillera de Los Andes (en el municipio de Barbacoas, visto desde el lado colombiano). El segundo tramo, de unos 100 Km. aproximadamente, se caracteriza por el relieve de la cordillera de los Andes con alturas de hasta 4.000 metros sobre el nivel del mar. En ese tramo se encuentra el puente de Rumichaca, que es el principal punto de control migratorio entre ambos países y comunica a Ipiales en Colombia y a Tulcán en el Ecuador. Por último, el tramo más extenso (más de 300 Km.), corresponde al área sur del departamento de Putumayo, y se caracteriza por ser la región selvática.

La función demarcatoria de esta frontera también ha estado en correspondencia con la consolidación del modelo de Estado nación en ambos países. Su trazado no establece diferencias de carácter geográfico ni cultural entre las sociedades que han quedado divididas por el límite, pues la línea divisoria entre los Estados recorta un conjunto de unidades geográficas y espacios ecológicos, con los cuales interactúan también varios grupos poblacionales con características culturales, estrategias de reproducción social y otras formas de vida que no encuentran diferencias a pesar de la existencia de la demarcación internacional. En ese espacio colombo-ecuatoriano conviven 11 familias étnicas que lo han convertido en su hábitat y medio de subsistencia.

La problemática de la frontera se puede dividir en dos dimensiones: económica y política. En cuanto a la primera, relacionada con su dinamismo económico, se manifiestan una serie de características de un desarrollo relativamente rezagado en ambos países, pero sobre todo del lado colombiano. La importancia de la frontera para el Ecuador se localiza en especial en la parte occidental de la provincia de Sucumbíos, donde está el primer recurso estratégico del país (los principales yacimientos petroleros), por eso que esta frontera tiene una importancia central para el Ecuador. Además la mayor infraestructura en esa franja está constituida por el Oleoducto Transandino que recorre 306 Km., desde el Lago Agrio en el Ecuador hasta el Puerto de Tumaco en la costa del pacífico de Colombia.

En la última década se han puesto en marcha una serie de planes de desarrollo enfocados a mejorar la infraestructura y los estándares de vida de la población en ambos países, mediante

¹ Colombia por su parte también colinda en su sección terrestre con Panamá, la República Bolivariana de Venezuela, el Brasil y el Perú; entre tanto el Ecuador lo hace con el Perú.

inversiones, algunas vinculadas al Plan Colombia apoyado por el Gobierno de los Estados Unidos de América en la franja colombiana, y otras llevadas a cabo por el Gobierno del Ecuador en esa misma dirección. No obstante, esas dos estrategias aparecen desarticuladas entre sí y no encaminadas al establecimiento de planes binacionales de desarrollo de los poblados fronterizos de uno y otro Estado. Por el contrario, las percepciones geopolíticas durante el último decenio han constituido un obstáculo para esa cooperación. Los esfuerzos que inicialmente habían emprendido ambos Estados para diseñar un plan binacional de fronteras se vieron afectados, primero por los efectos del Plan Colombia sobre las relaciones con el Ecuador, pero especialmente a partir de marzo de 2008, luego de un ataque de las Fuerzas Armadas de Colombia en territorio ecuatoriano sobre un campamento de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), en la cual murió alias Raúl Reyes.

Pese a la importancia económica, las poblaciones fronterizas tanto colombianas como ecuatorianas se han caracterizado por los bajos estándares en sus indicadores de desarrollo social.

La segunda dimensión política está fuertemente influenciada por la seguridad. A pesar de su importancia económica y estratégica para la explotación y suministro del petróleo, así como para la integración regional y cooperación económica entre los dos países, la dimensión política y de defensa ha venido adquiriendo cada vez más importancia en la dinámica transfronteriza. Información de diversas fuentes caracteriza a esta frontera como la segunda más importante para Colombia y “escenario de una compleja confluencia de crimen organizado y organizaciones al margen de la ley, que en muchas oportunidades ha significado la desaparición de la división territorial, convirtiendo a esta región geográfica en un centro de operaciones sin igual para el crimen transnacional” (<http://www.seguridadydemocracia.org/docs/pdf/boletin/boletin22Completo.pdf>).

La contrapartida de esta situación fue la intensificación de la presencia militar y de las operaciones emprendidas por el Estado colombiano en contra de los grupos guerrilleros y la producción de coca. Estas operaciones comenzaron a ser objeto de controversia en las relaciones bilaterales. El Estado ecuatoriano por su parte, si bien mantenía una presencia militar importante en las provincias del norte, procuraba conservar su neutralidad respecto del conflicto de su vecino. A pesar de que se comenzó a acusar al Ecuador de ser un santuario de los grupos armados, el Estado de dicho país no asumía la responsabilidad por la presencia de grupos irregulares colombianos en la frontera, sino que reclamaba a su homólogo de Bogotá ser responsable del desbordamiento del conflicto hacia las fronteras vecinas. El problema no es reciente, desde antes de la administración de Rafael Correa, las percepciones del Estado ecuatoriano se comenzaron a mostrar sensibles debido a los efectos de la estrategia de antinarcóticos del Estado vecino. Esas diferencias fueron escalando y afectando el manejo de las relaciones bilaterales, pero sobre todo el tratamiento de la cuestión fronteriza. El efecto de esta situación fue el congelamiento de varias iniciativas de cooperación bilateral, entre ellas el funcionamiento de la Comisión Binacional Fronteriza (COMBIFRONT), instalada en 1996.

1.1 Población y aspectos generales de la geografía humana

Según el Censo Nacional de Población de 2001, el Ecuador tenía una población que a principios de la década se estimaba en 12.156.608 habitantes (a 2008 estimaban la población en 13.805.095). Esa población estaba distribuida en forma heterogénea en el territorio continental e insular. Regionalmente se evidenciaba una concentración en la costa, con 6.056.223 habitantes, y en la sierra, con 5.460.738 personas; 49,8% y 45%, respectivamente. Si bien la región amazónica ocupa la mayor parte de superficie del territorio, sólo albergaba el 4,5% de la población del país (548.419 personas). Otras zonas no delimitadas y la parte insular contenían apenas al 0,7% de la población (18.640 habitantes). La mayoría de quienes residían en la costa lo hacían cerca al mar, mientras que los de la sierra en los valles interandinos; en cambio, en la amazonía se habían dispersado varios núcleos localizados en diferentes sitios de la región.

En el caso de Colombia, tenía una población de 42.888.592 personas, según el Censo General de Población 2005 (a 2008, se estimaba en 44.450.260 habitantes), que se agrupa en el centro del país, en detrimento de la periferia; ese proceso ha seguido el mismo patrón de concentración de las actividades económicas. La distribución territorial de la población asemeja el contraste entre las diversas “regiones

económicas” del país a lo largo del último cuarto de siglo pasado. La región más próspera es la llamada región élite, con apenas el 8% del territorio del país pero los más elevados indicadores de desarrollo, concentraba a comienzos del presente decenio el 42,8% del total de la población colombiana. En contraste, la región periférica era la más atrasada, con bajos niveles en provisión de servicios básicos e infraestructura e insuficientes niveles de ingreso; en el año 2000 albergaba sólo al 2% del total nacional, mientras que su extensión era el 11,9% del territorio.

Sin duda alguna es en el “resto” de regiones donde se localiza la menor presencia habitacional; aunque ocupa el 42,2% del territorio nacional sólo poseía el 3% de la población total en el 2000. Sin embargo, durante las últimas tres décadas estas áreas han experimentado un proceso de crecimiento, pues su participación en 1975 era de 1,4% de la población total.

Durante las últimas décadas del siglo XX, el aumento poblacional se distribuyó principalmente en las zonas urbanas, con lo cual se consolidó un proceso de metropolitanización que favoreció a las grandes ciudades y los principales complejos urbanos, en detrimento de las demás zonas, especialmente fronterizas, como la del Ecuador (Murad, 2003).

Aparte de los aspectos económicos que explican esta dinámica, una serie de factores ambientales y, en particular, los efectos del conflicto armado sobre el desplazamiento interno de la población, son dos variables importantes en la relación entre demografía y territorio. El desplazamiento de personas en Colombia no es un fenómeno reciente, “no obstante desde 1985 el aumento ha estado asociado a la agudización del conflicto armado. Se estima que entre 1985 y mediados de 2002, la población desplazada en el país alcanzó a 2.706.023 personas, con aumentos significativos a partir de 1993” (CODHES, s/f).

En décadas más recientes, los enfrentamientos en las zonas petroleras han llevado al desalojo de habitantes, además bajo la influencia económica del narcotráfico y el surgimiento de grupos de autodefensa para proteger, principalmente, los intereses en minería, ganado y agricultura en la década del ochenta, tanto la tierra como el territorio han ido adquiriendo distintas valoraciones que van más allá de la tradicional explotación agropecuaria. Las mejores tierras y los espacios estratégicos son objetivo prioritario de los grupos armados que propician la expulsión de los pobladores más vulnerables y dejan campo abierto a sus intereses económicos y políticos. La violencia y el desplazamiento forzado son, actualmente, expresiones del conflicto por la propiedad y control sobre la tierra, manifiestas en el antagonismo entre latifundio ganadero y/o empresa agroindustrial y el minifundio campesino y de la lucha por el dominio y control del territorio como espacio estratégico de orden político económico que se orienta hacia la población.

1.2 Población móvil y población inmigrante en el espacio transfronterizo

Las poblaciones colombianas y ecuatorianas de la frontera han tenido una relación de vieja data, pues las migraciones de Colombia al Ecuador y viceversa son tan antiguas como el comercio entre los dos países. Por ejemplo, hacia la provincia de Sucumbíos (localidad fronteriza ecuatoriana) han habido desplazamientos de colombianos desde el decenio de los cincuenta (Ahumada y otros, 2004).

La primera oleada de migración de colombianos se presentó en los años setenta, a raíz de las actividades de producción y exportación de petróleo en el Ecuador. La dinámica poblacional en Sucumbíos cambió debido a los nuevos asentamientos de migrantes colombianos. Una segunda oleada de migrantes provenientes del sur se inició en 1998. En la composición de dicho grupo, predominaba la población campesina que salió debido a la difícil situación económica, las deficiencias de acceso a los servicios públicos, la violencia² y más recientemente la aplicación de fumigaciones.

² De acuerdo con Moreano (2006) a partir de datos del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas del Ecuador (COMACO), en los departamentos de Nariño y Putumayo se encuentran el Frente Comuneros de Sur del Ejército de Liberación Nacional (ELN) y el Bloque Libertadores del Sur de las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) (en los límites con las provincias ecuatorianas de Esmeraldas y Carchi), los frentes 2, 32 y 48 de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) (en la zona limítrofe de la

Entre las consecuencias para el Ecuador del conflicto interno colombiano y del Plan Colombia en la frontera están los refugiados, las familias desplazadas, el aumento de la pobreza, la exclusión, la marginalidad y la inseguridad.

Según Camacho (2005), citando al Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) "...la región denominada "frontera norte" desde Ecuador y "frontera sur" desde Colombia ha recibido entre 2000 y 2003 más de 21.000 solicitudes de asilo de población colombiana desplazada (ACNUR, 2003). Dicha región corresponde a los estados de Carchi, Esmeraldas, Imbabura y Sucumbíos que se caracterizan por altos índices de pobreza, desempleo, falta de infraestructura y contaminación ambiental, dificultando así aun más la posibilidad de acoger de una forma adecuada a la población desplazada en busca de refugio".

Para Colombia, las alteraciones del mapa sociodemográfico como consecuencia de los desplazamientos por la violencia, que se manifiestan en la fragmentación, polarización y desintegración de la sociedad, tienen como muestra representativa el caso de las fronteras de este país (Ahumada y otros, 2004).

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las poblaciones desplazadas y refugiadas que permanecen en la región fronteriza entre Colombia y el Ecuador? ¿Cuáles son sus principales necesidades y requerimientos en materia de salud sexual y salud reproductiva?

El presente informe es un esfuerzo de análisis y sistematización sobre el perfil de las poblaciones desplazadas y refugiadas en los territorios fronterizos entre Colombia y el Ecuador, que intenta contestar las preguntas planteadas.

La información seleccionada para realizar este ejercicio muestra una serie de carencias en cuanto a la actualidad, profundidad y rigurosidad de los datos que se deben tomar en cuenta.

Se ha tenido acceso a varios informes, evaluaciones y descripciones de la realidad de la población desplazada y la que se moviliza hacia las propias localidades fronterizas. Esa información permite un acercamiento a esa realidad social, sin embargo persisten vacíos de sobre las características sociodemográficas de esa población, las características y condiciones de salud y en especial sobre la salud sexual y la salud reproductiva.

A continuación se presentan los principales resultados de esta búsqueda de información y su correspondiente sistematización y análisis.

1.2.1 Distribución espacial de la población desplazada y refugiada en localidades fronterizas de Colombia y el Ecuador

El proceso de movilidad interna y transfronteriza ha sido especialmente significativo en años recientes. Camacho (2005) consigna que en los últimos años, el Ecuador ha recibido un importante y creciente flujo de población proveniente de Colombia.

Según el censo de población de 2001, en el Ecuador se reportaba la presencia de 51.556 personas nacidas en Colombia, de ellas 21.519 (42%) residían en la provincia de Pichincha, y un porcentaje similar 21.439 (42%) en otras provincias de la frontera norte: 14% en Carchi, 13% en Imbabura, 8% en Sucumbíos y 7% en Esmeraldas. La distribución de esta población en los territorios de frontera supone una serie de desafíos institucionales y de coordinación de políticas públicas orientadas a la atención de los problemas que dicha presencia implica.

La población en condición de desplazamiento interno y refugio en las localidades fronterizas entre Colombia y el Ecuador presenta varios perfiles en su distribución socio espacial.

provincia de Sucumbíos), quienes se enfrentan con el bloque sur de las AUC en el Putumayo. Esta cita evidencia la complejidad de algunos de los actores que se enfrentan en el conflicto en la región fronteriza.

La presencia de la población desplazada interna es notable también en distintas localidades fronterizas colombianas de Nariño y Putumayo, que a su vez son expulsoras de población hacia otras comunidades y regiones colombianas.

Al mismo tiempo, en el cruce de la frontera con el Ecuador, la población colombiana en situación de desplazamiento interno pasa a la condición de refugio³, y se ubica en Sucumbíos, Carchí y Esmeraldas⁴. Quienes se movilizan al Ecuador lo hacen por miedo a la violencia y a los grupos armados ilegales. El territorio de la frontera tiene condiciones de acceso muy difíciles e índices de pobreza y subdesarrollo del Ecuador que no lo hacen atractivo para la población originaria del Ecuador, pero estas condiciones no son barrera para que los colombianos migren buscando protección para sus familias.

Según los análisis de Romero (2004), la mayoría de población que cruza la frontera proviene de los departamentos fronterizos de Nariño y Putumayo y lo hace por los puestos oficiales fronterizos de control migratorio: Rumichaca y Puente San Miguel.

RECUADRO 1

LAS CONDICIONES SOCIO INSTITUCIONALES EN LAS LOCALIDADES FRONTERIZAS ECUATORIANAS

- Cierre de 13 escuelas fronterizas en Sucumbíos, deserción escolar y disminución de la calidad profesional de los docentes, pues se ha debido optar por bachilleres ante la negativa de algunos maestros de trabajar en la zona, especialmente después de noviembre de 2004, cuando el maestro Walter Sosa junto con su esposa embarazada fueron detenidos en el trayecto a su casa, transportados a Colombia, acusados de guerrilleros y cortados con motosierra.
- En Esmeraldas, la afluencia de niños colombianos presiona la demanda por educación.
- La situación de pobreza ha aumentado la migración interna y transfronteriza, especialmente de jóvenes. Se calcula una migración de un 55% de la población que va eliminando las fronteras vivas y da paso a una situación donde la delincuencia encuentra caldo de cultivo en numerosas personas descontentas. La migración no es mayor, porque la población refiere no tener adónde ir, pero todos han pensado hacerlo.
- Hasta ahora las autoridades no han dado respuesta a la población afectada, que no se siente parte de una patria que les tiene en el abandono.
- El incremento de la población migrante interna y transfronteriza va generando asentamientos con características de hacinamiento y falta de acceso a servicios básicos. La presión ejercida sobre los servicios de salud es muy alta, pues ante planificaciones de 1.500 vacunaciones hay carencia para 4.000 demandadas.
- En Esmeraldas, la alta concentración de palmicultoras en la zona ofrece espacios de trabajo que, en buen número, son ocupados por población colombiana desplazada, indocumentada y que no accede a condiciones justas de pago.
- El comercio sexual, que afecta a población también adolescentes, y la violencia se han incrementado en la zona.

Fuente: Informe Misión Internacional en Frontera Ecuatoriana con Colombia (CIF, 2005).

Por otra parte, grupos de población indígena y afroecuatoriana se han visto desplazados de sus localidades debido al impacto que sufren debido a dos situaciones: la extensión del conflicto colombiano y las incursiones de grupos armados en sus territorios; además el efecto socio ambiental de las fumigaciones con *Glifosato*, químico utilizado en la erradicación de los cultivos ilícitos de coca. No se cuenta con datos exactos que permitan identificar el volumen de población indígena y afroecuatoriana que es desplazada de sus comunidades por esta situación.

Romero indica que en los últimos años la migración colombiana hacia el Ecuador ha crecido, manifestándose en las provincias ecuatorianas fronterizas. Sin embargo, no se desagregan datos respecto a las distintas poblaciones existentes al interior del colectivo de desplazados internos.

³ Existe una escasa solicitud de refugio debido al miedo, desconocimiento, orgullo personal por considerarlo “estigmatizante” o porque no ven posibilidades de éxito en la gestión y beneficio (Romero, 2004).

⁴ Tres provincias ecuatorianas (Esmeraldas, Carchi, y Sucumbíos) colindan con territorio colombiano en una línea fronteriza que se extiende en forma transversal a lo largo de 543 Km. Las tres provincias pertenecen, respectivamente, a las tres regiones geográficas del Ecuador continental: costa, sierra y amazonía. (Camacho, 2005).

CUADRO 1
ECUADOR: AUMENTO DE POBLACIÓN DE ORIGEN COLOMBIANO,
SEGÚN PROVINCIAS

Pichincha	Carchi	Imbabura	Sucumbíos	Esmeraldas
48%	16%	15%	10%	8%

Fuente: Romero, 2004.

Este dato parece ser congruente con datos oficiales de la Cancillería del Ecuador, que según Camacho (2005), estima que 2.300 refugiados cruzaban la frontera cada seis meses.

II. Caracterización sociodemográfica

Un intento de caracterización de la población en el contexto de la frontera Colombia–Ecuador implica tomar en cuenta el perfil de la población que se moviliza por diversos motivos, así como sus efectos sobre el territorio.

En el proceso de recopilación de información se apreció una dificultad para encontrar datos más agregados sobre dicho perfil. La complejidad ya señalada de la frontera puede constituir un obstáculo para darle un adecuado seguimiento a las características de la población; ello es debido tanto a las características de la movilidad, el contexto social y político de la frontera y la ausencia de mecanismos de registro y monitoreo de las personas que se desplazan.

Considerando las anteriores carencias de la información, la caracterización sociodemográfica de la población desplazada y migrante internacional, alguna en condición de refugio cuando cruza la frontera con el Ecuador, se asume de forma parcial en el intento de acercarse a su heterogeneidad. Asimismo, el análisis incluye una aproximación preliminar a las características de la población desplazada en ambos países.

Al margen de las definiciones y especificidades que adquiera la población en cada caso en particular, Ahumada y otros (2004) citan una tipología elaborada por el Comité Internacional para el Desarrollo de los Pueblos (CISP) acerca de las poblaciones que se movilizan entre los diferentes territorios fronterizos. Esta definición general es elaborada tomando en cuenta las características del desplazamiento, la forma del ingreso a ese país y en la nueva residencia que adoptan:

RECUADRO 2

LA TRATA Y EL TRÁFICO DE PERSONAS EN LA FRONTERA COLOMBIA–ECUADOR

La trata de personas existente en la zona fronteriza presenta una multiplicidad de caras. Se menciona que la gran parte de la trata de personas es con fines de explotación sexual, pero que también hay tendencias de trabajo forzado, especialmente en agricultura dentro del Ecuador. También se menciona en Putumayo la venta de niños y niñas por parte de los padres, como consecuencia de la pobreza y la descomposición familiar. No se sabe con certeza que pasa luego con estos niños. Hay explotación laboral contra niños y jóvenes en trabajos de alto riesgo (como minas). También para el servicio doméstico en el Ecuador. En Ipiales y Pasto hay uso de niños para mendicidad, mientras que en la costa pacífica (Llorente) existe más explotación sexual. Hay aprovechamiento de niñas para servidumbre y reclutamiento de menores para los grupos armados ilegalmente.

- Las redes de tratantes no son tan visibles, pero se menciona que existe por lo menos una en Ipiales que hace el puente hacia el Ecuador y otra en Tumaco, que hace puente hacia el exterior.
- Existe una cercana relación entre la trata y los grupos armados ilegalmente, especialmente en lo que son los paramilitares.
- La zona fronteriza del Ecuador es principalmente destino y tránsito de trata. Hay muchos lugares donde se ejerce el trabajo sexual a lo largo de la carretera, donde se sospecha que puedan haber víctimas de trata. En general, las formas de trata más conocida de colombianos en el Ecuador es la explotación sexual y normalmente las personas están sin documentos o con documentos falsos.
- Todavía no hay legislación específica sobre la trata de personas en el Ecuador, lo cual tiene como consecuencia que la policía no distingue entre una víctima de la trata o un migrante no documentado y la sanción aplicada tanto a la víctima o el migrante no documentado es la deportación. Todo el grupo estaba de acuerdo que hay que hacer esta distinción y que la víctima de la trata no debe ser deportada.
- También se menciona la trata de mujeres ecuatorianas hacia Colombia para servidumbre.
- Hay un caso de tráfico de órganos.
- La zona fronteriza de Colombia es principalmente destino de trata interna y origen de trata.
- La economía dolarizada es uno de los motivos más importantes para migrar al Ecuador.
- Uno de los factores principales de atracción hacia la zona fronteriza colombiana, especialmente en Nariño, es la alta circulación de efectivo generado por los cultivos ilícitos y el narcotráfico.
- En cuanto a la asistencia se menciona que es más fácil saber cómo dar asistencia a las y los niños, pero más difícil a los adultos. Es decir, para las y los niños existe una institución responsable para asistirlos, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), pero en el caso de los adultos no está tan claro.
- Las víctimas no están concientes de estar en una situación de trata de personas y no se catalogan como tal. Por lo tanto, cuando están ejerciendo trabajo sexual tienen sentimientos de culpabilidad (vergüenza) de este hecho.
- Hay un bajo nivel de denuncia en la zona fronteriza.
- Las discusiones sobre la problemática se basa en especulaciones y la percepción de la gente, y no sobre datos reales y estadísticas.
- La fuerte movilidad fronteriza y su facilidad dificulta una visualización de la problemática.
- Hay trata de indígenas ecuatorianos, especialmente de la provincia de Tungurahua, hacia Bogotá, Medellín y Pereira como principales ciudades de destino para la explotación de mendicidad. Los reclutadores y explotadores son colombianos. Las personas indígenas una vez en Colombia, viven en condiciones inhumanas y de hacinamiento y deben trabajar todo el día y entregar la plata a los explotadores.
- Existe trata para la explotación sexual en Carchí e Imbabura.

Fuente: Encuentro bilateral entre Colombia y el Ecuador para la coordinación de la lucha contra la trata de personas. Colombia, 2005.

1. Hay un grupo constituido por personas que hacen un desplazamiento temporal, y regresan a Colombia cuando la situación se los permite. Normalmente lo hacen por un punto fronterizo distinto al de ingreso. El punto más utilizado es el puente internacional de Rumichaca, en la provincia de Carchí. Muchas de estas personas de escasos recursos no piden refugio por temor a represalias de las guerrillas o de los paramilitares.
2. Otro grupo de desplazados está conformado por las personas que solicitan el estatuto de refugiado y planean quedarse en el Ecuador al menos por seis meses, plazo establecido por la

legislación del país y por el plan de contingencia para la frontera. Siempre llegan a los refugios establecidos por la cancillería ecuatoriana o por el ACNUR. De acuerdo con descripciones ofrecidas por esta agencia, estas personas salen apenas con lo que visten y sin dinero.

3. Un número no determinado de colombianos que poseen medios económicos, han comprado fincas en zonas rurales de Sucumbíos (fronteriza con Colombia) y se han quedado para hacerlas producir. Pero hay que anotar que estas personas también salieron desplazadas de Colombia por la situación de conflicto o la crisis socioeconómica.
4. Un grupo de campesinos pobres, artesanos o pequeños comerciantes, que venden su fuerza de trabajo en fincas o ayudan a familiares que ya se encuentran establecidos en el Ecuador. Estos colombianos no solicitan estatus de refugiados por temor a las represalias de los actores del conflicto y se quedan en ese país en condiciones precarias. Las carencias que más los agobia se refieren a la salud, vivienda, servicios básicos, educación y atención psicológica.
5. Un último grupo de desplazados lo conforman ecuatorianos que habían migrado a Colombia para trabajar como jornaleros en las plantaciones cocaleras o en otras actividades.

1. Algunas características de la población desplazada en la frontera

La población colombiana que se encuentra en la zona fronteriza se caracteriza por su heterogeneidad, según distintas descripciones obtenidas en diversas fuentes. De acuerdo con un estudio realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en 2001, en seis departamentos colombianos receptores de población desplazada interna (incluidos Nariño y Putumayo) este grupo de población es muy diverso.

Entre sus diversas características se señalan las siguientes: en Nariño, la población desplazada de origen afrocolombiano constituyó un 67% de la población consultada en dicho estudio, mientras que en Putumayo la población desplazada de origen indígena era un 13% de la población del estudio⁵. Es a partir de los resultados de esa investigación que se obtuvieron los datos que a continuación describen a las personas desplazadas identificadas tanto en Nariño como en Putumayo.

1.1 Nariño

En Nariño, el estudio incluyó a 857 personas, con un promedio de 4,8 individuos por familia, donde el 51% eran mujeres y el 56% eran menores de 18 años. Alrededor de 660 personas del grupo, o sea un 77%, eran mujeres o niños.

En el 27% de estas familias las mujeres eran jefes del hogar, pero la distribución de ellas en las distintas localidades de la muestra era bastante desigual, inclusive se utilizó un grupo de control conformado por “vecinos pobres”, y en este grupo la participación de mujeres jefas de hogar fue menor que el promedio de la muestra con el 18%.

Otros datos permiten conocer el perfil educativo de esta población. El índice de ausentismo de niños en edad escolar de primaria fue del 23%, ligeramente más bajo que el promedio de los seis departamentos incluidos en el estudio junto a Nariño, pero aun seis puntos porcentuales más alto que el promedio del grupo control. En el grupo de 12 a 17 años, Nariño reportó las mayores tasas de matrícula de los seis departamentos, 69%, más de 20 puntos mayor que el promedio de la muestra.

Las razones del ausentismo escolar eran atribuidos a costos económicos de la educación (38%), no obstante estos no parecían pesar tanto como en otros departamentos donde esa era la causa más fuerte (en Valle fue del 70%). No obstante, las razones económicas eran diversas pues además de los costos se

⁵ Un informe de la Red de Solidaridad Social sobre desplazamiento indica que “...de las 53.280 personas [desplazadas en el año 2000 y registradas por la RSS] sobre las que se conoce su etnia, se estima que el 19% corresponde a población afrocolombiana y el 3% a población indígena”.

añadían otras razones de este tipo, por ejemplo el porcentaje más alto de adolescentes trabajando se presentaba en Nariño (32% del total de adolescentes).

Con respecto a los adultos, el 43% de ellos completó la escuela primaria –en comparación con el 37% del promedio en la encuesta nacional– y el 7% también terminó la secundaria. Los índices de analfabetismo entre las personas de más de 12 años eran más bajos que el promedio de todas las personas encuestadas, 16% en Nariño (y llegan hasta un 4% en Pasto). Nariño presentó también los porcentajes más altos de capacitación vocacional para adultos en la muestra, con un 6% para mujeres y un 9% para hombres.

La información socio laboral señala que más de un cuarto de los jefes de hogar trabajaba en agricultura y pesca, actividad seguida por la construcción, trabajos domésticos, ventas, seguridad, fabricación de calzado y costura. El porcentaje más bajo de personas que trabajaban en la calle o “de puerta en puerta” se encontraba en Nariño (19%), así como el porcentaje más alto de personas que trabajaban en un local establecido (20%). Los desempleados citaron como razón de su situación la no disponibilidad de trabajo en una proporción más alta que en cualquiera de los otros cinco departamentos (36%) y la segunda razón fue la falta de entrenamiento (27%), igualmente más alta entre los otros departamentos.

En Nariño se encontró la proporción más baja (21%) de población desplazada interna (PDI) que no reportó incidencia de situaciones sociales difíciles. Comparte el primer lugar, con Santander y Valle, entre las familias entrevistadas que reportaron presencia de grupos armados: entre 53% y 57% respectivamente. También obtuvo el porcentaje más alto de alcoholismo, 43%, muy similar al porcentaje del Valle.

Las causas del desplazamiento fueron atribuidas a la situación compleja que se experimenta en la frontera y las localidades subyacentes. Entre otras, se indicó las fumigaciones, los combates, el temor a la violencia, las acciones del ejército y los ataques de la guerrilla y finalmente la extrema pobreza. Se considera que las poblaciones desplazadas internas eligen las ciudades receptoras y las áreas rurales de Nariño principalmente por su proximidad a su lugar de origen y por la presencia de parientes.

1.2 Putumayo

En Putumayo, la muestra del estudio abarcó a 422 personas que formaban parte de 73 familias, para un promedio de 5,7 personas por familia, el tamaño de familia más grande respecto a los otros departamentos encuestados. Putumayo fue el único departamento en la encuesta en donde menos de la mitad de la población entrevistada era femenina, mientras que el 59% era menor de 18 años.

Un 33% de los jefes de hogar eran mujeres. Un 79% de las familias se identificó como blanco/mestizo y otro 8% como afrocolombiano. Los que se identificaron como indígenas sumaban 13%.

Las tasas de asistencia escolar para niños de 7 a 11 años eran más altas en Putumayo que en ningún otro departamento, con un 88% que reportó asistencia regular a la escuela. La cifra baja considerablemente a 51% al estudiar las tasas de asistencia para adolescentes, en comparación con el 75% del grupo de control.

Las altas tasas de desempleo en Putumayo afectan también a los jóvenes, así que la tasa de empleo entre los vecinos pobres es más del doble que la de los adolescentes desplazados, a pesar de que pocos asistían a la escuela. Entre las razones para no asistir a la escuela que señalaron destaca el cuidado de niños menores (19%), la cifra más alta entre los departamentos estudiados.

Entre los adultos, la gran mayoría de desplazados no había completado la escuela primaria y únicamente un 7% culminó la secundaria; el 18% de la PDI de más de 12 años era analfabeta, en comparación con un 11% entre el grupo control. El porcentaje de personas de más de 12 años que había recibido capacitación vocacional en Putumayo era el más bajo de la encuesta y se aplicaba únicamente al 1% de las mujeres y al 3% de los hombres.

El porcentaje de jefes de hogar no empleados de la PDI encuestada en Putumayo (60%) era el más alto de toda la muestra de seis departamentos. Además, la diferencia entre los porcentajes de la PDI

y del grupo control entrevistado era la más alta (33 puntos). La proporción de personas que buscaban un trabajo remunerado era del 41% entre los hombres y del 63% entre las mujeres jefes de hogar, 31 y 52 puntos porcentuales más arriba que la tasa de desempleo entre hombres y mujeres residentes, respectivamente (no sobra mencionar que las tasas de desempleo del grupo control parece baja en comparación con las cifras del resto del país).

La razón más frecuentemente, dada por la población desplazada interna (PDI) entrevistada, para la imposibilidad de encontrar empleo fue la falta de entrenamiento (25%), seguido por la falta de contactos y la baja demanda de trabajo, con 22% y 21%, respectivamente.

Los jefes de hogar empleados trabajaban principalmente en ventas y trabajos domésticos, seguidos de agricultura y construcción. Tomando en cuenta a todas las personas que trabajaban (percibiendo una remuneración) en el hogar, los lugares de trabajo más comunes eran la calle o una finca (ambos 29%), seguidos de una o varias casas diferentes a la propia (28%) y un local establecido (14%).

2. Población desplazada y migrante en la frontera ecuatoriana: algunas características

En esencia, todas las personas que cruzan la frontera Colombia-Ecuador por causas asociadas a la violencia que vive el primer país, constituyen la población en situación de refugio, independientemente que hayan solicitado u obtenido el estatuto de refugiados, que se les haya negado el refugio, o que habiéndose desplazado por el conflicto armado, no lo han solicitado. En algunos casos se debe a falta de información o las dificultades del trámite, pero en otros al temor y desconfianza que caracteriza a gran parte de esta población (Camacho, 2005).

En este sentido, la agudeza del conflicto interno en Colombia, así como factores que empujan a esta población a permanecer en condiciones de clandestinidad, vuelven compleja la detección de diferencias entre la inmigración económica y las personas desplazadas por motivo del conflicto. Lo anterior marca de alguna manera la elaboración de un perfil de la población desplazada que cruza la frontera y se ubica en los territorios fronterizos ecuatorianos.

Pero también esta situación tiene como impacto problemas asociados a la elaboración de información detallada que de cuenta de la problemática de la población desplazada que se ubica en las comunidades fronterizas ecuatorianas. De acuerdo con Camacho (2005), las bases de datos del Ministerio de Relaciones Exteriores, del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (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 tienen información disponible que permita caracterizar a la población colombiana que ha ingresado al país o a aquella que ha solicitado refugio.

El estudio citado de Flor Alba Romero (2004) sobre la situación de los desplazados hacia el Ecuador, la República Bolivariana de Venezuela y Panamá, por el conflicto en Colombia, da cuenta de una serie de características coincidentes con lo expuesto en el estudio de OIM en 2001⁶.

La mayoría de la población colombiana desplazada procede principalmente de los departamentos limítrofes de Nariño y Putumayo. Lo anterior no significa que no haya familias colombianas desplazadas de otras regiones y que, por las circunstancias del conflicto, terminan ubicados en otro país.

⁶ De acuerdo con Ahumada (2004), en un contexto de violencia generalizada –marcado por el incremento de las disputas territoriales entre paramilitares y guerrilleros, la amenaza contra las autoridades locales, la profundización de las políticas represivas del Estado y de las fumigaciones aéreas– el problema del desplazamiento forzado de colombianos hacia los países vecinos ha aumentado de manera notoria. Siguiendo las estadísticas recogidas por la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), la situación se volvió especialmente aguda en los departamentos fronterizos con el Ecuador, la República Bolivariana de Venezuela y Panamá, países a los cuales cruzaron, sólo entre los años 2000 y 2001, alrededor de 37 mil colombianos. Según documentos oficiales, en las naciones mencionadas cerca de 6 mil ciudadanos presentaron solicitud de refugio, de las cuales aproximadamente 1.800 fueron aceptadas, en su mayoría en el Ecuador.

Como se ha mencionado, la mayoría de las familias colombianas que cruzan la frontera utilizan los puestos oficiales de control migratorio y muchos de ellas prefieren permanecer en la invisibilidad en centros urbanos marginales o trabajando en el campo.

Según Romero (2004), una rápida caracterización sociodemográfica de este grupo en el Ecuador y en localidades fronterizas con Colombia, detalla lo siguiente:

- Los jefes de familia, en su mayoría, están entre los 21 y 40 años.
- En el Ecuador, el 57% de la población colombiana desplazada es masculina. La mayoría de familias tienen núcleos estables en unión libre.
- Se movilizan a los países vecinos en unidades familiares. En Panamá y la República Bolivariana de Venezuela el promedio de personas por núcleo familiar es de 6 o más y en el Ecuador entre 2 y 4 personas.
- El perfil educativo de las familias desplazadas es de baja escolaridad, lo que les imposibilita acceder a puestos calificados de trabajo.
- La asistencia a la escuela de primaria y secundaria de los niños, niñas y jóvenes desplazados en países limítrofes de las familias entrevistadas es la siguiente:

CUADRO 2
ASISTENCIA A ESCUELAS POR PARTE DE LA POBLACIÓN
DESPLAZADA COLOMBIANA EN PAÍSES LIMÍTROFES

País	Primaria	Secundaria
Ecuador	46,9%	24,3%
Panamá	50,7%	19,4%
Rep. Bol. de Venezuela	60,3%	33,6%

Fuente: Romero, 2004.

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 al rechazo que puedan sufrir sus hijos e hijas. Este elemento es coincidente con los motivos consignados en el estudio precedente de OIM (2001).

Los servicios de salud es la principal demanda de la población colombiana desplazada, resultado de las difíciles condiciones para cruzar la frontera –deficiencia alimentaria y fatiga– y por enfermedades anteriores al desplazamiento. Los mayores consultantes son las mujeres, para temas de salud reproductiva y los niños y niñas generalmente por dos causas: enfermedades respiratorias y enfermedades causadas por el agua contaminada.

En el cuadro 3 destaca que la causa de consulta por problemas respiratorios es alta entre niños y niñas desplazadas en territorio ecuatoriano, lo que se explica por la exposición a las aspersiones y fumigaciones contra cultivos ilícitos en la zona de frontera.

CUADRO 3
MOTIVO DE CONSULTA DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA COLOMBIANA
EN PAÍSES LÍMITROFES

País	Motivo de consulta	
	Niños y niñas	Mujeres
Ecuador	Problemas respiratorios	Control ginecobstétrico
Panamá	Enfermedades respiratorias y deficiencia de agua (diarreas, piodermis y parasitosis)	Control ginecobstétrico
Rep. Bol. de Venezuela	Parasitosis	Control ginecobstétrico

Fuente: Romero, 2004.

El cuadro 4 muestra que el índice de desempleo de la población colombiana desplazada a países vecinos es muy alto, con tasas que sobrepasan dos o tres veces el promedio nacional.

CUADRO 4
ÍNDICE DE DESEMPLEO DE LA POBLACION DESPLAZADA
COLOMBIANA EN PAÍSES LÍMITROFES

País	Desempleo
Ecuador	23%
Panamá	40%
Rep. Bol. de Venezuela	40%

Fuente: Romero, 2004.

En el caso de la población desplazada en el Ecuador, y en particular en las zonas fronterizas ecuatorianas, el índice de desempleo puede variar en virtud de la poca demanda de empleos de calidad en la zona que además permitan su inserción en igualdad de condiciones con la población local. Este aspecto, sin lugar a dudas determina la calidad de vida de dicha población, que se agrava debido a su situación específica y que determinó el motivo del desplazamiento en tierras colombianas.

Las dificultades para conseguir empleo son:

- Ingresan a zonas con niveles de bajo desarrollo económico
- El perfil educativo es bajo y les impide competir
- 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 el doméstico; los que han ido al campo, trabajan en la agricultura.

Según los empleadores locales, los desplazados colombianos muestran una actitud más emprendedora que los nacionales y en general, poseen mayor experiencia laboral, por lo que son preferidos en el momento de contratar.

De acuerdo con Romero, las familias colombianas desplazadas se ubican en sectores marginales con deficientes servicios públicos, mala calidad de vida, insalubridad e inseguridad y alta vulnerabilidad, tienen bajos ingresos –aceptan menos pago que los nacionales– y muchos de sus niños, niñas y jóvenes no estudian ni trabajan, lo que los hace más vulnerables a situaciones de abuso, drogas, delincuencia y prostitución.

Un estudio realizado por Freddy Rivera (Diagnóstico de frontera Ecuador-Colombia, FLACSO, 2000) y consignado por Ahumada y otros (2004) señala algunas características de los desplazados colombianos en la provincia ecuatoriana fronteriza de Sucumbíos, concretamente en el Barrio San Valentín, donde la totalidad de los desplazados colombianos son de origen campesino, provenientes de Putumayo. Su desplazamiento se debe al recrudecimiento del conflicto interno y a la intensidad de las fumigaciones aéreas en las regiones fronterizas. En su estancia en la zona fronteriza ecuatoriana, reciben apoyo esporádico del ACNUR de índole económica y socio productiva, que les permiten subsistir.

Por otra parte, Ahumada y otros indican que los colombianos de San Valentín habitan en ranchos o pequeñas casas construidas por ellos mismos, la mayoría sin acueducto, muy pocas con electricidad que logran sacar de algún “poste” cercano. No tienen alcantarillado y sus vías son de tierra. Sobre la situación escolar, algunos niños son enviados a escuelas cercanas, pero a veces no pueden ir por falta de implementos y vestuario.

La alimentación es escasa y se observa en los niños desnutrición. Con el apoyo del ACNUR han hecho un comedor comunitario que, de acuerdo con lo que dijeron las mujeres que preparan los alimentos, no funciona de manera regular porque a veces no están abastecidas. Hay un puesto de salud en la casa de un desplazado, que lo atiende él mismo, pero que carece de los elementos necesarios para casos de urgencia. No existe ningún lugar de recreación y cuando se quieren reunir lo hacen en la casa de algún desplazado.

Finalmente, el estudio de Camacho (2005) sobre las mujeres colombianas que viven en el Ecuador, detalla algunos rasgos coincidentes con lo planteado por otros estudios consignados en este capítulo. Para la realización de esta caracterización, Camacho acudió a diversas fuentes institucionales, de organizaciones no gubernamentales y estudios independientes.

Lugar de procedencia. La mayoría de personas, según el estudio mencionado, proviene de los departamentos limítrofes de Nariño (34,8%) y Putumayo (20,5%), seguidos por el Valle del Cauca (12,5%) que también es cercano al Ecuador pues se encuentra al norte de Nariño y está conectado a través de la carretera Panamericana. El tercio restante está formado por personas que se han movilizad desde otras regiones de conflicto.

Lugares de destino. En cuanto a los lugares de concentración en el Ecuador, las estadísticas del censo de 2001 muestran que la población colombiana se concentra en primer lugar es en la provincia de Pichincha (21.519 personas) seguida por las dos provincias fronterizas de la sierra, Carchi (6.977 personas) e Imbabura (6.466 personas), y en menor escala por Sucumbíos (4.304 personas) y Esmeraldas (3.562 personas) que también se encuentran en la frontera norecuatoriana.

Sexo, edad y etnia. La gran mayoría de las personas desplazadas son mestizas y muy pocas son afrocolombianas e indígenas. En cuanto a la distribución por sexo de esta población, no existen datos disponibles en la Cancillería, en el ACNUR, ni en la Policía de Migración. Sin embargo, el informe mencionado, señala que las mujeres conforman el 42% de la población refugiada.

La edad de la mayor parte de la población desplazada oscila entre los 20 y 40 años. El 58,6% se encuentran entre los 20 y 40 años, el 27,6% entre 40 y 50 años, el 10,3% tiene menos de 20 años, y sólo el 3,5% más de 50 años de edad.

Nivel educativo. Al ser la población colombiana en situación de refugio mayoritariamente pobre y procedente del área rural, los niveles educativos son bajos. De acuerdo con la Fundación del Servicio Exterior para la Paz y la Democracia (FUNDAPEM), el 5,2% de la población desplazada al Ecuador es analfabeta, el 42,6% accedió a la educación primaria aunque muchos no la completaron, el 36,5% llegó a la secundaria o terminó sus estudios secundarios, el 10,4% recibió educación técnica o ingresó a la universidad, mientras sólo un 1,7% completó una carrera universitaria.

Inserción laboral. Debido a los altos índices de pobreza, (61% es pobre y 26% indigente) y a las dificultades de empleo que existen entre la población de origen ecuatoriano, las personas colombianas tienen problemas para integrarse al mercado laboral. Si a esto se suma que la mayor parte de la población desplazada también es pobre, sin recursos, no cuenta con documentos ni con un tejido social que facilite su

inserción, sus posibilidades de acceder a un trabajo son reducidas. Por otro lado, están las restricciones legales, pues las personas solicitantes de refugio no pueden trabajar mientras dura el proceso de decisión sobre sus pedidos de asilo que suelen tardar varios meses, un año o más antes de contar con una resolución.

Otra limitación es una disposición del Ministerio de Trabajo de exigir un carné ocupacional para todas las personas extranjeras, que cuesta 60 dólares y a los que habría que añadir el costo de alrededor de 300 dólares de la visa de trabajo.

Estos factores, más los prejuicios que existen frente a las y los colombianos, influyen para que la mayor parte de la población en situación de refugio comience a trabajar sin documentación en cualquier oficio, acepte condiciones laborales desfavorables y sea sometida a diversas formas de abuso laboral.

3. La situación de las poblaciones indígenas colombianas e indígenas y afroecuatorianas en las zonas de frontera

En la situación de las poblaciones migrantes, móviles y desplazadas en las zonas fronterizas entre Colombia y el Ecuador, debe considerarse la condición de algunos grupos de mayor vulnerabilidad, como las comunidades indígenas transfronterizas y el colectivo de afrodescendientes. Estas agrupaciones han experimentado de forma directa las consecuencias del desplazamiento, la desatención institucional prevaeciente en zonas de frontera, los impactos del conflicto colombiano en sus estructuras y sus territorios y la exposición continua a acciones que les colocan en riesgo directo, como el accionar de los grupos en conflicto y los efectos de las fumigaciones para erradicar los cultivos ilícitos, en especial en la zona colombiana de Putumayo.

De acuerdo con Springer (2006), un informe emitido por la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) reveló que 21.711 hombres, mujeres y niños indígenas fueron forzados a abandonar sus hogares y sus territorios entre el 1 de enero y el 9 de diciembre de 2005, a un ritmo de más de 12 familias por día. Esto significa que más del 2,1% del total de la población indígena de Colombia fue desplazada por la fuerza en un año. Esta es una cantidad casi cuatro veces mayor con respecto al porcentaje de desplazados del resto de la sociedad colombiana. Los grupos de víctimas más numerosos en 2005 fueron de la tribu Nasa en el oeste de Colombia (14.000 personas) y del pueblo de los Awa que habitan en Nariño y Putumayo (4.600 personas).

La mayoría de los 80 grupos indígenas de Colombia corrían los mismos riesgos. Las personas estaban huyendo del creciente conflicto en el departamento de Putumayo, algunas cruzaban la frontera para ingresar al Ecuador y en las comunidades fronterizas ecuatorianas enfrentaban los mismos problemas que los grupos indígenas ecuatorianos. Incluso las comunidades indígenas pequeñas, relativamente aisladas y poco afectadas que se localizan en la cuenca del Amazonas, donde la población es muy dispersa, se han convertido en víctimas de la violencia armada.

Otro grupo que ha sido víctima de la violencia en forma desproporcionada son los afrocolombianos que viven a lo largo de la costa, principalmente del Pacífico (donde constituyen el 75% de la población) y en las regiones de Urabá y Cartagena (donde representan el 55% de la población)⁷.

La situación de las personas afrocolombianas fue agravada por la intensificación de la violencia en la costa del Pacífico, particularmente en los departamentos del Chocó, Valle, Cauca y Nariño. En su lucha por obtener el control del comercio de narcóticos en la costa, la guerrilla, los paramilitares y la mafia de la droga han convertido áreas, como el corredor que se extiende entre Pasto y Tumaco en

⁷ Históricamente, estos grupos han sido marginados y discriminados y viven en las regiones más pobres y menos desarrolladas del país. Se ha estimado que el índice de desplazamiento de las comunidades afrocolombianas supera en un 20% al índice nacional de desplazamiento. De hecho, el índice de desplazamiento más alto de Colombia en 2003 se registró en el departamento del Chocó, en donde el 75% de la población es afrodescendiente. De acuerdo con la información suministrada por el gobierno nacional, el 10,8% de la población desplazada es afrodescendiente y el 7,9% es de origen indígena. Es relevante señalar que la población afrodescendiente y los indígenas constituyen en conjunto sólo el 11% de la población colombiana. La organización no gubernamental CODHES estima que los afrocolombianos constituyen todavía un porcentaje más alto que alcanza el 33% del total de la población desplazada, y que sólo en el año 2003, 40.512 afrocolombianos fueron desplazados a nivel nacional.

Nariño, o la ciudad porteña Buenaventura ubicada en el Pacífico, en zonas de violencia con consecuencias negativas para la población civil.

El programa de fumigación aérea con el herbicida Glifosato en el departamento de Putumayo también ha contribuido a desplazar grandes extensiones de cultivo de coca a la comunidad vecina de Nariño, lo que ha intensificado el conflicto. En diciembre de 2005, varias organizaciones comunitarias afrocolombianas advirtieron que sus tierras comunitarias tradicionales, ubicadas a lo largo del curso de los ríos Yurimangui y Raposo en el municipio de Buenaventura, fueron invadidas por las fuerzas armadas y además manifestaron sus temores con respecto a la seguridad de los miembros de las comunidades.

Por otra parte, la zona fronteriza ecuatoriana con Colombia, registra la mayor diversidad étnica del país y las poblaciones indígenas y afrodescendientes tienen un peso significativo. En Esmeraldas se encuentran las etnias indígenas Chachis, Awá y Éperas en la costa y en los flancos occidentales de la cordillera, y la mayor concentración de población negra o afroecuatoriana del país, que representa el 22,6% de la población total de la provincia y se encuentra ubicada tanto en la capital como en el resto 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 afroecuatoriana de la región sierra. Sucumbíos alberga a varios pueblos de indígenas: Siona, Secoyas, Cofán, Shuar, Huao y Kichwa de la Amazonía (Camacho, 2005).

Directivos de la Federación de Organizaciones Indígenas de Sucumbíos (FOISE) denunciaron que tras las fumigaciones se produjo el desplazamiento de toda la comunidad de Sumac Pamba que no retornó a su lugar de origen. Se denunciaron en su momento, la muerte de mujeres y niños como consecuencia de las fumigaciones.

La comunidad de Guadualito, en la provincia de Esmeraldas, territorio indígena Awá es un lugar de paso con fuerte movilización de personas. Muchos indígenas Awás mueren por la falta de atención médica debido a la distancia que se encuentran sus territorios, porque les toma días enteros para salir a la parroquia más cercana como Chical. No tienen recursos económicos y tampoco saben cómo hacer un trámite.

Los indígenas Awás demandan:

- La verificación del efecto de las fumigaciones.
- El suficiente apoyo para la salud indígena.
- La creación de un departamento de salud para la nacionalidad Awá.
- La denuncia de la invasión territorial, el desalojo y las amenazas paramilitares que se dan en el marco del Plan Colombia y que afecta a los indígenas Awás colombianos y ahora a los ecuatorianos.
- La realización de campañas permanentes de vacunación.

III. Diagnóstico sobre el estado de la salud sexual y reproductiva en la zona fronteriza

Este capítulo realiza un repaso por recientes informes, investigaciones y proyectos vinculados con la situación y condiciones de las poblaciones migrantes y móviles y su relación con la salud sexual y reproductiva en la zona fronteriza entre el Ecuador y Colombia.

La información recopilada enfatiza en los efectos en la salud de las poblaciones locales y migrantes (desplazada y refugiada) como consecuencia de las condiciones de conflicto armado y las fumigaciones a los cultivos ilícitos por parte del gobierno colombiano y que impacta a localidades del territorio ecuatoriano⁸.

De igual manera, se sistematizan recientes informes elaborados desde el Ecuador para describir la problemática experimentada en la denominada Zona de Integración Fronteriza (ZIF) entre el Ecuador y Colombia.

La información es organizada tomando en cuenta las fuentes (agencias gubernamentales, agencias internacionales, sociedad civil, academia) indistintamente del país donde fue producida.

⁸ Algunas organizaciones sociales han asegurado que las fumigaciones afectan la salud de los habitantes y el medio ambiente, acaban con economías lícitas, promueven desplazamientos y socavan derechos fundamentales, económicos, sociales y ambientales (Ahumada, 2004).

1. Agencias gubernamentales

1.1 La defensoría del pueblo de Colombia

Con el apoyo de USAID y OIM Colombia, la defensoría del pueblo de Colombia, desarrolló el proyecto de intervención Promoción y monitoreo de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencia intrafamiliar y sexual. Este proyecto se desarrolló durante 2007.

Como principales actividades se evidencian procesos de capacitación en salud sexual y reproductiva (desarrolladas por ONG ejecutoras, que cuentan con experiencias en la formación y capacitación en temas de salud sexual, salud reproductiva, derechos humanos y derechos sexuales) a población desplazada en un conjunto de ciudades seleccionadas, entre las que se incluyó la comunidad fronteriza de Nariño, concretamente San José de Pasto.

En las capacitaciones se exploraron los niveles de conocimiento de las poblaciones desplazadas sobre los derechos humanos y los derechos sexuales y derechos reproductivos. Por otra parte, el proyecto desarrolló actividades de capacitación a funcionarios de la institucionalidad local enfocada a programas y proyectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de la población en desplazamiento (servidores de salud, instituciones, etc.).

Por otra parte, el análisis de los Planes de Desarrollo Departamentales y Municipales; Planes de Atención Básica en Salud (PAB) y Planes Integrales Únicos (PIU) de la población en situación de desplazamiento se realizó identificando los objetivos y programas en salud, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva; aquellos dirigidos a la población vulnerable y los que declaran explícitamente la búsqueda de la equidad de género.

Se pretendía identificar los avances en materia de derechos sexuales y reproductivos y de violencia intrafamiliar y sexual consignados en los planes de gobierno de los municipios involucrados en el proyecto, así como dar cuenta si en materia de formulación de políticas, programas y proyectos se está previniendo y atendiendo la vulnerabilidad de estos derechos en la población desplazada.

En la sistematización realizada en San Juan de Pasto, territorio fronterizo colombiano con el Ecuador, se detectó la existencia de programas de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva y mecanismos para la detección temprana de violencia intrafamiliar y violencia sexual desarrollado por la Secretaría de Salud colombiana.

Finalmente, el proyecto incluyó una investigación sobre conocimientos en derechos sexuales y reproductivos, así como la identificación de barreras de acceso para su garantía. Nuevamente se incluyó a San Juan de Pasto como parte del desarrollo del estudio.

1.2 El trabajo binacional y multilateral en salud

Este trabajo ha sido una constante entre Colombia y el Ecuador, sobre todo en el abordaje de la situación de frontera. La siguiente sistematización recupera algunas de las acciones recientes derivadas de este trabajo binacional.

- a) Desde 2005, los gobiernos de los dos países a través de sus cancillerías y en el marco del Convenio de Buena Vecindad han venido trabajando para formular un Plan de desarrollo de la zona de integración fronteriza. Fue también importante el comunicado conjunto de los dos Cancilleres del 7 de Diciembre de 2005 que dio orientaciones precisas para el trabajo binacional en salud en el marco de la Comisión técnica binacional de salud (CTBS).
- b) Otro instrumento importante de integración en salud para la zona de integración fronteriza (ZIF) es el Convenio Hipólito Unánue de cooperación en salud, creado en 1971 con la participación del Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Chile, el Ecuador, el Perú y la

República Bolivariana de Venezuela. El convenio fue adscrito al Sistema Andino de Integración en 1998.

- c) El Plan Andino de Salud en Fronteras (PASAFRO) es una propuesta para el desarrollo sanitario en los ámbitos fronterizos de la subregión andina y responde al objetivo fundamental de la política comunitaria de integración y desarrollo fronterizo de elevar la calidad de vida de las poblaciones y el desarrollo de sus instituciones, dentro de los ámbitos territoriales fronterizos entre los países miembros de la subregión.
- d) En el marco de Convenio de Buena Vecindad colombo–ecuatoriano, la Comisión Técnica Binacional de Salud y del PASAFRO, con el apoyo de la OPS/OMS, desarrolló un Programa de Cooperación Técnica entre países (TCC por sus siglas en inglés), para fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica en la frontera colombo-ecuatoriana.
- e) Desde octubre de 2006, los dos gobiernos a través de las cancillerías, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el de Protección Social de Colombia, con el apoyo de la OPS/OMS, avanzaron en la negociación y formulación de cuatro proyectos para el sector salud, como parte del Plan binacional de desarrollo para la zona de integración fronteriza. Los proyectos son: ampliación del TCC para fortalecer la vigilancia de salud pública en el marco del Código Sanitario Internacional y fortalecimiento a la vigilancia de plaguicidas; saneamiento básico, calidad de agua y entornos saludables con la participación de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y los ministerios de salud de los dos países; fortalecimiento de la respuesta del sector salud para emergencias y desastres; prevención y control del VIH/SIDA.
- f) Adicionalmente en 2007 se formalizó la Agenda de salud para las Américas que orienta el diseño de estrategias para avanzar en la protección social de la población, mediante sistemas de salud basados en la Estrategia de atención primaria de salud y políticas públicas saludables, construidas con una participación intersectorial y comunitaria.

Estos acuerdos y acciones, tanto binacionales como multilaterales, con sus agendas conjuntas, subregionales y regional se convierten en una oportunidad para la construcción de lazos en el nivel local, desde un enfoque de prevención del conflicto donde la salud se convierte en uno de los ejes fundamentales.

Los dos gobiernos han venido realizando importantes esfuerzos por pacificar y apoyar el desarrollo de la zona: Plan Colombia (2000); el Ecuador desarrolló un Plan alternativo preventivo para la zona (2001) en el que en 2007 se creó la Secretaría Plan Ecuador–Frontera norte, orientada a fortalecer la capacidad instalada en la zona fronteriza entre el Ecuador y Colombia.

El Plan Ecuador plantea siete guías para su propuesta de intervención que incorporarán, en su diseño y ejecución, tres consideraciones metodológicas comunes: promover la equidad de género respetando las estructuras culturales de los distintos pueblos; fortalecer la participación ciudadana y las relaciones interculturales y consolidar la histórica relación binacional entre los pueblos de Colombia y el Ecuador mediante el intercambio cultural, económico, de experiencias de gestión y otros.

Las siete guías son las siguientes:

- Fortalecimiento institucional para la paz y el desarrollo
- Reactivación económica y empleo
- Mejoramiento de la infraestructura social básica
- Manejo sostenible de los recursos naturales
- Administración de justicia y control de ilícitos

- Derechos humanos y asistencia humanitaria y refugio
- Protección de la soberanía nacional e integridad del Estado

Fuente: (<http://www.planecuador.gov.ec/pages/interna.php?txtCodiInfo=15>)

- g) Se encuentra en curso el proyecto “Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS/VIH/SIDA, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia”, que tiene como meta reducir la vulnerabilidad frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH y el SIDA de 600.000 adolescentes y jóvenes, desde un enfoque integral de realización de los derechos humanos, el derecho internacional humanitario y la equidad de género. Su periodo de ejecución es de 2006 a 2010. Este proyecto es coordinado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.
- h) Como resultado del trabajo conjunto de varios organismos públicos y privados fue aprobado un programa para prevenir y atender el VIH/SIDA por parte del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, organismo que ha gestionado a nivel mundial los mayores recursos para la atención de esta enfermedad.

Forman parte de esta iniciativa los ministerios de la Protección Social y Educación Nacional, ONUSIDA, Red de Solidaridad Social, Colombia Joven, Instituto Nacional de Salud, Universidad Nacional, FNUAP, UNICEF, PNUD, OPS, OIM, Profamilia, CODHES, Red Colombiana de Personas Viviendo con el VIH/SIDA, Fundación Vivir Mejor, Coalición de personas viviendo con VIH, Fundación Henry Ardila y Cruz Roja colombiana.

Atendiendo a estos enfoques, el proyecto se vale de tres estrategias con las cuales se espera involucrar a los grupos poblacionales claves, como:

- Participación de las autoridades civiles, municipales y departamentales, incluyendo el sector privado y las organizaciones religiosas; con esto se busca fortalecer la gestión social en los municipios receptores de población desplazada a través de la inclusión del tema en planes de desarrollo e implementación de proyectos productivos para la población meta.
- Participación de trabajadores del sector de la salud y la comunidad educativa para mejorar la prestación de los servicios en salud sexual y reproductiva (SSR) e incluir el tema en proyectos educativos institucionales.
- Participación de la población beneficiaria directa, constituida por jóvenes entre 10 y 24 años, quienes recibirán formación para adquirir hábitos saludables, en particular el ejercicio de una sexualidad responsable y la adquisición de habilidades de vida que faciliten su desarrollo integral.

Este proyecto previsto para cuatro años se realizará en 48 municipios de 25 departamentos de Colombia, escogidos por la alta prevalencia de casos reportados de VIH/SIDA y concentración de población desplazada.

1.3 Acceso universal a la prevención y atención en VIH/SIDA

En abril de 2008 se expuso a la luz pública el informe “Priorización para el acceso universal a la prevención, atención integral, cuidado y apoyo en VIH/SIDA. Ecuador. 2008–2013”.

Es resultado de la Consulta nacional sobre la priorización del acceso universal en el marco del Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta nacional al VIH/SIDA 2007–2015. El proceso consistió en entrevistas a actores clave, encuestas, grupos focales y consultas a través de talleres; se realizó a solicitud del Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con el apoyo técnico de ONUSIDA.

Ese informe abordaba la problemática general sobre VIH/SIDA en el Ecuador, y establece una breve referencia al tema de la población refugiada con el establecimiento de estrategias de abordaje particularizadas para este sector de población.

1.4 Informe sobre VIH/SIDA

En junio de 2008, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador preparó un informe en el marco del Programa Nacional de Prevención del VIH/SIDA e ITS.

En este informe se consigna la alta prevalencia de casos en la provincia de Esmeraldas, frontera con Colombia, así como acciones conjuntas con organismos como la OIM para el abordaje del problema en la zona de frontera entre ambos países.

1.5 Política del Ecuador en materia de refugio

En noviembre de 2008, se elaboró el documento “Política del Ecuador en materia de refugio” presentado por el Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio e Integración del Ecuador, en el que se exponen los principales lineamientos definidos por el gobierno de aquel país en materia de protección integral de las personas con dicha condición, en particular, de los originarios de Colombia.

Entre los principales lineamientos, el documento destaca los siguientes:

- Implementación de un “modelo mixto” en la protección de las personas, que da respuesta a posibles flujos masivos de refugiados, a las solicitudes individuales y que también legaliza a miles de personas denominadas “invisibles”, las que no habrían tenido la confianza suficiente para acercarse a las instituciones públicas ecuatorianas o que desconocían los derechos que tienen en el Ecuador.
- Aplicación de un “Registro ampliado” de las personas con necesidad de protección internacional, para darles cobertura en el menor plazo posible. Esta modalidad, que recoge experiencias adoptadas en otros continentes y países del mundo, aplica como criterio principal de reconocimiento de la condición de refugiado la situación del conflicto interno en Colombia. Se pretende registrar a por lo menos 50.000 personas en la zona de Frontera Norte del Ecuador, hasta junio de 2009 y otorgarles una garantía substancial de protección y seguridad en territorio ecuatoriano.
- El Ecuador propicia, a diferencia de lo que acontece en otras latitudes, la inserción activa en la sociedad ecuatoriana de la población con necesidad de protección internacional, dentro de una estrategia de desarrollo económico y social de mediano y largo plazo. En este contexto, el Estado impulsa la implementación del Programa de fronteras solidarias. La Secretaría técnica del Plan Ecuador será la entidad responsable de su ejecución. Al mismo tiempo, se impulsará el Programa de ciudades solidarias, para el cual se buscará alianzas con algunos gobiernos municipales.
- El 20 de junio de 2008 se abrió una Oficina de la Dirección general de refugiados de la Cancillería del Ecuador en Lago Agrio, Provincia de Sucumbíos, y próximamente se procederá a la apertura de nuevas oficinas en las ciudades de San Lorenzo, provincia de Esmeraldas; Tulcán, provincia del Carchi; y Santo Domingo de los Tsáchilas, en la provincia del mismo nombre. La finalidad es brindar una mejor y mayor atención a las miles de personas con necesidad de protección internacional.

1.6 Plan nacional sobre VIH/SIDA

El documento Plan estratégico multisectorial de la respuesta nacional al VIH/SIDA 2007–2015 presenta los principales lineamientos en materia de abordaje institucional sobre el tema en el Ecuador.

Se hace un repaso de las principales prácticas institucionales que trabajan en la zona de frontera con Colombia, destacando acciones desplegadas por el ACNUR en este campo y en territorios fronterizos en particular. Estas acciones son recogidas en el próximo capítulo de este informe.

2. Organizaciones internacionales

2.1 Organización Internacional para las Migraciones

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) desarrolló en 2001 el estudio “Diagnóstico de necesidades y situación de la población desplazada en Colombia”, en el que se incluyeron las poblaciones fronterizas de Nariño y Putumayo. El estudio, realizado a partir de la aplicación de encuestas a hogares, entrevista a instituciones y un mapeo sobre la disposición institucional presente en la localidad, consignó los motivos de la migración. Entre esos motivos sobresalen los efectos de las fumigaciones aéreas sobre los cultivos ilícitos, el acceso a los servicios de salud de la población desplazada interna (aunque no precisó en la temática de la salud sexual y la salud reproductiva), así como una serie de características socioeconómicas presentes en la población desplazada en estos territorios.

El estudio concluye que existe una problemática vinculada con la situación y la atención de la salud de la población desplazada interna en Colombia (PDI). La atención a este grupo debe considerar que, en el corto plazo, la situación más grave que puede enfrentar la PDI es el riesgo de no atender sus problemas de salud por falta de recursos. En este sentido, el informe urge facilitar el acceso a la atención en salud del primer nivel de emergencia, así como proporcionar el acceso en la atención de salud preventiva.

2.2 Programa de asistencia de emergencia

La OIM implementó el Programa de asistencia de emergencia dirigido a personas en búsqueda de protección internacional a lo largo de las fronteras con Panamá, el Ecuador⁹ y la República Bolivariana de Venezuela, financiado por la Oficina de Población, Refugio y Migración del Departamento de Estado de los Estados Unidos de América. El programa trabaja en las comunidades de Carchí, Esmeraldas, Sucumbíos y Pichincha. Estas actividades fueron informadas en la edición de 2007 de las memorias institucionales de la OIM.

Las acciones desarrolladas toman en cuenta tanto a la comunidad receptora que vive en estos territorios, como a las poblaciones que buscan protección internacional por alguna razón de naturaleza política y social. Se documenta el desarrollo de capacitaciones dirigidas a promotores locales de salud en cada una de las áreas de frontera, brigadas de salud y campañas sobre el VIH/SIDA y el mejoramiento del acceso a los servicios de salud de la comunidad colombiana en las fronteras.

Es importante consignar que el programa trabaja con enfoque de género, al implementar el “proyecto de prevención y respuesta a la violencia por razones de género en población desplazada y otras personas en búsqueda de protección internacional a lo largo de las fronteras de Colombia con Panamá, la República Bolivariana de Venezuela y el Ecuador”.

2.3 Cooperación UNFPA

El documento del Informe final evaluación del programa de cooperación UNFPA–Ecuador 2004–2008 señala las acciones generales seguidas por la agencia UNFPA en materia de salud y en particular en su apoyo y colaboración a las políticas para atender el VIH/SIDA con las distintas poblaciones en el Ecuador.

Se indica en el documento los esfuerzos seguidos con poblaciones móviles, migrantes y refugiados en las zonas fronterizas con Colombia, como:

⁹ En lugares fronterizos como Esmeralda, la OIM ha desarrollado sesiones de capacitación para la prevención del VIH/SIDA, diseñadas para los profesionales de la salud y la población local, buscando fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva en la zona, de alta concentración de población refugiada colombiana que ha cruzado la frontera hacia el Ecuador (cerca de un 46% de la población en esta condición vive en dicha localidad). (<http://www.oimlima.org.pe/noticias-ecuador.htm#a12>).

“En el ámbito nacional, se contribuyó a la formulación y aprobación del Plan Estratégico Nacional Intersectorial, lanzado en mayo de 2007, que constituye el paraguas del trabajo interinstitucional y se ha desarrollado un proyecto de SSR y VIH/SIDA en las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Ecuador, co-auspiciado por el UNFPA y el Fondo Global”.

“En el ámbito provincial, la prevención de VIH/SIDA está integrada en todas las acciones de capacitación y movilización social por la salud sexual y reproductiva y se realiza acción directa con adolescentes, jóvenes y mujeres. La experiencia más significativa es la de la provincia de Sucumbíos, donde a través de un proyecto de programación conjunta con varias agencias de las Naciones Unidas, se lleva adelante una intervención sostenida, que incluye en este caso trabajo con gente viviendo con VIH/SIDA, refugiados y población móvil. El UNFPA gerencia el proyecto, que recibió la calificación de “buena práctica” por el relator de salud de las Naciones Unidas”.

3. Organizaciones no gubernamentales

3.1 Amnistía Internacional

Este organismo elaboró un informe en el año 2004 denominado Colombia, Cuerpos marcados, crímenes silenciados, violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado.

En este informe, se advierte la vulnerabilidad de las mujeres víctimas de la violencia armada y las acciones de violencia, tortura y mutilación sexual a las que se ven sometidas por diferentes actores del conflicto. Una de las zonas más afectadas por este hecho es la región fronteriza entre Colombia y el Ecuador, especialmente el departamento de Putumayo, fronterizo con el Ecuador.

3.2 Reproductive Health Response in Conflict Consortium

La organización Reproductive Health Response in Conflict Consortium (RHRC), desarrolló una evaluación sobre la salud reproductiva de la población desplazada en Colombia, durante el año 2004.

El objetivo de esta organización es incrementar el acceso de las personas refugiadas y desplazadas en todo el mundo a una variedad de servicios voluntarios de salud reproductiva de calidad. Su trabajo se basa en cuatro áreas técnicas esenciales y complementarias de la salud reproductiva:

- Maternidad sin riesgos, incluyendo emergencias obstétricas
- Planificación familiar
- Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA
- Violencia de género

El informe indica que la misión de evaluación realizó consultas grupales en comunidades de alta recepción de población desplazada. En el caso analizado se incluyó la localidad de Putumayo, donde se realizaron entrevistas con representantes del ACNUR y con mujeres desplazadas, quienes relataron los problemas que enfrentaban en el acceso a los servicios de salud y las dificultades económicas que los ocasionaban.

En cuanto al acceso a servicios de salud, las mujeres desplazadas consultadas señalaron deficiencias en la atención recibida y altos costos de los medicamentos; por ejemplo, a pesar de que la ley exime del pago en los medicamentos, esa disposición no se hace efectiva.

En el tema de la planificación familiar, las mujeres consultadas indicaron distintos niveles de conocimiento. Pese a que se indica conocimiento general sobre los principales métodos de planificación familiar, manifestaron poco conocimiento sobre los ciclos reproductivos de la mujer: las participantes del grupo focal pensaban que se debía evitar el sexo cinco días antes y cinco días después de la menstruación. Dijeron que si una mujer había sido violada o había tenido sexo sin protección y no

quería quedar embarazada, podía tomar café fuerte o usar limón. No tenían noción sobre la anticoncepción de emergencia (RHRC, 2004).

3.3 Profamilia

La organización colombiana Profamilia, desarrolló en el año 2005 la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) donde entre otros aspectos consultó sobre las prácticas, conocimientos y factores asociados con infecciones de transmisión sexual (ITS) y el SIDA.

Algunas de las consultas informaron sobre las condiciones de desventaja en relación con los beneficios de la población en las localidades de frontera, especialmente en Nariño. Por ejemplo, acerca de los niveles de conocimiento sobre ITS, el 83% de las mujeres manifestó conocer ITS diferentes al VIH/SIDA; el 32% dijo no conocer síntomas de ITS en el hombre y el 30% no mencionó síntomas en la mujer; el desconocimiento es mayor entre las más jóvenes (15 a 19 años de edad), en el área rural, en la región oriental, entre las que no tienen educación y entre las más pobres. Los departamentos en donde el nivel de conocimiento de las ITS es más bajo son: Nariño, Boyacá, Meta y Cauca (Profamilia, 2005).

En cuanto al tema de violencia en contra de las mujeres, el 26% de ellas contestó que sus esposos se expresaban en forma desobligante contra ellas, con frases despectivas, tales como “usted no sirve para nada”, “usted nunca hace nada bien”, “usted es una bruta”, “mi mamá hacía mejor las cosas”.

Los grupos de mujeres que sufrían ese tipo de maltrato eran principalmente las mayores de 35 años, las que estuvieron anteriormente unidas o casadas, que viven en el área rural, y entre las mujeres sin educación o con educación primaria. Los departamentos del país, en donde las mujeres más frecuentemente se quejaban de estas situaciones son Huila, Boyacá, Casanare, Arauca, Caquetá, Tolima, Norte de Santander y Nariño. (Profamilia, 2005)

3.4 Misión internacional de observación en la frontera

En 2005, un grupo de organizaciones no gubernamentales ecuatorianas junto con organizaciones internacionales coordinadas por el Comité Interinstitucional contra las Fumigaciones (CIF) conformaron una Misión internacional de observación a la frontera ecuatoriana con Colombia para verificar y denunciar las violaciones a los derechos humanos contra las poblaciones ecuatorianas como consecuencia de las medidas implementadas dentro del denominado Plan Colombia. Como producto de la misión, se elaboró el informe “Observaciones de la misión internacional a la frontera ecuatoriana con Colombia”.

En ese informe, que incluye consultas en las tres localidades fronterizas: Esmeralda, Carchi y Sucumbíos, se analiza el impacto en la salud por las continuas fumigaciones a cultivos ilícitos desarrolladas por el gobierno colombiano.

Se indica que existe una importante presión sobre los servicios de salud existentes, tanto por parte de la población local ecuatoriana como por la desplazada y refugiada colombiana. En algunos casos, los presupuestos locales para la atención de mujeres embarazadas fueron desbordados pues deben compartirse con la atención a las mujeres refugiadas colombianas que permanecen en localidades fronterizas ecuatorianas.

De igual manera, el informe señala que los efectos de las aplicaciones aéreas se han sentido entre la población indígena que vive en las localidades fronterizas, ocasionando su desplazamiento hacia otras regiones fronterizas e impactando las condiciones de salud en mujeres y niños afectados por las fumigaciones.

3.5 Fundación Ecuatoriana de Acción, Estudios y Participación Social

La FEDAEPS publicó en 2003 el informe “VIH SIDA, diciéndolo tal como es” donde se destacan algunas características de su prevalencia en los territorios, se repasan conceptos y se desarrollan alternativas para contrarrestar los mitos existentes sobre el tema.

Como parte del estudio, se indican algunos datos para zonas determinadas del país, donde destaca Esmeraldas, frontera con Colombia, como una de las provincias con mayores índices de prevalencia del VIH SIDA a nivel nacional (1,4%).

3.6 Defensoría del Pueblo de Colombia

El informe “Resolución defensorial N° 53. Situación de los derechos humanos y derecho internacional humanitario del pueblo indígena Awá del departamento de Nariño”, producido por la Defensoría del Pueblo de Colombia, indica problemas experimentados entre la población indígena frontera para acceder a servicios de salud ajustados a sus requerimientos.

4. Producción académica

4.1 Ponencia sobre mujeres refugiadas colombianas

La investigadora ecuatoriana Thania López presentó una ponencia titulada “Contexto y situación de las mujeres refugiadas colombianas en Ecuador”, en la II Conferencia regional Migración, desplazamiento forzado y refugio, realizado en la Universidad Andina Simón Bolívar de Quito, entre el 1 y el 3 de septiembre de 2004.

En ese artículo López indicaba que la situación de las personas refugiadas colombianas en el Ecuador se complejiza debido a un conjunto de factores, que se inician desde los puestos fronterizos migratorios entre ambos países: se han incrementado los controles migratorios, basados en patrullajes permanentes en la frontera, la exigencia del pasado judicial para el ingreso de colombianos, y los operativos para detener y deportar a indocumentados. Los controles migratorios constituyen en la práctica, restricciones para el ingreso de los solicitantes de refugio y riesgos para su seguridad.

Por otra parte, realiza un análisis sobre el estado y condición de las mujeres refugiadas colombianas en el Ecuador, que continúan siendo víctimas de la violencia intrafamiliar, de abuso y explotación sexual, de cargas productivas excesivas, de condiciones laborales de explotación y abuso, entre las más frecuentes, la servidumbre, la ausencia de contrato y el no pago; continúan teniendo que decidir a la fuerza entre el cuidado de sus hijos y la necesidad de un empleo; ellas y sus hijos prolongan el tránsito por la marginalidad y la exclusión de los servicios de salud, de la educación, de la vivienda y, en general, de una vida digna.

4.2 Libro sobre el desplazamiento forzado de colombianos

En el año 2004, Consuelo Ahumada y otros autores publicaron el libro “El desplazamiento forzado de colombianos hacia Ecuador en el contexto del Plan Colombia”, donde se analiza el fenómeno del desplazamiento forzado de colombianos hacia la frontera colombo-ecuatoriana, entre los años 2000 y 2003, en el contexto del Plan Colombia y de la IRA (Iniciativa Regional Andina) y examina el impacto social, económico y político, tanto en los desplazados, como en la población local de la provincia de Sucumbíos.

Este estudio, desarrollado en las localidades fronterizas de Putumayo y Sucumbíos, recopiló diferentes percepciones de desplazados y refugiados colombianos, funcionarios de entidades nacionales e internacionales que atienden el problema del desplazamiento forzado en las tres ciudades del Ecuador y a empleados del gobierno del orden local y nacional.

También el estudio se ocupó de la caracterización socioeconómica de las poblaciones de las dos localidades analizadas e incluyó análisis sobre la disposición de servicios de salud para las personas desplazadas y refugiadas. El informe no trabajó las temáticas sobre la salud sexual y salud reproductiva de dichas poblaciones.

Finalmente, el informe de Ahumada y otros, concluyó con la evaluación de la desatención en materia de servicios sociales, incrementados por otros rasgos críticos que afectan a las poblaciones desplazadas en situaciones de frontera.

IV. Balance del tejido de organizaciones y acciones institucionales

A continuación se presentan una serie de iniciativas, programas y proyectos diseñados y elaborados desde organismos internacionales que tienen relación con el tema de las personas desplazadas en primera instancia, y con especial relevancia en el caso de su salud sexual y salud reproductiva. Este repaso se realiza a partir de la revisión de fuentes secundarias, informes de proyectos, sistematizaciones de procesos, etc.

Se trata de acciones pasadas y en transcurso, que dan cuenta de una agenda de trabajo de organizaciones respecto a la crisis humanitaria del desplazamiento y de la población desplazada en condición de frontera.

Por lo anterior, sobresalen en el análisis iniciativas elaboradas y diseñadas especialmente desde Colombia.

1. Acciones de cooperación internacional

1.1 Colombia

1.1.1 Plan de Acción Humanitaria 2003

En noviembre de 2002, el Grupo Temático sobre Desplazamiento Interno en Colombia de las Naciones Unidas (GTDI) presentó un ejercicio de planeación estratégica y cooperativa, titulado “Plan de Acción Humanitaria 2003” (PAH) para Colombia. La meta general del PAH es “promover el respeto, acceso y aplicación de los derechos humanos y

principios humanitarios básicos de la población afectada por la crisis humanitaria causada por el conflicto armado”¹⁰ (RHRC, 2004).

Los planes específicos de acción en cuanto a la salud, la educación y el bienestar familiar incluyen:

- “Fortalecer, a través de ayuda técnica y capacitación, la capacidad local y regional para una respuesta pronta y eficaz, con un énfasis especial en enfermedades preventivas, salud sexual y reproductiva, salud mental, enfermedades que surjan, mejora en nutrición y en la información sobre la situación de la salud”.
- “Promover la creación y el desarrollo de alianzas estratégicas para una atención médica integral”.
- “Apoyar a las comunidades en el desarrollo de habilidades organizativas y fortalecimiento de las capacidades para promover el derecho a la salud que les permita tomar parte en el monitoreo, seguimiento y control de actividades”.

No se conocen resultados concretos de la aplicación del ejercicio de planificación estratégico en las poblaciones desplazadas hacia los cuales iba dirigido.

1.1.2 Mejora en el acceso de la población desplazada a los servicios de salud sexual y reproductiva

En el marco de las acciones estratégicas de la oficina en Colombia del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el subprograma de Salud Reproductiva para el periodo 2003–2007 definió como su principal propósito lograr una mejora en el acceso de la población desplazada, particularmente de los adolescentes, a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Las actividades propuestas incluían capacitación y fortalecimiento de la capacidad institucional de las organizaciones que trabajan con desplazados, para educarlos en sus derechos reproductivos y para implementar servicios integrados de salud sexual y reproductiva, con un énfasis especial en los adolescentes.

No fue posible obtener alguna evaluación o sistematización sobre los resultados de este programa coordinado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas a través de su oficina en Colombia.

1.1.3 Asistencia de post emergencia a poblaciones desplazadas y vulnerables

Durante el periodo comprendido entre el año 2000 y 2003, la Organización Internacional para las Migraciones en Colombia (OIM) implementó el Programa de Asistencia de post-emergencia a poblaciones desplazadas, internas, comunidades receptoras y otras poblaciones vulnerables. El programa que fue aplicado en una serie de departamentos colombianos entre los que se destacan los fronterizos Nariño y Putumayo, buscaba proporcionar a los desplazados internos y a las comunidades de acogida actividades productivas, atención en salud, educación y vivienda. (OIM, 2003)

El área de salud se planteó la implementación de cuatro subcomponentes: salud familiar, salud sexual y reproductiva, atención psicosocial y fortalecimiento institucional. En cada dimensión se apoyaron proyectos de prevención, que promueven normas de higiene, nutrición, vacunación, aumento de la cobertura en el Plan de Atención Básica, incremento del acceso a los servicios ofrecidos por el Sistema Nacional de Salud; y de atención a través del desarrollo de campañas y brigadas, dotación de hospitales, centros y puestos de salud, capacitación a personal de la salud.

Resultados

Durante 2003 se beneficiaron 25.435 personas mediante atención primaria, vacunación, charlas sobre alimentación, higiene, primeros auxilios y manejo del medio ambiente, y la participación en grupos o redes para la promoción de derechos en salud. En el tema de salud sexual y reproductiva se beneficiaron 22.391 personas, incluyendo el número de personas atendidas en clínica, participantes en programas de capacitación y/o grupos para la promoción de derechos sexuales y reproductivos.

¹⁰ El GTDI está compuesto por 12 agencias del Sistema de las Naciones Unidas presentes en Colombia: ACNUR, FAO, UNFPA, UNDCP, OIM, ACNUDH, OPS/OMS, UNIDO, PNUD, UNICEF y UNIFEM.

Respecto a la atención psicosocial, se promovió la ayuda a 2.940 personas incluyendo psicoterapia individual o grupal, capacitación y formación y promoción de redes para la asistencia. En fortalecimiento institucional se entregó equipamiento para la dotación de hospitales o centros de salud, y se equipó un centro de salud. Se capacitaron 286 personas del sector salud, con un alto índice de posterior contratación.

Todos los proyectos de este componente se realizan a través de convenios con secretarías departamentales y municipales de salud, Departamento Administrativo de Salud, Profamilia, Cruz Roja colombiana, empresas sociales del Estado, cajas de Compensación Familiar, entre otros. (OIM, 2003)

1.1.4 Acciones de intermediación entre la población desplazada y las instituciones

La representación del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) en Colombia, tiene trabajo en algunas zonas fronterizas, como Putumayo. En estas localidades, desarrolla acciones “de intermediación y catalizador” entre la población desplazada y las instituciones que operan en los niveles desconcentrados en localidades de frontera. (RHRC, 2004)

1.1.5 Atención a desplazados y grupos vulnerables

La OIM Colombia desarrolla el “Programa de atención a desplazados y grupos vulnerables” con el objetivo de asistir de manera integral no sólo a las poblaciones que se vieron forzadas a abandonar sus lugares de residencia, sino a aquellas comunidades que han acogido a los desplazados a pesar de sus propias condiciones de vulnerabilidad. (OIM, 2007).

El programa implementa proyectos en salud, educación, generación de ingresos y capacitación laboral, seguridad alimentaria, vivienda, y fortalecimiento institucional.

En materia de salud, y como resultado de un proyecto implementado con el Ministerio de la Protección Social, en 2007 se identificaron, afiliaron y prestaron servicios de salud a 194.917 beneficiarios pertenecientes a población desplazada (68%) y vulnerable (32%), en los 111 municipios de los 12 departamentos en donde se ejecuta el proyecto.

Fue entre estas poblaciones que se promovió y facilitó la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud¹¹, y el acceso a los servicios de salud. Esta meta se alcanzó mediante el diseño de rutas de atención, asesoría y asistencia técnica, el desarrollo de lineamientos y la realización de jornadas locales con autoridades, entidades del sector salud y organizaciones de población en situación de desplazamiento. Además, se fortaleció la capacidad de gestión en departamentos y municipios.

Todas estas acciones fueron emprendidas por el proyecto con el fin de neutralizar las barreras que impiden a la población en situación de desplazamiento el goce efectivo del derecho a la salud.

1.1.6 Asistencia de emergencia para obtener protección internacional

La OIM implementa el Programa asistencia de emergencia para personas en búsqueda de protección internacional a lo largo de las fronteras con Panamá, el Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela. El programa es financiado por la Oficina de Población, Refugio y Migración (PRM) del Departamento de Estado de los Estados Unidos de América (OIM, 2007).

Las zonas de fronteras en las que la OIM presta asistencia a los colombianos en búsqueda de protección internacional son:

- Ecuador: Carchi, Esmeraldas, Sucumbíos y Pichincha.
- República Bolivariana de Venezuela: Táchira, Zulia y Apure.

¹¹ El sistema general de seguridad social en salud de Colombia está basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos. Este sistema es producto de una reforma al esquema anterior que era considerado verticalista, asistencialista y centralizado. La Reforma parte de definir dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes; y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio. (<http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm>).

- Panamá: Darién y Comarca de Kuna Yala.

La OIM hace partícipe de la implementación de los proyectos a toda la comunidad receptora y a las personas en búsqueda de protección internacional. Por ejemplo, a través del desarrollo de capacitaciones dirigidas a promotores locales de salud en cada una de las áreas de frontera, brigadas de salud y campañas sobre el VIH/SIDA, se mejora el acceso a los servicios de salud de la comunidad colombiana en las fronteras.

De igual forma, por medio de la instalación de sistemas de tratamiento de agua y plantas eléctricas, la OIM facilita el acceso al consumo de agua potable y servicios de electricidad de las poblaciones beneficiarias. Asimismo, ofrece alojamiento en albergues temporales construidos muchas veces con la mano de obra de la propia comunidad (<http://www.oim.org.co/Programas/Relacionadosconmigraci%C3%B3ninternacional/Programadeasistenciadeemergenciaenfronteras/tabid/159/language/es-ES/Default.aspx>).

A pesar de que la comunidad colombiana en búsqueda de protección internacional en las fronteras busca alternativas para suplir su necesidad de alimentación, como la plantación de sus propios cultivos, la OIM provee kits de alimentos básicos cuyo control de consumo lo llevan los propios beneficiarios para lograr su abastecimiento y distribución.

La OIM además provee facilidades de transporte para que los beneficiarios realicen el proceso para la adquisición de documentación en los países receptores.

En el caso del Ecuador, la OIM también presta soporte en el proceso legal de apelaciones y en Panamá, apoya el aspecto logístico para participar en el de documentación.

1.1.7 Sensibilización en prevención y atención de ITS/VIH/SIDA

El Proyecto del Fondo Mundial en Colombia (PFMC), conocido también como Proyecto Colombia, busca sensibilizar a por lo menos a 600.0000 jóvenes pertenecientes a las comunidades más vulnerables de la población desplazada de Colombia, en temáticas relacionadas con la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual ITS/VIH/SIDA, desde un enfoque de derechos, a través de estrategias pedagógicas de formación entre pares, así como de diversas expresiones artísticas y culturales, como la literatura y la música. (OIM, 2007).

Este proyecto, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, por un monto de 8.6 millones de dólares, se ha constituido en uno de los programas de prevención del VIH/SIDA más grandes del país y en una gran oportunidad de desarrollo integral para miles de jóvenes y adolescentes entre los 10 y 24 años.

A lo largo de su ejecución, el proyecto ha extendido labores a 48 municipios del país (16 en la primera fase y 32 en la segunda), escogidos mediante dos criterios principales: alta concentración de población desplazada y alta frecuencia de casos reportados de VIH y SIDA. La intervención del proyecto llegó a 338 instituciones educativas y a 947 organizaciones de la sociedad civil, en las que se logró fortalecer los proyectos de educación para la sexualidad y formar cerca de 500 docentes.

De igual forma, en más de 100 entidades de salud de todo el país se han instalado servicios amigables para jóvenes, en los que se han atendido casi 300 mil. También se está realizando una intervención directa en el área de salud, para lo cual se han realizado más de 50 mil pruebas para VIH en los municipios en los que se ejecutó el proyecto en sus dos fases.

Otro de los principales logros del proyecto en materia de prevención y protección contra el VIH es sin duda el de los emprendimientos juveniles, que permiten una mejor y sana utilización del tiempo libre en los jóvenes y adolescentes. Actualmente hay en marcha 306 emprendimientos de generación de ingresos o de formación de competencias.

1.1.8 Mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de jóvenes desplazados

El comité departamental de atención integral a la población desplazada, conformado por varias agencias de cooperación e instituciones de apoyo (Ministerio de Protección Social/Instituto Departamental de Salud de

Nariño/Direcciones locales/OPS/USAID/OIM/Fundación Panamericana para el Desarrollo) desarrolla acciones en el departamento de Nariño, orientadas al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes desplazados. Entre las implementadas en el año 2007, destacan las siguientes:

- Conversaciones con grupos vulnerables (desplazados) para tratar el tema de derechos y deberes en salud sexual y reproductiva.
- Seguimiento y vigilancia al cumplimiento de los lineamientos dados en la circular 018, que contempla la provisión de métodos de planificación familiar a adolescentes en condición de desplazamiento.
- Seguimiento y vigilancia en el cumplimiento de la normatividad vigente en los programas de promoción y prevención, haciendo énfasis en población vulnerable, como la población en condición de desplazamiento.

1.2 El Ecuador

1.2.1 Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Las memorias OIM Colombia del año 2003 consignan la realización de un proyecto orientado a abordar la situación de las poblaciones residentes en localidades fronterizas en el Ecuador.

El proyecto denominado Programa de fortalecimiento comunitario de las provincias del norte del Ecuador tenía el objetivo de trabajar en las áreas de infraestructura básica y productiva, así como en acciones de apoyo a la sociedad civil. Adicionalmente, se incluyó un componente para asistir a las poblaciones desplazadas y comunidades receptoras afectadas por los conflictos de la zona fronteriza (OIM, 2003).

Entre los años 2001 y 2003 se desarrollaron 79 proyectos en las áreas de construcción y reparación de sistemas de agua potable y saneamiento, mejoras en rutas de transporte e infraestructura, fortalecimiento de la sociedad civil, atención a población desplazada y atención de emergencia, beneficiando a más de 250.000 personas.

Producto de un acuerdo firmado en agosto de 2003, entre el Gobierno del Ecuador y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el programa se extendió hasta septiembre de 2006, lo que consideró la ejecución de un programa de fortalecimiento de gobiernos locales y participación ciudadana.

1.2.2 Escuelas promotoras de salud

Durante el periodo comprendido entre 2000 y 2006 se desarrollaron las denominadas Escuelas Promotoras de Salud en varias localidades, incluidas las localidades fronterizas de Esmeraldas, Carchi y Sucumbíos.

Estas escuelas de salud diseñadas para desarrollar proyectos concretos e intervenciones novedosas en el campo de la salud, tuvieron aplicaciones prácticas en las zonas de frontera, donde destaca el proceso ejecutado en la provincia de Carchí. En esta provincia se hizo una selección de 10 escuelas que están ubicadas en el cordón fronterizo con Colombia, de donde deriva el nombre del proyecto, la experiencia piloto de esta provincia se denominó: Escuelas saludables sin fronteras.

Se trata de un proyecto que ha sido concebido para comenzar a ser ejecutado, según la presentación de delegados por esta provincia en Riobamba, a finales de 2006 e inicios de 2007. Como un proyecto recién diseñado que acaba de comenzar su ejecución, se han propuesto desarrollar un proceso similar al realizado en las otras provincias y que incluye:

- Sensibilización a las autoridades provinciales
- Reuniones de coordinación interinstitucional
- Conformación del equipo de gestión provincial (equipo conductor)
- Capacitación al equipo de gestión (equipo gestor de cada escuela)

- Motivación y sensibilización a la comunidad educativa de las escuelas seleccionadas
- Efectuar el diagnóstico situacional de cada plantel seleccionado
- Capacitación y elaboración del plan anual de trabajo
- Lanzamiento oficial del proyecto en su primera fase
- Firmas de cartas compromiso
- Ejecución del plan anual
- Evaluación
- Elaboración del informe final

La principal razón para el desarrollo de este proyecto en una zona de riesgo social, se plantea de la siguiente manera:

“...este proyecto, justifica su implementación y aplicación de Escuelas promotoras de la salud en el cordón fronterizo de la provincia del Carchi, debido a que es una zona de alto riesgo por la repercusión del Plan Colombia, la violencia reinante en el vecino país del norte, y como consecuencia el desplazamiento de sus habitantes, sumando a esto los problemas de salud propios de cada región, repercutiendo directamente en la enseñanza-aprendizaje y en el comportamiento social de nuestras comunidades. Por tanto este proyecto es de suma importancia llevarlo a cabo, con el fin de mejorar las oportunidades de desarrollo y calidad de vida en una atmósfera psicológica, física y armónica positiva; y sean instrumentos para un adecuado aprendizaje, que permitan a las Escuelas promotoras de la salud promover espacios y estilos de vida de calidad”.

1.2.3 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

El UNFPA del Ecuador desarrolla un proceso interesante en prevención de VIH/SIDA en la zona de Sucumbíos, provincia fronteriza con Colombia.

La prevención de VIH/SIDA está integrada en todas las acciones de capacitación y movilización social por la salud sexual y reproductiva y se realiza acción directa con adolescentes, jóvenes y mujeres.

La experiencia más significativa es la de Sucumbíos, donde a través de un proyecto de programación conjunta con varias agencias de las Naciones Unidas, se lleva adelante una intervención sostenida, que incluye trabajo con gente viviendo con VIH/SIDA, refugiados y población móvil.

1.2.4 CARE Internacional

El CARE internacional desarrolló entre 2000 y 2007 un proyecto para incrementar servicios de salud reproductiva en zonas como Esmeralda, con un alto componente de población refugiada de origen colombiano.

1.2.5 Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

El ACNUR trabaja con organizaciones no gubernamentales y con el apoyo de la Oficina de Refugiados del Ministerio de Relaciones Exteriores del Ecuador en siete provincias: Esmeraldas, Carchi, Azuay, Orellana, Imbabura, Pichincha y Sucumbíos. En esta última provincia, el ACNUR realiza proyectos interagenciales de salud sexual y reproductiva y VIH con el ONUSIDA.

2. Organizaciones gubernamentales: políticas y programas a nivel nacional, regional, provincial o local

2.1 Colombia

2.1.1 Algunas políticas y programas de atención a la población desplazada en Colombia

El informe “La población desplazada en Colombia: examen de sus condiciones socioeconómicas y análisis de las políticas actuales”, preparado por el Departamento Nacional de Planeación de Colombia en el año 2007, detalla algunas acciones recientes en el enfoque de la población colombiana desplazada a lo interno del territorio de ese país.

El Sistema Nacional de Atención Integral para la población desplazada (SNAIPD)

El aparato institucional para atender a esta población está conformado por el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, el Consejo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada y los Comités Departamentales, Distritales y Municipales.

Los objetivos del SNAIPD son coordinar las entidades encargadas de la política para la población desplazada, adoptar una estrategia de atención integral, fortalecer el desarrollo integral y sostenible de las zonas expulsoras y receptoras, y maximizar los recursos disponibles para la prevención y atención del desplazamiento.

El Sistema Único de Registro (SUR)

Se creó para identificar y caracterizar a la población desplazada, cuantificar la demanda real por atención estatal y establecer un seguimiento a las ayudas prestadas por la Red de Solidaridad Social (RSS).

La información provista por los hogares al SUR se complementa con un formato de caracterización básica del hogar, y otro de seguimiento de ayudas entregadas para recopilar información adicional acerca del hogar desplazado y establecer un sistema de seguimiento a las ayudas entregadas por las entidades del SNAIPD.

La Atención Humanitaria de Emergencia (AHE)

Está encaminada a “socorrer, asistir y proteger a la población desplazada en el momento inmediatamente posterior al evento del desplazamiento y a atender sus necesidades de alimentación, aseo personal, manejo de alimentos, utensilios de cocina, atención médica y psicológica, transporte de emergencia y alojamiento transitorio en condiciones dignas”. La AHE se brinda una vez ocurrido el desplazamiento así como en los tres primeros meses posteriores, con una posible prórroga por tres meses más dependiendo de las condiciones y necesidades de los hogares.

La asistencia humanitaria de emergencia comprende algunas líneas de acción entre las que destacan actividades en materia de salud. La población desplazada registrada en el SUR tiene cubrimiento en los servicios de salud, por cuenta de la entidad a la cual estaba afiliada previamente al desplazamiento y de acuerdo con su situación de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Los hogares no vinculados al sistema pueden acceder a los servicios de salud en las entidades prestadoras de salud pública que la entidad territorial defina.

Defensoría del Pueblo

Este organismo aplicó el proyecto “Promoción y monitoreo del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población en situación de desplazamiento forzado y receptora vulnerable, con énfasis en violencia intrafamiliar y sexual”, apoyado por la Organización Internacional para las Migraciones.

El proyecto se desarrolló en su primera fase entre 2006 y 2008, en las ciudades de Cali, Medellín, Cúcuta y Pasto (esta última frontera con Ecuador) y se encaminó al fortalecimiento y desarrollo de los

procesos comunitarios y territoriales para la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de la población en situación de desplazamiento y población receptora vulnerable.

En un ejercicio de evaluación sobre el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en condiciones de desplazamiento y población receptora vulnerable, desarrolló estudios en algunas localidades con la participación de organizaciones de la sociedad civil, así como entrevistas con informantes de la población en situación de desplazamiento y vulnerabilidad, favoreciendo espacios para el manejo ético, anónimo y confidencial de la información suministrada.

2.2 El Ecuador

2.2.1 Unidad Ejecutora de Desarrollo de las Provincias del Norte (UDENOR)

En agosto de 2000, el Gobierno del Ecuador emitió el Decreto Ejecutivo 640 para la creación de la Unidad Ejecutora de Desarrollo de las Provincias del Norte (UDENOR), a fin de contrarrestar los efectos de la aplicación del Plan Colombia en las zonas fronterizas.

Su objetivo fue atender prioritariamente el desarrollo económico y social en las provincias de Esmeraldas, Carchi, Sucumbíos, Orellana y Napo, por medio de la gestión de recursos y coordinación de la ejecución del Programa de Desarrollo Preventivo Alternativo y Reactivación Social con enfoque comunitario y regional.

La UDENOR tendría la misión de trabajar para incrementar las oportunidades de trabajo y de ingresos, el acceso a servicios sociales, con énfasis en salud, educación, agua potable e infraestructura básica, así como el fortalecimiento y desarrollo institucional de organizaciones locales y el mejor y más sustentable manejo de los recursos naturales y el medio ambiente (Moreano, 2006).

Esta iniciativa terminó su implementación a inicios del año 2008.

2.2.2 Plan Ecuador

El Plan Ecuador nace como una alternativa de paz, desarrollo humano y sustentable de la frontera norte frente a los efectos no deseados del Plan Colombia. Se basa en una plataforma de acción integral para la frontera norte inspirada en tres principios fundamentales: (i) la paz y cooperación como sistema de convivencia entre los Estados; (ii) el repudio a la agresión externa, la no intervención en los asuntos internos de otros países y la igualdad soberana en las relaciones con los Estados vecinos; y (iii) la cooperación y corresponsabilidad en el cumplimiento de los objetivos del desarrollo, entre las diferentes instituciones del Estado ecuatoriano y las organizaciones de la sociedad.

El Plan Ecuador sigue los lineamientos del Plan de Desarrollo Nacional y se vincula con los acuerdos internacionales en materia de derechos humanos y derecho internacional humanitario, la conservación y aprovechamiento sustentable de los recursos naturales y la lucha contra todo tipo de actividades ilegales que afecten la seguridad ciudadana.

La observancia de estos principios, según este plan, permitirá consolidar la seguridad humana y una cultura de paz centradas en las personas y sus diversas formas de organización, la satisfacción de sus necesidades y la potenciación de sus capacidades y libertades. Se podrá mantener una política de relaciones internacionales equitativa y solidaria y afirmar una política de defensa basada en la protección de la población, de los recursos naturales, del patrimonio nacional y el control efectivo de su territorio (<http://www.planecuador.gov.ec/pages/interna.php?txtCodiInfo=15>).

2.2.3 Plan Estratégico Multisectorial

El Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta nacional ante el VIH/SIDA establece como uno de los grupos prioritarios la población refugiada y solicitante de asilo en el Ecuador.

En este plan se contempla el trabajo con estas poblaciones en los territorios de frontera con Colombia, como parte de las acciones integrales en este tema.

Entre sus principales propósitos se cuentan los siguientes:

- Mitigar la situación de vulnerabilidad de la población refugiada frente a la epidemia de VIH/SIDA, mediante el fortalecimiento del acceso a la protección internacional y el ejercicio de los derechos legales y socio económicos inherentes en tal condición, para las personas en necesidad de protección internacional que viven en el Ecuador.
- Acceso a información y educación sobre salud sexual y reproductiva y VIH para la población solicitante de asilo y refugiada, con especial enfoque en jóvenes no escolarizados.
- Garantizar el acceso de la población solicitante de asilo y refugiados a servicios de salud, incluyendo a mujeres y niños de atención integral al VIH/SIDA, bajo las mismas condiciones que la población ecuatoriana, en cumplimiento de instrumentos internacionales sobre los derechos de los refugiados y el acuerdo 1187 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2004).
- Garantizar la cobertura de servicios integrales, provistos en el marco del Plan Estratégico Nacional, en todas las zonas afectadas por flujos de refugiados, incluyendo la frontera norte del Ecuador.
- Fortalecer la prevención y respuesta a la explotación sexual y trata de personas en el marco del plan nacional contra la trata, que incluya mecanismos de protección a mujeres, adolescentes, niños y niñas extranjeras, solicitantes de asilo, refugiadas, e indocumentadas, viviendo en el país, con el fin de disminuir la vulnerabilidad de este grupo más expuesto ante el riesgo de explotación sexual.

3. Organizaciones no gubernamentales: características, relación con poblaciones migrantes

3.1 Colombia

3.1.1 PROFAMILIA

La Asociación de la Familia Colombiana, Profamilia, proporciona la mayoría de los servicios de salud reproductiva en Colombia y en los últimos años ha venido incrementando considerablemente la prestación de estos servicios a los desplazados. Sus principales propósitos son:

- Desarrollar y fortalecer los servicios y productos en las áreas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva.
- Promover y defender el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para que los hombres y mujeres adultos, adolescentes y jóvenes gocen de una vida sexual saludable y satisfactoria, libre de toda discriminación, coerción y violencia y para que puedan tomar decisiones libres e informadas sobre su vida reproductiva.
- Desarrollar proyectos sociales dirigidos a la población colombiana más pobre, vulnerable y marginada promoviendo y defendiendo sus derechos sexuales y reproductivos, mejorando el acceso a los servicios e información de planificación familiar y salud sexual y reproductiva.
- Fortalecer la presencia nacional e internacional a través de la investigación, el adiestramiento y la asistencia técnica en el desarrollo de programas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva.
- Mantener la solidez financiera institucional, para el desarrollo de programas y proyectos innovadores, en concordancia con la transparencia y ética.

Buena parte de los servicios de planificación familiar son proporcionados por Profamilia, que es subcontratada por la Red de Solidaridad Social¹².

A través de sus 35 clínicas en 31 ciudades y proyectos de unidades móviles, Profamilia proporciona alrededor del 70% de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar disponibles en Colombia. Profamilia recibió el “*Premio Mundial de Población 1988 de las Naciones Unidas*”.

En general, hay diferencias en el estatus de la salud reproductiva entre las zonas urbanas y rurales respecto de zonas afectadas por el conflicto en Colombia, y mientras algunas áreas técnicas de la salud reproductiva (SR) han mejorado a un ritmo constante, otras tales como la violencia de género (VG), los embarazos no deseados, el conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual y las necesidades de los adolescentes continúan sin ser atendidas.

3.1.2 Reproductive Health Response in Conflict (RHRC)

La red Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium tiene como objetivo incrementar el acceso de las personas refugiadas y las desplazadas en todo el mundo, a una variedad de servicios voluntarios de salud reproductiva de calidad. El RHRC Consortium se basa en cuatro áreas técnicas esenciales y complementarias de la salud reproductiva:

- Maternidad sin riesgos, incluyendo emergencias obstétricas
- Planificación familiar
- Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA
- Violencia de género

Los adolescentes son una población de especial preocupación

En Colombia, la RHRC realiza trabajos de evaluación y seguimiento a programas de salud que atienden población desplazada interna; su rango de cobertura es nacional y han realizado también acciones en localidades fronterizas colombianas como Nariño y Putumayo.

La Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium está compuesta por siete organizaciones: American Refugee Committee, CARE International, Columbia University, International Rescue Committee, JSI Research and Training Institute, Marie Stopes International y Women’s Commission for Refugee Women and Children. El Consorcio trabaja para incrementar el acceso de las personas refugiadas y desplazadas a servicios integrales de salud reproductiva de calidad.

3.1.3 Casa de la Mujer

La organización Casa de la Mujer ha desarrollado procesos de acompañamiento con grupos de mujeres desplazadas en localidades fronterizas colombianas. En la sistematización realizada por RHRC (2004) se consignó acciones implementadas con apoyo del ACNUR, como talleres colectivos para el abordaje del empoderamiento, autoestima y derechos de las mujeres.

La información analizada no permite conocer acciones recientes de esta organización en las zonas fronterizas.

¹² La Red de Solidaridad Social es una estrategia presidencial orientada a impulsar procesos de participación social que: promuevan el avance de la descentralización; generen un mayor compromiso de las colectividades locales con la gestión de su propio desarrollo; consoliden nuevos modelos institucionales para el manejo y control de las políticas sociales en las entidades territoriales y atiendan prioritariamente a los grupos poblacionales más vulnerables. Fue creada para: impulsar la adopción y operación de un eficiente sistema de coordinación interinstitucional para garantizar la adecuada articulación territorial de los componentes de la política social; promover procesos de participación, comunicación y concertación social que permitan comprometer a las colectividades en la gestión, operación y control de sus programas y proyectos de desarrollo; implementar acciones con “saldo pedagógico” que garanticen una mayor capacidad social e institucional para la sostenibilidad de los procesos de desarrollo local; atender con prontitud y eficiencia la conmoción resultante de eventos catastróficos y/o de coyunturas sociales excepcionales, que por su magnitud, desbordan la capacidad de respuesta de las entidades territoriales.

4. Concertaciones y experiencia de trabajo en redes

Pese a que no trabaja directamente en el tema de la situación y condiciones de salud de las poblaciones desplazadas y migrantes en los contextos fronterizos, es necesario documentar la experiencia del Observatorio colombo ecuatoriano de migraciones (OCEMI).

El Observatorio tiene como propósito central conocer y comprender las dinámicas migratorias en relación con sus contextos, indagando las causas y efectos del flujo migratorio de colombianos y ecuatorianos. Para ello divide su trabajo en varios componentes:

1) **Sistema binacional de migraciones georeferenciado:** acopio y procesamiento de la información primaria y secundaria de carácter estadístico, que permite examinar las características y los cambios de los flujos migratorios en territorios específicos, el perfil de los migrantes, las causas y efectos de las migraciones.

El Sistema reúne información estadística, primaria y secundaria de carácter georeferenciado con el fin de poder monitorear periódicamente la dinámica migratoria de la población colombiana y ecuatoriana emigrante e inmigrante, apreciar las variaciones en el tiempo y entender mejor estos flujos y los contextos migratorios.

2) **Unidad de investigaciones:** su propósito es realizar estudios sobre temas migratorios y que contribuyan cualitativamente a los análisis estadísticos del sistema georeferenciado.

3) **Observatorio de medios:** facilita la comprensión del significado e impacto de los sucesos y acontecimientos que se dan sobre las migraciones. Su objetivo es sistematizar en forma periódica, temática y georeferenciada artículos de medios de prensa (periódicos, revistas, boletines y otros similares) con el propósito de dar cuenta de los hechos migratorios con un enfoque de derechos humanos.

4) **Centro de documentación:** tiene como fin recopilar, clasificar y organizar documentos, libros, revistas, textos virtuales e impresos y material audiovisual en cuestión migratoria de utilidad para quienes se interesan por esta realidad.

En relación a su utilidad externa, el Observatorio está en capacidad de brindar información general y especializada a entidades públicas y privadas y a la ciudadanía sobre los procesos migratorios, en temas como:

- El peso de las migraciones y de sus efectos en términos georeferenciados.
- Los impactos, amenazas y oportunidades de los procesos de emigración e inmigración, con el enfoque de derechos humanos.
- La situación de las familias transnacionales.
- La intención migratoria en zonas de amplia experiencia migratoria.

V. Aspectos legislativos y normativos

El aseguramiento de los derechos de las personas migrantes o en situación de desplazamiento y refugio en zonas de frontera expresa serias debilidades, producto de la ausencia de políticas públicas descentralizadas y dirigidas a asumir las problemáticas de estas poblaciones, así como la existencia de un conjunto de acciones de carácter preliminar que no aborda la integración de las necesidades básicas entre las que se cuentan los requerimientos en salud.

El presente recuento de legislación, marcos de políticas públicas y normativas que promueven o limitan el ejercicio de los derechos de las personas migrantes en localidades de frontera muestra las debilidades anteriormente planteadas.

La ausencia de marcos específicos que den cuenta de las realidades de las poblaciones móviles y migrantes en la frontera entre Colombia y el Ecuador, expresa vacíos institucionales en los abordajes, condición que necesariamente presenta un desafío en la articulación de políticas públicas integrales e integradoras, con observancia de los derechos inherentes a las poblaciones que se movilizan y desplazan como resultado de condiciones estructurales y coyunturales que las motivan a hacerlo.

Este informe está basado en una búsqueda de normativa reciente, análisis sobre las estructuras de políticas públicas y marcos institucionales oficiales existentes en ambos países.

1. Normativa internacional

1.1 Colombia

Los derechos sexuales y reproductivos son un componente básico de los derechos humanos. Son aquellos derechos humanos interpretados desde el punto de vista de la sexualidad y reproducción de hombres y mujeres, cuya garantía es requisito fundamental para el goce de una vida sexual plena y libre.

Los derechos sexuales y reproductivos están arraigados en los principios más básicos de los derechos humanos y los intereses que protegen son diversos. El Estado colombiano ha conocido y ratificado los siguientes principios universales (Defensoría del Pueblo, 2008): la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979; la Convención sobre los Derechos del Niño, 1989; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer – Convención de Belém do Pará 1994; la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena 1993; la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo 1994; y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995.

1.2 El Ecuador

El Ecuador ha ratificado prácticamente todos los Tratados y Convenios Internacionales en el Sistema Universal de Derechos Humanos y en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

En el tema migratorio, es uno de los países signatarios de la Convención de 1990, referida a los derechos de los trabajadores migratorios y sus familiares.

Con relación al VIH/SIDA, ha firmado el Convenio Hipólito Unanue, formando parte del Organismo Andino de Salud, otros como el Convenio para la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica (RAVE); Acceso a tratamiento de Medicamentos Antirretrovirales en la Subregión Andina y la Declaración de Compromisos de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA.

2. Normativa nacional, políticas y planes en Colombia y el Ecuador

2.1 Colombia

Sistema General de Seguridad Social

El Sistema General de Seguridad Social en salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho a la salud en todas sus dimensiones y de dar cumplimiento de los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, funciona como un sistema de aseguramiento, que cuenta con diversas modalidades de afiliación y planes de beneficios, para lograr el máximo de cobertura en la prestación individual de servicios asistenciales en salud.

La atención a la población no asegurada corre por cuenta del Estado y se ampara en la red pública de servicios. Allí no hay un valor de aseguramiento y los servicios son cubiertos en su mayoría por el Estado a través de un rubro denominado “subsidio a la oferta”, en el cual el usuario paga una parte del servicio.

Ley 387 para el abordaje del desplazamiento

La ley 387 de 1997 reconoce la condición jurídica de las personas desplazadas, incluyendo el acceso a cada uno de los derechos en ella reconocidos: atención humanitaria de emergencia, consolidación y estabilización socioeconómica, salud, vivienda educación, protección de bienes, seguridad, acceso a tierras, acceso a generación de ingresos, verdad, justicia y reparación (Defensoría del Pueblo, 2008).

Define qué se entiende por persona en situación de desplazamiento y a partir de ello se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado y para la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en el país (Defensoría del Pueblo, 2008).

Adicionalmente se creó el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada (SINAIPD) y el Plan Nacional constituido por las entidades públicas y privadas que realizan planes, programas, proyectos y acciones específicas tendientes a brindar una atención integral de la población desplazada.

Estableció la coordinación del sistema a cargo de Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, oficina dependiente de la Presidencia de la República.

Para la atención de esta población, la ley creó el Consejo Nacional para la Atención a la Población Desplazada por la Violencia (CNAIPD), como un organismo consultor encargado de formular la política y garantizar la asignación de los recursos. En el ámbito territorial los Comités Municipales, Distritales y Departamentales son quienes deben brindar apoyo a la gestión del SINAIPD; se estableció que su función es coordinar las actividades en su zona, hacer diagnósticos de la situación de desplazamiento en su área de influencia y definir las acciones prioritarias que se requieren para cada componente de la atención. Adicionalmente, evalúan los proyectos y promueven la participación de la población desplazada.

También forman parte de la estructura creada para atender a la población en situación de desplazamiento las Unidades de Atención y Orientación (UAO), diseñadas para atender a la población en los lugares en donde existe mayor concentración de personas en esta situación.

Las UAO ofrecen los servicios de información, toma de declaración, registro y remisión a otras instituciones y coordinan la oferta institucional de ayuda humanitaria y de emergencia dirigida a esta población.

Sentencias

La sentencia T-025 dictada por la Corte Constitucional colombiana el 22 de enero de 2004, establece que las deficiencias del Estado en la atención a la población desplazada afectan los derechos humanos: a la vida digna, a la integridad personal, a la igualdad, al trabajo, a la salud, a la seguridad social, a la educación, al mínimo vital y a la protección especial debida a las personas de la tercera edad, a las mujeres cabeza de familia y a los niños y niñas y adolescentes.

Según la Corte, “es una violación de derechos prolongada y masiva que no es atribuible a una institución específica sino a un problema estructural de la política de atención a la población desplazada, a la ineficiencia para aplicarla y a la insuficiencia de recursos asignados, que genera un estado de cosas inconstitucional, en el cual hay un incumplimiento constante de los mandatos constitucionales, del marco legal de atención a los desplazados y de los lineamientos de política fijados por el mismo Estado” (Defensoría del Pueblo, 2008).

Garantía del derecho a la salud de las personas desplazadas

El artículo 19 de la sentencia T-025 puntualiza la obligación del Estado de prestar especial atención a las necesidades de salud de las mujeres, incluyendo el cuidado de la salud reproductiva así como la orientación y apoyo que requieran en caso de abusos de tipo sexual y otros similares. También recalca la prevención de las enfermedades transmisibles sexualmente, incluido el VIH/SIDA (Defensoría del Pueblo, 2008).

La Corte Constitucional en el marco de la superación del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025 de 2004, a través del auto 092 de 2008, adoptó medidas comprehensivas para la protección de los derechos fundamentales de las mujeres desplazadas por el conflicto armado en el país y la prevención del impacto de género desproporcionado del conflicto armado y del desplazamiento forzado, consistentes en:

- a. Órdenes de creación de 13 programas específicos para colmar los vacíos existentes en la política pública para la atención del desplazamiento forzado desde la perspectiva de las mujeres.

- b. Establecimiento de dos presunciones constitucionales a favor de las mujeres desplazadas por la violencia en el marco del conflicto armado interno colombiano.
- c. Establecimiento de órdenes individuales de protección para 600 mujeres desplazadas, a partir de la información aportada por CODHES.
- d. Notificación a la Fiscalía General de la Nación de casos sobre crímenes sexuales presuntamente cometidos en el marco del conflicto armado interno colombiano, para lo de su competencia y solicitud a la Procuraduría General de la Nación para que súper vigile el avance de las investigaciones y procesos penales a los que haya lugar.

Decreto 250

Por último, el decreto 250 de 2005 amplía la asistencia para la población desplazada e incorpora la atención al bienestar de la familia, los programas de seguridad alimentaria y la capacitación y recalificación laboral. Para los programas de atención al bienestar de la familia, el decreto establece que los menores de edad, los niños abandonados, los niños huérfanos, las madres lactantes, las madres gestantes y los adultos mayores serán sujeto de protección especial por parte de las entidades estatales.

Los programas de seguridad alimentaria priorizan la adopción de la Red de Seguridad Alimentaria (RESA), impulsan las granjas de paso, implementan programas de alimentos por capacitación y alimentos por trabajo y establecen que los menores desplazados en edad escolar recibirán apoyo alimentario. Los programas de capacitación y recalificación laboral contemplan la adopción de indicadores socio laborales para caracterizar y agrupar a la población desplazada según experiencias, vocaciones, expectativas y habilidades. Dichos diagnósticos permitirán adoptar y desarrollar procesos de formación y recalificación (Ibáñez y Moya, 2007).

Algunas barreras en el abordaje del desplazamiento interno en Colombia

Poco después de asumir el poder, el gobierno de Álvaro Uribe Vélez publicó el Plan Nacional de Desarrollo 2002–2006, que consideraba el desplazamiento interno como “el principal problema humanitario que enfrentaba Colombia como consecuencia del conflicto armado debido a su magnitud y a sus características”. Por consiguiente, la administración se comprometió a reforzar las acciones para prevenir el desplazamiento, a mejorar la protección de la población en riesgo, a aumentar la capacidad de respuesta a situaciones de emergencia (nutrición, albergue, servicios de salud), a crear las condiciones necesarias para fomentar el retorno y a fortalecer el SNAIPD. A pesar de este claro compromiso, convertido en la ley 812 (de 2003), la política de desplazamiento interno continuó resultando ineficiente por su enfoque restringido orientado a satisfacer principalmente las necesidades inmediatas de la población afectada. Incluso dentro de estos parámetros, la política demostró tener serias deficiencias en muchas áreas como la vivienda, la creación de empleo, la educación y los servicios de salud (Springer, 2006).

La falta de una autoridad gubernamental central que asuma la responsabilidad de todos los asuntos relacionados con el desplazamiento interno continúa siendo un problema, lo que ha provocado que “nadie se sienta responsable” de la situación. También se han hecho críticas en el sentido de que la política del gobierno continúa fundamentándose en el enfoque que considera al desplazamiento interno como un acontecimiento “misterioso” e “inexplicable” que afecta sólo a ciertos infortunados individuos, a quienes se les debe prestar ayuda durante un corto periodo de tiempo en forma dispersa y paternalista (Springer, 2006).

2.1.1 Abordaje del VIH/SIDA

Decreto 1543

Colombia cuenta con una legislación vigente en el área de VIH y SIDA, (decreto 1543 de 1997) que se fundamenta en el respeto a los derechos humanos y que contempla aspectos de prevención y asistencia integral.

Este decreto tiene como objetivo regular las conductas, acciones, actividades y procedimientos para la promoción, prevención, asistencia y control de la infección por VIH/SIDA. No hace alusión al tema de la relación entre desplazamiento y VIH/SIDA en materia de acceso, prevención y promoción.

Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA

El Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA 2008-2011 es coordinado por el Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, ONUSIDA, Grupo temático para Colombia, PNUD, OPS, UNFPA, UNICEF, Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC), UNIFEM, ACNUR, OACDH, OIT y OIM. Pretende aparte de involucrar los diferentes y sectores del país, corregir las deficiencias y mejorar el plan con el fin de lograr sus objetivos:

- Promover en toda la población los conocimientos, las actitudes, los comportamientos y prácticas que propendan, a lo largo del ciclo vital, por el desarrollo de una sexualidad autónoma, responsable y placentera.
- Promover los factores protectores y reducir los factores de vulnerabilidad relacionados con las ITS, el VIH y SIDA, con énfasis en poblaciones específicas caracterizadas como de alta vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, fuerzas armadas, población desplazada, población carcelaria, migrantes, desmovilizados, minorías étnicas), de acuerdo con los contextos regionales.
- Ampliar progresivamente la cobertura y el acceso a la atención integral con calidad de las personas infectadas y/o afectadas por el VIH y SIDA.
- Reducir el impacto social y económico de la epidemia de VIH y SIDA mediante la reducción de las condiciones de vulnerabilidad y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas viviendo con el VIH o con SIDA (PVV) y familias afectadas, especialmente de las más desprotegidas.
- Disponer de información que permita comprender la situación, dinámica de la epidemia, y de la respuesta nacional en todos los ejes del plan nacional, que oriente la toma de decisiones y el ajuste de estrategias para el cumplimiento de las metas propuestas.

Las acciones del plan se focalizan en poblaciones altamente vulnerables, y se ajustan igualmente a otros grupos de población. Se pretende incrementar la participación e involucramiento de la sociedad civil, de las redes de personas con VIH y de las comunidades de base existentes.

A través del plan se pretende superar la brecha de cobertura de servicios preventivos, de atención en salud y comunitarios para siete grupos de población que se han elegido y priorizado precisamente por su alta vulnerabilidad frente al VIH y SIDA, estos son: personas viviendo con el VIH o con SIDA (PVV), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS), personas privadas de la libertad (PPL), personas en situación de calle (HC), jóvenes desplazados o viviendo en contextos de desplazamiento (JD) y personas desmovilizadas de grupos armados irregulares (DESM).

Se busca que el plan facilite, a nivel territorial y local, la implementación de modelos de atención integral, específicamente diseñados para los diferentes grupos priorizados en el mismo. Es tan sólo a través del conocimiento profundo de las diferentes realidades, necesidades y preferencias de las poblaciones vulnerables que se puede fortalecer la oferta de servicios y se puede entrar a responder a las diversas expectativas de los grupos e individuos mayormente afectados.

Igualmente, se espera que la implementación de las acciones contempladas en el plan contribuya al desarrollo de las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) basadas en la evidencia, al fortalecimiento de las buenas prácticas y en especial al involucramiento activo de los grupos beneficiarios en las fases de formulación, diseño, ejecución y evaluación de los diferentes proyectos que darán cuenta del cumplimiento del plan en sí mismo. Se espera que, a través del plan, se puedan agenciar acciones pertinentes, que den como resultado el desarrollo de modelos preventivos que en lo local trabajen desde y con los grupos y no para los grupos, como ha sido el enfoque tradicional que ha caracterizado las estrategias de IEC en el país.

2.2 El Ecuador

Aspectos generales en el tema del acceso a la salud

Constitucionalmente, en el Ecuador los derechos relativos a la salud, se encuentran consignados en el artículo 42, sección cuarta “De la salud”, donde dice: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y potenciación, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”. En el artículo 43, “los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados”.

En la sección quinta, el artículo 47 señala: “En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de tercera edad. Del mismo modo, se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénico”.

Nótese la ausencia de referencias específicas para el caso de la atención a las personas desplazadas y refugiadas provenientes de otro país y la alusión específica a su atención en territorios determinados, como las fronteras.

A pesar de que en agosto de 2002 se aprobó y puso en vigencia la Ley del Sistema Nacional de Salud, no se ha implementado un sistema nacional integrado de salud, en su lugar hay una suma inconexa de prácticas, que se han ido dando a través de la historia de este sector (...) que impiden de manera contundente concretar los derechos consignados constitucionalmente, ya que existe “un sistema fragmentado donde convergen varios sectores, como es el caso del Ministerio de Salud Pública, el Seguro Social y el Seguro Social Campesino (Montoya, s/f).

El Sistema Nacional de Salud Pública

El subsector Público está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC), Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía (dependientes de los Ministerios de Defensa y Gobierno respectivamente), los servicios de salud de algunos municipios y los de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana.

Estos últimos, aunque son entes privados, actúan dentro del sector público y disponen del 85,4% de los establecimientos. Al Ministerio de Salud Pública (MSP) le corresponde la regulación, dirección y control del sector, contando con una Dirección de Salud en cada provincia y en su interior por áreas de salud que son circunscripciones geográfico-poblacionales, coincidentes en su mayoría con el ámbito político-administrativo del cantón. Estas funcionan como una unidad de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria de la cual dependen los servicios básicos de salud (puestos, subcentros, centros y hospitales cantonales) (OPS, 2001).

Normativas para el abordaje del VIH/SIDA

En el Ecuador, hasta el primer trimestre del año 2000 no existía un marco jurídico que garantizara la prevención, atención, vigilancia epidemiológica y derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA. Los textos legales disponibles eran la Constitución Política del Estado, que garantiza la igualdad de todos los ciudadanos ante la ley y el derecho universal a la salud; la ley de derechos y amparo al paciente y la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Este marco resultaba bastante general y poco operativo en el momento de abordar aspectos directamente relacionado con el VIH/SIDA.

En este contexto, el 6 de abril de 2000 entra por el Ministerio de la Ley, la ley de prevención y asistencia integral del VIH/SIDA que, entre otros de sus aspectos, crea el Instituto Nacional del SIDA (INSIDA), dependiente del Ministerio de Salud Pública, el que será el “organismo encargado de dictar,

normar y dirigir las acciones de prevención, tratamiento y control del SIDA en el país, en coordinación con instituciones y organizaciones que trabajan en el control de la enfermedad, además proporcionará asistencia técnica a las organizaciones públicas y privadas”. Esta ley se fundamenta en cinco ejes esenciales:

1. Prevención: que corresponde a todas las acciones, planes y programas para todos los niveles educativos y campañas dirigidas a la población en general.
2. Asistencia: proveer tratamiento y facilitar el acceso a medicamentos especializados, incluida toda clínica diagnóstica a personas que viven con el VIH/SIDA.
3. Control epidemiológico: monitoreo y vigilancia de laboratorios clínicos públicos y privados que realizan pruebas de diagnóstico del VIH/SIDA y llevar registros de los mismos. Así como también, investigación y monitoreo sobre el impacto social del SIDA y sobre la eficacia de los programas que se ejecutan para disminuir dicho impacto.
4. Derechos y deberes: define responsabilidades tanto para los prestadores de servicios de atención públicos y privados, como de las personas viviendo con VIH/SIDA, donde establece responsabilidades punitivas con relación a la transmisión voluntaria del VIH a terceras personas.
5. Defensa de derechos: establece líneas de protección de los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA, estableciendo pertinencia tanto a la Defensoría del Pueblo y/o fiscalías, facilitando con ello el acceso a la justicia en caso de violaciones a los derechos humanos vinculados con la epidemia del SIDA.

El Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA 2001-2003

El plan “recoge el esfuerzo de una importante representación de los actores principales de la lucha contra el SIDA en el Ecuador”, se concibe como “una herramienta conceptual para organizar las prioridades al momento de realizar los planes de acción”, y se le da la consideración como “un aporte de importancia en la organización de una respuesta nacional coordinada de manera estratégica con un impacto notable en la lucha contra el SIDA en el Ecuador”.

Reglamento para la atención a personas que viven con el VIH/SIDA

El reglamento publicado en el Registro Oficial del 20 de diciembre de 2002, compete a lo relativo al área de atención al paciente VIH/SIDA de la “Ley de prevención y asistencia integral del VIH/SIDA”, y se fundamenta en el artículo 42 de la Carta Magna que “garantiza para todos los ecuatorianos el derecho a la salud, su promoción y protección conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”; en el reconocimiento de “que constituye un grave problema de salud pública, la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), así como otras infecciones de transmisión sexual (ITS)”.

El reglamento es un instrumento que pretende hacer operativo lo formulado en la ley, de tal manera que permita dotar al país de un instrumento normativo que facilite las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA, y pretende esencialmente posibilitar el acceso a los servicios de salud a las personas con el VIH/SIDA y a una atención con enfoque integral. Sus objetivos son:

1. Promover la atención especializada a personas que viven con VIH/SIDA y sus familiares a través de servicios especializados.
2. Estandarizar la atención de las personas con VIH/SIDA.
3. Impulsar la disminución de la transmisión vertical (madre-niño).
4. Precautelar el derecho de las personas viviendo con VIH para acceder a servicios de salud.

Para su cumplimiento compromete lo siguiente:

1. Capítulo 2. El Ministerio de Salud “cubrirá de manera gratuita la atención de las personas viviendo con el VIH, tanto a nivel de consulta externa como hospitalización, incluyendo los exámenes y medicamentos establecidos para controlar la infección por el VIH/SIDA y las enfermedades relacionadas con la misma, según se ha establecido en las “Guías de atención

de las personas viviendo con el VIH/SIDA en Unidades de Salud”. Incluye también “las pruebas de tamizaje confirmatoria de la infección por VIH para las embarazadas y la profilaxis de la transmisión perinatal.

2. Reglamenta también el acceso gratuito a la atención, exámenes y medicamentos antirretrovirales (ARV), que incluye entre las regulaciones de entrega la “suspensión de tratamiento y de todos los beneficios del Programa”.
3. Define los centros de referencia para la atención al paciente VIH/SIDA dentro del sistema público de salud.

Normativa para la población migrante

En el Ecuador, la normativa jurídica nacional en materia migratoria está destinada a regular la inmigración, y mantiene vacíos y limitaciones respecto a ciertas categorías especiales, como la migración forzosa¹³.

El decreto 1899 de 1971, en materia de migración, establece una serie de mecanismos para regular la entrada y tránsito de las personas migrantes en el Ecuador.

De acuerdo a la Constitución Política de la República, el Congreso Nacional es la institución pública directamente responsable de actualizar la legislación, en este caso la migratoria, incorporando las normas internacionales de derechos humanos en esta materia.

No obstante, esta temática amerita una participación interinstitucional e intersectorial, en la que debería incluirse la sociedad civil. En este sentido, cabe destacar la culminación del proceso de adhesión por parte del Estado ecuatoriano a la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. Ahora que ha culminado este proceso, amparada en el principio de reciprocidad, la Cancillería debería liderar la suscripción y ratificación de esta Convención, por parte de los Estados que acogen a los trabajadores migratorios ecuatorianos y sus familiares (“Estados de empleo”), en especial España, los Estados Unidos de América e Italia (De la Vega, 2005).

Por otra parte, en el Plan Nacional de Derechos Humanos de Ecuador¹⁴, elaborado por representantes de organismos internacionales, instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil se incluyó un apartado para el trabajo con la población migrante en el Ecuador.

A continuación se destacan los principales objetivos, resultados esperados y las acciones que operativizaron dicha dimensión en el marco del plan.

¹³ A pesar del creciente flujo migratorio, el Estado ecuatoriano ha tenido que superar más de un escollo para diseñar y empezar a implementar, con apoyo de la sociedad civil, una política pública sobre movilidad humana, en particular destinada a los trabajadores migratorios y sus familiares. Parte de la aplicación de esta política pública podría considerarse a la creación de la Dirección General de Ecuatorianos Residentes en el Exterior, una unidad administrativa especializada en temas migratorios del Ministerio de Relaciones Exteriores, que asumió la Mesa de Diálogo sobre Migración entre el gobierno nacional y las organizaciones indígenas, campesinas y sociales (De la Vega, 2005).

¹⁴ Los objetivos del plan son: garantizar el cumplimiento de los derechos humanos como una política pública de Estado; lograr la articulación de políticas públicas en derechos humanos a nivel nacional y local; promover y difundir los derechos humanos en su concepción de universalidad, integralidad e interdependencia; conformar grupos especializados de trabajo en derechos humanos; fomentar la labor de los Comités Provinciales de Derechos Humanos; contribuir a la capacitación, comunicación y difusión de los derechos humanos en el país, y ejecutar los Planes Operativos Sectoriales y Provinciales de Derechos Humanos.

PLAN OPERATIVO DE ACCIÓN 2002 – 2005

Objetivos	Resultados esperados	Acciones
1. Contar con un ordenamiento jurídico que permita el adecuado ejercicio y garantía de los derechos humanos de los migrantes, extranjeros, refugiados, desplazados y apátridas, de conformidad con los instrumentos internacionales, regionales y nacionales en la materia.	Legislación relacionada con los migrantes, extranjeros, refugiados, desplazados y apátridas, respetuosa de sus derechos.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar estudios, reformas, seguimiento y aplicación de la normativa sobre migrantes, extranjeros, refugiados, desplazados y apátridas, para su armonización con las normas constitucionales y aquellas constantes en los instrumentos internacionales. - Establecer mecanismos de exigibilidad para el cumplimiento de convenios de flujos migratorios. - Incorporar el primer Plan nacional de ecuatorianos en el exterior al Plan nacional de los derechos humanos.
2. Fortalecer los mecanismos nacionales de protección y asistencia a migrantes, extranjeros, refugiados, desplazados y apátridas.	Desarrollo socio económico integral de la comunidad y adopción de políticas interinstitucionales para la atención de las poblaciones migrantes, extranjeras, refugiadas y apátridas.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer, por parte del Estado ecuatoriano, las instancias del gobierno y de la sociedad civil de protección, orientación y ayuda para los migrantes, extranjeros, refugiados, desplazados y apátridas, con asistencia técnica, económica y de recursos humanos, solicitando el apoyo de otras instancias. - Realizar una investigación completa del fenómeno migratorio, sus causas y efectos a nivel nacional e internacional. - Fortalecer las políticas de Estado de protección migratoria en el campo legal, inversión social, reinserción y reunificación familiar con la participación de autoridades nacionales, seccionales y sociedades locales. - Mejorar los procedimientos de elegibilidad para otorgar el estatuto de refugio (Cancillería/ ACNUR/Conferencia Episcopal Ecuatoriana/ Dirección Nacional de Migración/sociedad civil). - Orientación del Fondo del Programa para el desarrollo de los migrantes ecuatorianos y sus familias hacia la institución que la ley correspondiente determine.
3. Capacitar, difundir y sensibilizar a la población ecuatoriana, de manera concertada entre organismos estatales, internacionales, no gubernamentales, centros educativos y otros representantes de la sociedad civil, sobre los derechos de los migrantes, extranjeros, refugiados, desplazados y apátridas.	Ampliación y mejoramiento del conocimiento y aplicación de la normativa aplicable a los migrantes, extranjeros, refugiados, desplazados y apátridas, por parte de las autoridades estatales y sensibilización de los distintos sectores de la sociedad sobre los derechos de estas poblaciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir en los programas de estudio la perspectiva, los derechos y la problemática de los migrantes, extranjeros, refugiados, desplazados y apátridas, estableciendo mecanismos de coordinación, vigilancia y exigibilidad con las instituciones competentes. - Promocionar encuentros de capacitación y formación de los derechos de los migrantes, extranjeros, refugiados, desplazados y apátridas, con la participación de funcionarios estatales, ONGs y organizaciones de la sociedad civil, tomando en cuenta condiciones de género, edad, etnia, diversidad sexual, entre otras, para evitar la xenofobia. - Difundir, formar y sensibilizar periódicamente a la población ecuatoriana sobre la temática migratoria (interna y externa), a través de los espacios del Estado en los medios de comunicación social y mediante talleres de formación, dirigidos principalmente a la población fronteriza y líderes de las comunidades de origen, para enfrentar el fenómeno migratorio. - Establecer centros de documentación con audiovisuales, páginas Web, telecentros y nexos de comunicación con la Asociación Latinoamericana de Educación Radiofónica (ALER) para las y los migrantes, sus familias y organizaciones e instituciones que trabajan el tema migratorio.

Fuente: <http://www.planacionalderechoshumanos.gov.ec>.

El Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH SIDA 2007–2015

Este plan contempla como una de sus poblaciones prioritarias a la que se encuentra en situación de desplazamiento y refugio viviendo en territorio ecuatoriano.

Menciona las acciones que ha realizado el ACNUR en conjunto con el gobierno ecuatoriano, donde destacan aquellas implementadas en algunas provincias fronterizas con Colombia, como:

El trabajo del ACNUR en colaboración con la Oficina de Refugiados del Ministerio de Relaciones Exteriores del Ecuador y en red con organizaciones no gubernamentales en siete provincias: Esmeraldas, Carchi, Sucumbíos, Orellana, Imbabura, Pichincha y Azuay. También forma parte de ONUSIDA y participa en proyectos interagenciales de salud sexual y reproductiva y VIH con otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas, principalmente en la provincia de Sucumbíos.

El ACNUR ha difundido información impresa sobre la protección internacional a los refugiados, así como sobre sus derechos y deberes, y se han llevado a cabo campañas de información pública, capacitación a policías, militares, escuelas y otros actores. Por limitaciones presupuestarias no se han logrado suficientes niveles de cobertura. Además, todavía hace falta fortalecer intervenciones complementarias para modificar la discriminación, xenofobia y violación de derechos. El ACNUR distribuye información publicada por ONUSIDA u otras agencias de las Naciones Unidas a población refugiada, incluyendo los jóvenes. En Sucumbíos, el ACNUR también ha participado en dos proyectos interagenciales de salud sexual y reproductiva (2005–2006) y VIH (2006–2007), donde se incluye a la población refugiada y donde los adolescentes constituyen un grupo prioritario.

Aunque la legislación ecuatoriana les garantiza igual acceso, esta población vulnerable tiene serias dificultades para acceder a la atención integral, a pruebas y antiretrovirales. El ACNUR trabaja con el Sistema Nacional de Salud para promover el respeto a los derechos. Si bien el sistema de salud pública normalmente no discrimina la población refugiada, existen problemas que derivan de la situación socioeconómica de dicha población.

VI. Síntesis y conclusiones finales

1. La caracterización de las fronteras

La presencia de las poblaciones móviles, migrantes en la frontera entre Colombia y el Ecuador está atravesada por un conjunto de factores de naturaleza sociopolítica, económica y ambiental, asociados a los desplazamientos entre zonas y localidades fronterizas y determinan su consideración como una región dinámica, pero con importantes consecuencias para la vida de las personas y las poblaciones que interactúan en sus territorios.

La descripción de esta zona no tiene relación con características geográficas, sino con procesos sociales, económicos, culturales y políticos en sus contornos, donde la movilidad de población es una característica fundamental. “Esta zona no constituye formalmente una región, pero la existencia del conflicto armado colombiano que tiene un impacto en estos territorios, ha hecho que se empiece a considerarla como una región que requiere especial atención” (Camacho Zambrano, 2005).

Los datos recogidos indican una multiplicidad de realidades que atraviesan las zonas de frontera: tanto del lado colombiano como de la parte ecuatoriana, los perfiles sociales y demográficos de los sujetos sociales que se movilizan entre sus territorios son muy heterogéneos.

Pese a su diversidad, los problemas que enfrentan estos grupos de población son similares; las causas de la emigración o del desplazamiento, ya sean económicas, políticas, ambientales y sanitarias, además de la fragilidad de las instituciones para resolver las necesidades de la población, determinan un contexto común para sujetos distintos.

Pese a que en esta sistematización se ha tenido dificultad de acceso a una caracterización más integrada de poblaciones desplazadas y en condiciones de refugio, se nota la relación entre desplazamiento y conflicto. Por otra parte, es una población heterogénea en cuanto a sus características económicas, de género, etnia y edad, que experimenta de alguna manera la desarticulación de sus redes sociales, desarraigada de sus localidades originarias y excluidas en sus posibilidades de acceso a recursos y bienes públicos en el territorio.

También resalta la población desplazada, tanto mestiza como indígena que arriba a Nariño y Putumayo como consecuencia del desplazamiento; por otro lado, se destaca que uno de los rasgos de esta población es que comparte características con otro tipo de población igualmente desplazada por diversas razones, de origen ecuatoriano, fundamentalmente indígena y afroecuatoriana.

En cualquiera de los casos, esta población experimenta condiciones de exclusión en razón de su situación socio jurídica (existe una gran cantidad de población desplazada que no se acoge a solicitar refugio por falta de información o por temor a ser visibilizado por la institucionalidad de los contextos de recepción), así como la segregación territorial y social que experimentan cuando arriban a las comunidades hacia las que se dirigen.

Una de las limitaciones de la información es que no permite dar cuenta de características asociadas a la salud; no obstante, se ha dispuesto de algunas menciones sobre el acceso a servicios de salud (OIM, 2001) o los motivos de consulta de las mujeres y los niños desplazados (salud reproductiva e infecciones respiratorias, respectivamente).

Buena parte de los estudios y de las interpretaciones de la situación sanitaria en la región se ocupa de los efectos de las fumigaciones en las condiciones de salud de la población, tanto de la asentada como de la migrante.

Es necesario profundizar en otras variables clave de la salud de la población móvil y migrante, en relación con la salud sexual y la salud reproductiva. En particular, no se detectaron análisis particularizados sobre la situación de la población joven desplazada en localidades fronterizas, lo que representa sin lugar a dudas un reto permanente en la construcción de conocimiento sobre la problemática.

Vinculado con lo anterior, debe recalarse la carencia de información desagregada y actualizada sobre los perfiles de dicha población en las localidades fronterizas. Si bien se reconoce las particularidades de la población analizada (situación y condiciones de desplazamiento, invisibilización voluntaria ante el temor, exclusión de servicios por su condición migratoria) que no permite procesos de seguimiento sistemático para su estudio, se plantea como un reto a las autoridades correspondientes en la definición de programas de análisis, que den cuenta de sus principales características, su evolución y sus necesidades como colectivo social.

2. Sobre el diagnóstico de la situación de salud de las poblaciones migrantes a partir de un estado de la cuestión

La sistematización de información documental y de literatura existente sobre la salud sexual y la salud reproductiva de las poblaciones móviles y migrantes en la zona fronteriza entre Colombia y el Ecuador, muestra la tendencia a la asociación entre esa dimensión y las variables del contexto sociopolítico que caracteriza a la zona en estudio.

Los efectos del conflicto interno colombiano en las dinámicas poblacionales, así como las fallas que presentan los servicios de salud en las localidades receptoras de población desplazada y refugiada a ambos lados de la frontera, son dimensiones vinculadas con las condiciones de salud de esas poblaciones. Han sido pocos los estudios a los cuales se ha tenido acceso, que den cuenta de otras dimensiones que afectan las condiciones de salud sexual y reproductiva, así como de los derechos humanos de dichas poblaciones en torno a esta problemática.

En este sentido, es importante considerar las debilidades de información (o ausencia de ellas) en las fuentes consultadas. Por otra parte, se reconoce una importante función de las agencias internacionales y organizaciones no gubernamentales que han propuesto una agenda en torno a estos temas (en particular el UNFPA, la OIM, el ACNUR han jugado un rol fundamental), aunque las necesidades de información continúan siendo muy importantes. Entre las necesidades de información se señalan las siguientes:

- Información cuantitativa sobre población desplazada y refugiada que acude a servicios de salud, en atención a la demanda de sus necesidades de información y prevención en salud sexual y salud reproductiva.
- Registros institucionales acerca de las condiciones de vida de las poblaciones desplazadas y refugiadas.
- Acciones de seguimiento en materia de salud de dichas poblaciones.
- Analizar el impacto que tienen las fumigaciones en las localidades fronterizas en:
 - Salud sexual y salud reproductiva de mujeres desplazadas afectadas,
 - Problemas en el embarazo producto de las aspersiones,
 - Impactos por edad y grupo poblacional: afrocolombianos, indígenas, afroecuatorianos, indígenas ecuatorianos, etc.

Finalmente, debe indicarse la poca producción de trabajos sobre el tema en medios académicos. En el proceso de investigación no se logró identificar abordajes con esta característica, que releven los marcos de relación entre la migración, la población desplazada y refugiada y la salud sexual y salud reproductiva en las regiones fronterizas entre ambos países.

Si bien es importante consignar el desarrollo de estudios que posicionan la problemática de la región fronteriza, como una zona “puesta en agenda” por actores sociopolíticos y la geoestrategia internacional, también es necesario considerar que para los efectos de políticas públicas en materia de salud, las universidades de ambos países deben involucrarse en la producción de información oportuna sobre la relación entre migración y salud en la zona binacional de frontera.

3. La dimensión organizativa

Existen necesidades de salud reproductiva entre la población desplazada frente a una escasez de servicios disponibles para cubrir sus necesidades. Como ha quedado claro, se trata de acciones ejecutadas desde la sociedad civil y organizaciones internacionales (concretamente la cooperación internacional), las que brindan algún tipo de respuesta a las necesidades y requerimientos de las poblaciones desplazadas en situaciones de frontera. Sin embargo, debe indicarse que en años recientes, los gobiernos de ambos países también han desarrollado acciones orientadas al abordaje de las distintas dimensiones que intervienen en la calidad de vida de las personas migrantes y desplazadas en la zona de frontera.

Siendo la zona fronteriza ecuatoriana, la que más presión recibe por parte de la población desplazada y refugiada cuando cruza la frontera, las acciones ensayadas desde distintos ámbitos son pertinentes pero no alcanzan para abordar con integralidad la problemática.

En materia de salud reproductiva, la población desplazada presenta problemas como la violencia de género, los embarazos en adolescentes, servicios de parto inadecuados, especialmente en complicaciones en el embarazo y en el parto, así como una falta de recursos económicos para tener acceso a medicamentos o a cuidados básicos.

Algunas acciones repasadas a lo largo del presente informe tenían el objetivo de enfrentar dicha problemática, pese a que la información recabada no permite reconocer los resultados en estas

localidades. Al margen del tipo de información obtenida, tres son las reflexiones finales que deben acompañar este ejercicio:

- 1) Lo primero que debe ser tomado en cuenta es la débil sistematización de resultados de los proyectos y acciones desarrollados con las localidades de frontera, con relación al tema de la salud de las poblaciones móviles y migrantes que se desplazan en estos territorios. Pareciera ser, por la información a la que se tuvo acceso, que predomina una perspectiva desde lo nacional y no una perspectiva regional, con especial atención a la población desplazada y con algunas referencias particulares en ámbitos de frontera.
- 2) De igual manera, se notan avances importantes en materia de articulación gubernamental; los avances en el caso colombiano son bastante notorios y para el caso ecuatoriano deben destacarse los esfuerzos realizados desde el Ministerio de Seguridad Pública con el apoyo y seguimiento del Plan Nacional de VIH/SIDA en este país.
- 3) En tercer lugar, se observa una mayor difusión de información en las instituciones de Colombia. Si bien se han conocido acciones, programas y proyectos importantes desarrollados por instituciones del Ecuador, son menos abundantes que las identificadas en fuentes del otro país.

4. Normativa

La información analizada permite considerar dos aspectos fundamentales: por un lado, el desarrollo de ciertos avances notables en la legislación y la política colombiana y ecuatoriana, con relación al tema del desplazamiento y la inclusión de marcos específicos de atención a la salud de la población desplazada, en particular algunas consideraciones expuestas con relación al tema de la salud sexual y salud reproductiva.

Por otro lado, la inclusión en algunas iniciativas ecuatorianas, como la del Plan Nacional de Derechos Humanos y el Plan Ecuador, de la gestión del derecho humano de las poblaciones refugiadas, apátridas y de otra naturaleza.

Aunque el Ecuador pone énfasis en su política migratoria en la atención y seguimiento de sus migrantes fuera de su territorio, no deja de constituir un país de acogida para un conjunto de población desplazada de Colombia como producto de su situación de conflicto interno.

Pese a los avances encontrados, es preocupante que las acciones detectadas en ambos casos se diseñen desde concepciones y enfoques territorialmente centralizados, que dejan por fuera la gestión y el abordaje específicos a la situación de las poblaciones desplazadas, movilizadas y refugiadas que transitan y permanecen en las comunidades de frontera. Se debe indicar sin embargo, los esfuerzos realizados por la cancillería ecuatoriana, a fin de desplazarse hacia oficinas desconcentradas del ACNUR para realizar trámites de reconocimiento por condición de refugio.

Es tarea pendiente afinar el análisis sobre las iniciativas y políticas actuales en materia de la relación entre migración y salud en las zonas de frontera.

Sobre todo, es importante profundizar futuros estudios sobre las valoraciones y percepciones de los actores involucrados en la definición de políticas y en la operación de las mismas, sobre si tienen convenientemente incorporados en sus esquemas y en sus agendas el tema de la migración, como un asunto de desarrollo y como un proceso multidimensional que requiere respuestas inmediatas e integradoras.

Bibliografía

- Ahumada Beltrán, Consuelo y otros (2004), *El desplazamiento forzado de colombianos hacia Ecuador en el contexto del Plan Colombia*, Bogotá, Centro Editorial Javeriano (CEJA).
- Amnistía Internacional Colombia (2004), *Cuerpos marcados, crímenes silenciados. Violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado*, Bogotá.
- Camacho Zambrano, Gloria (2005), *Mujeres al borde. Refugiadas colombianas en el Ecuador*, Quito, UNIFEM.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2008), *Plan nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA, Colombia 2008–2011*, Bogotá.
- Comité Interinstitucional de Fumigaciones (2005), *Observaciones de la misión internacional a la frontera ecuatoriana con Colombia*, Bogotá, Comité Interinstitucional de Fumigaciones.
- Consultoría para el desplazamiento forzado y los derechos humanos (CODHES) (s/f), “Sistema de información sobre desplazamiento”, Boletín 40, Quito.
- Defensoría del Pueblo (2008), *Promoción y monitoreo de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencia intrafamiliar y sexual*, Bogotá, USAID/OIM.
- ____ (2007), Resolución defensorial N° 53, Situación de los derechos humanos y derecho internacional humanitario del pueblo indígena Awá del departamento de Nariño, Defensoría del Pueblo.
- De la Vega, Pablo (2005), “El fenómeno migratorio en el Ecuador”, *Informe interamericano de migraciones del observatorio control interamericano de los derechos de los y las migrantes (OCIM)*, Santiago de Chile, OCIM.
- Dirección General de Refugiados (2008), *Política del Ecuador en materia de refugio*, Quito, Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio e Integración.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública (2008), *Plan estratégico multisectorial de la respuesta nacional al VIH/SIDA, 2007-2015*, Quito.

- ___ (2005), *Declaración de compromiso sobre VIH/SIDA UNGASS, Informe intermedio del Gobierno del Ecuador relativo al seguimiento de sus obligaciones*, Quito.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2008), *Evaluación del Programa de Cooperación UNFPA-Ecuador 2004-2008, Informe final*, Quito.
- Fundación Ecuatoriana de Acción, Estudios y Participación Social (FEDAEPS) (2003), *VIH SIDA, diciéndolo tal como es*, Quito, FEDAEPS.
- Ibáñez, Ana María y Andrés Moya (2008), *La población desplazada en Colombia: examen de sus condiciones socioeconómicas y análisis de las políticas actuales*, Bogotá, Departamento Nacional de Planeación.
- Kymlicka, Will (2006), *Fronteras territoriales*, Madrid, Editorial Trotta.
- López, Thania (2004), “Contexto y situación de las mujeres colombianas refugiadas en Ecuador”, ponencia presentada en la II Conferencia regional Migración, desplazamiento forzado y refugio, Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, septiembre 1, 2 y 3.
- Montoya, Orlando (s/f), “Informe sobre la situación del VIH/SIDA y derechos humanos en Ecuador para el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA”, Quito, inédito.
- Moreano, Urigüen H. (2006), “Las implicaciones del conflicto interno colombiano para las fronteras de Ecuador, Perú, Brasil y Venezuela, 2000-2005”, *Íconos Revista de Ciencias Sociales*, N° 24, Quito, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador).
- Murad Rivera, Rocío (2003), “Estudio sobre la distribución espacial de la población en Colombia”, serie Población y Desarrollo, N° 48 (LC/L.2013-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.175.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2009), *Memorias OIM 2008 Colombia*, Bogotá, OIM-Colombia.
- ___ (2008), *Memorias OIM 2007 Colombia*, Bogotá, OIM-Colombia.
- ___ (2004), *Memorias OIM 2003 Colombia*, Bogotá, OIM-Colombia.
- ___ (2001), *Diagnóstico sobre la población desplazada en seis departamentos de Colombia. Programa de Atención post emergencia a población desplazada y comunidades de recepción en Colombia*, Bogotá, OIM-Colombia.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001), “Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador” [en línea], OPS <<http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeecuador-ES.pdf>>
- Profamilia (2005), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005 (ENDS)*, Bogotá, Profamilia.
- Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium (2004), *Desplazados y desesperados. Evaluación sobre la salud reproductiva en la población desplazada en Colombia*, Nueva York, RHRC.
- Romero, Flor Alba (2004), “El rostro de los desplazados colombianos más allá de las fronteras”, *nova et vetera, Revista de la Facultad de Investigaciones de la ESAP*, primer semestre 2004, Bogotá, Escuela Superior de Administración Pública.
- Springer, Natalia (2006), *Colombia: desplazamiento interno - políticas y problemas*, Writenet, solicitado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Sección de Información sobre la Determinación de la Condición de Refugiado y la Protección (DIPS).
- Zuleta Arango, Joaquín (2007), “Disparidades económicas regionales: un análisis de la distribución espacial de la población y del desempeño económico en Colombia”, *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, N° 83 [en línea], <<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/co>>

Páginas web consultadas

- <http://www.planacionalderechoshumanos.gov.ec>
- <http://www.planecuador.gov.ec/pages/interna.php?txtCodiInfo=15>
- <http://www.unfpacolombia.org>
- <http://www.profamilia.org.co>
- <http://www.seguridadydemocracia.org/docs/pdf/boletin/boletin22Completo.pdf>
- <http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm>
- <http://www.disaster-info.net/desplazados/mapas/fronteracolomboecuador.jpg>
- <http://www.oim.org.co>
- <http://www.oimlima.org.pe/noticias-ecuador.htm#a12>



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

población y desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

92. Migración y salud en zonas fronterizas: Colombia y el Ecuador, Abelardo Morales, Guillermo Acuña y Karina Li Wing-Ching (LC/L.3247-P), N° de venta: S.10.II.G.52 (US\$ 10.00), 2010.
91. Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México, Alejandro I. Canales, Patricia N. Vargas Becerra e Israel Montiel Armas (LC/L.3246-P), N° de venta: S.10.II.G.51 (US\$ 10.00), 2010.
90. Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y República Dominicana, Alejandro I. Canales, Patricia N. Vargas Becerra e Israel Montiel Armas (LC/L.3245-P), N° de venta: S.10.II.G.50 (US\$ 10.00), 2010.
89. Los derechos concedidos: crisis económica mundial y migración internacional, Jorge Martínez Pizarro, Leandro Reboiras Finardi y Magdalena Soffia Contrucci (LC/L.3164-P), N° de venta: S.09.II.G.138 (US\$ 10.00), 2009.
88. Conocer para legislar y hacer política: los desafíos de Chile ante el nuevo escenario migratorio, María Verónica Cano Christiny, Magdalena Soffia Contrucci y Jorge Martínez Pizarro (LC/L.3086-P), N° de venta: S.09.II.G.71 (US\$ 10.00), 2009.
87. Afrodescendientes en América Latina y el Caribe: del reconocimiento estadístico a la realización de derechos, Jhon Antón, Álvaro Bello, Fabiana Del Popolo, Marcelo Paixão y Marta Rangel (LC/L.3045-P), N° de venta: S.09.II.G.47 (US\$ 10.00), 2009.
86. La emigración internacional a través de los censos en países de origen: evaluación de resultados y recomendaciones, Alicia Mirta Maguid (LC/L.2968-P), N° de venta: S.08.II.G.80 (US\$ 10.00), 2008.
85. Inmigración en Costa Rica: características sociales y laborales, integración y políticas públicas, Abelardo Morales Gamboa (LC/L.2929-P), N° de venta: S.08.II.G.64 (US\$ 10.00), 2008.
84. Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas, María Inés Pacecca y Corina Courtis (LC/L.2928-P), N° de venta: S.08.II.G.61 (US\$ 10.00), 2008.
83. Impacto social y económico de la inserción de los migrantes en tres países seleccionados de Iberoamérica, Jorge Martínez Pizarro y Leandro Reboiras Finardi (LC/L.2927-P), N° de venta: S.08.II.G.60 (US\$ 10.00), 2008.
82. Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe, Evelina Bertranou (LC/L.2864-P), N° de venta: S.08.II.G.9 (US\$ 10.00), 2008.
81. Fecundidad adolescente en Nicaragua: tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de política, Marcelina Castillo Venerio (LC/L.2846-P), N° de venta: S.07.II.G.169 (US\$ 10.00), 2007.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: