

BARRERAS EN EL ACCESO A SALUD DE LA POBLACIÓN REFUGIADA Y MIGRANTE VENEZOLANA EN RIOHACHA Y MAICAO, LA GUAJIRA



Fotografía: Jan Grarup/DRC

TABLA DE CONTENIDO

1.	Introducción	3
2.	Resumen	4
3.	Metodología	5
4.	Contexto	6
5.	Marco Normativo	8
6.	Principales retos sobre el acceso al derecho	10
6.1	Perfiles en mayor riesgo	10
6.2	Acceso a la salud para personas venezolanas en situación migratoria irregular	13
6.3	Afiliación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	14
6.4	Acceso a servicios de salud especializados	14
6.5	Discriminación y xenofobia en el sistema de salud	15
7.	Recomendaciones	16
8.	Bibliografía	18

Danish Refugee Council (DRC) / Consejo Danés para Refugiados

El Consejo Danés para Refugiados DRC es una Organización No Gubernamental “ONG”, fundada en Dinamarca, con más de 7,000 empleados y 8,000 voluntarios en todo el mundo. Nuestra visión incluye asistencia para garantizar una vida digna para las personas refugiadas, migrantes y desplazadas por motivo de conflictos y violencia.

DRC brinda asistencia a las personas que huyen de su país de origen y a personas que se ven forzadas a abandonar su hogar dentro de su propio país, así como a la comunidad de acogida. En cooperación con las comunidades locales, buscamos soluciones responsables y sostenibles.

Febrero de 2022- Todos los derechos reservados DRC

1. INTRODUCCIÓN

Entre los objetivos del monitoreo de protección de DRC Colombia se encuentra identificar vacíos e incidentes de protección, y violaciones de derechos humanos para la población refugiada y migrante en el país. Uno de los vacíos más preocupantes que ha identificado la Unidad de Protección de DRC en La Guajira es el acceso a salud de esta población.

De enero a diciembre de 2021, la encuesta hogar que aplica DRC en Riohacha y Maicao consultó a 947 respondientes que representan a 3314 personas de nacionalidad venezolana. Los resultados indican que el 87,7% enfrenta barreras para acceder a servicios de salud, el 40,2% no está afiliado a una EPS y el 16% tiene una condición médica seria.¹

Frente a este panorama y respondiendo a la necesidad de ampliar la información sobre las barreras que le impiden a la población de interés acceder a servicios de salud, la Unidad de Protección de DRC en La Guajira desarrolló el presente informe. En primer lugar, se presenta la metodología que se empleó para la construcción del documento. A continuación, se describe el contexto en términos de acceso a salud para refugiados y migrantes venezolanos en Riohacha y Maicao, y luego se explica brevemente el marco normativo del derecho a la salud de dicha población en el país. Finalmente, se presentan las principales barreras para el acceso a servicios de salud y se formulan recomendaciones para los actores responsables de garantizar y prestar dichos servicios.

Este informe fue elaborado por la Unidad de Protección de DRC en La Guajira

1. Consejo Danés para Refugiados (2021). Encuesta hogar. Monitoreo de protección Riohacha y Maicao (Dashboard Power BI), enero- diciembre 2021.

2. RESUMEN

De acuerdo con cifras de Migración Colombia, La Guajira es el séptimo departamento que más ha recibido migrantes provenientes de Venezuela, ya que alberga aproximadamente 106.749 de ellos en su territorio y 100.545 pre-registros para el ETPV. Maicao y Riohacha, donde DRC tiene presencia, son los principales municipios receptores de refugiados y migrantes del departamento.

Los resultados de la encuesta hogar que aplicó DRC en estos municipios entre enero y diciembre de 2021 indican que el acceso a salud fue la tercera razón principal de las personas venezolanas para salir de su país, después de la falta de recursos y la falta de alimentación. Sin embargo, el acceso a salud sigue siendo un desafío para esta población a su llegada a La Guajira.

Con el objetivo de identificar y exponer las barreras que enfrenta la población refugiada y migrante proveniente de Venezuela para acceder a servicios de salud en los municipios de Riohacha y Maicao, la Unidad de Protección de DRC en La Guajira implementó métodos cualitativos de recolección de datos, que consistieron en cuatro grupos focales de discusión en las comunas 4, 5, 8 y 10 de Riohacha, y seis entrevistas con actores clave en los dos municipios, entre junio y agosto de 2021. Asimismo, se analizaron los datos cuantitativos recopilados entre enero y diciembre de 2021 por la encuesta hogar que DRC implementa en el marco del monitoreo de protección, y consultó documentos relevantes de instituciones del Gobierno, medios de comunicación, fundaciones y ONGs.

Como resultado, se identificó que los perfiles con mayores riesgos de protección asociados a sus necesidades en salud son: las personas con condiciones médicas graves, niños, niñas y adolescentes con problemas de salud, mujeres gestantes, mujeres sobrevivientes de VBG con necesidad de valoración psiquiátrica y profilaxis posterior a la exposición, adultos mayores y la población con VIH sin aseguramiento en salud.

Por otra parte, se estableció que las barreras principales para el acceso a salud de la población de interés en Riohacha y Maicao son la falta de documentos de permanencia por estar en situación migratoria irregular y también los trámites administrativos de afiliación y permanencia en el SGSSS para población regular, la baja disponibilidad de servicios y exámenes especializados, y la discriminación y xenofobia.

3. METODOLOGÍA

El objetivo de este informe es identificar y exponer las principales barreras que enfrenta la población refugiada y migrante venezolana para acceder a servicios de salud en los municipios de Riohacha y Maicao en La Guajira. Para lograrlo, se recurrió al análisis de información primaria y secundaria sobre el acceso a salud de población refugiada y migrante venezolana en el departamento de La Guajira. La información primaria fue recolectada a través de técnicas cuantitativas y cualitativas, en el marco del monitoreo de protección y de las actividades de gestión de casos y ayuda legal que realiza DRC en las ciudades de Riohacha y Maicao.

Los datos cuantitativos corresponden a la encuesta hogar que DRC aplicó en Riohacha y Maicao, en el marco del monitoreo de protección, entre enero y diciembre de 2021.² En este período, la encuesta se aplicó a 986 respondientes que representan a 4069 personas, de las cuales 3178 (78,1%) tienen nacionalidad venezolana, 555 (13,6%) tienen nacionalidad colombiana, 199 (4,9%) tienen doble nacionalidad, 136 (3,3%) provienen de Venezuela pero están en riesgo de apatridia y 1 (0,02%) tiene otra nacionalidad. Teniendo en cuenta el propósito del informe, solo se tuvieron en cuenta las respuestas de las 3314 personas venezolanas y personas en riesgo de apatridia.

De esta población, el 55% son mujeres, el 44,9% son hombres y el 0,03% son intersexo. Además, el 33,1 %

se identificó como Wayuú, el 1,5% como Afrocolombiana y el 65,3% reportó no pertenecer a ninguna etnia.

Los datos cualitativos primarios corresponden a cuatro grupos de discusión focal y seis entrevistas con actores claves, realizadas entre junio y agosto de 2021, en las que se abordaron necesidades y barreras de acceso a la atención en salud, perfiles en riesgo y percepciones frente a los actores involucrados en la atención. Así mismo, el análisis tuvo en cuenta los datos de la gestión de casos y ayuda legal que realiza el equipo de DRC en Riohacha y Maicao.

Los grupos focales se realizaron en las comunas 4, 5, 8 y 10 de Riohacha, en los barrios 21 de junio, Los Cerezos, Jorge Pérez y Milagro de Dios. En estos participaron 53 personas de nacionalidad venezolana y 4 personas colombianas, de las cuales el 73,7% son mujeres entre 18 y 59 años, el 14% son mujeres mayores de 60 años y el 12,3% son hombres entre 18 y 59 años.

Las entrevistas se realizaron con seis actores clave, entre los que se encuentran integrantes de organizaciones y fundaciones humanitarias, y funcionarios de entidades públicas.

2. Ibidem.

Entrevistas con actores clave			
Número de entrevista	Sexo	Organización	Cargo
1	Mujer	Fundación Renacer	Funcionaria
2	Mujer	Malteser Internacional	Enfermera
3	Mujer	Aseguramiento Distrital de Riohacha	Directora
4	Mujer	Hospital de Maicao	Trabajadora social
5	Mujer	Red Apoyo Mutuo entre Mujeres de Maicao	Representante
6	Mujer	Comisaria de familia de Maicao	Representante

En cuanto al análisis de información secundaria, se consultaron sentencias de la Corte Constitucional relacionadas al derecho a la salud, publicaciones de fundaciones y organizaciones no gubernamentales, decretos expedidos por Migración Colombia, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Relaciones Exteriores, así como publicaciones de medios de comunicación locales.

Finalmente, el informe tiene limitaciones en cuanto a su alcance y la variedad de actores involucrados. El análisis refleja las barreras que enfrentó la población monitoreada en el período de reporte, así como las

personas participantes en los grupos focales y las personas que han recibido asistencia de DRC en Riohacha y Maicao para acceder a servicios de salud. Sin embargo, teniendo en cuenta la cobertura geográfica de la recolección de datos y la representatividad de la muestra, las conclusiones aquí expuestas no pueden extrapolarse a áreas rurales de Maicao y Riohacha, ni a otros municipios de La Guajira. Además, el documento no presenta el punto de vista de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ni Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

4. CONTEXTO

De acuerdo con el reporte de distribución de venezolanos publicado por Migración Colombia en octubre de 2021,³ La Guajira ocupa el séptimo lugar entre los departamentos con mayores cifras de población venezolana en su territorio y también en cuanto a personas venezolanas con pre-registro.⁴ En el departamento residen 106.749 personas venezolanas, lo que equivale al 5,8% de la población venezolana en Colombia. Además, Maicao y Riohacha ocupan el noveno y onceavo lugar entre las ciudades receptoras a

nivel nacional. Maicao alberga 40.208 personas venezolanas y en Riohacha se encuentran 32.098.

Una de las causas de este influjo de población refugiada y migrante es la falta de acceso a servicios de salud en Venezuela. Según los resultados de la encuesta hogar de DRC, la salud fue la tercera motivación más frecuente entre los respondientes (11,7%) para salir de su país, después de la falta de recursos (35,2%) y la falta de alimentación (33,7%). Sin em-

3. Migración Colombia. 26 de octubre de 2021. Distribución de Venezolanos en Colombia - Corte 31 de agosto de 2021. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-agosto-de-2021>

4. Migración Colombia (2022). Estatuto Temporal de Protección – Prerregistros, <https://public.tableau.com/app/profile/migracioncolombia/viz/EstatutoTemporaldeProteccion-Prerregistros/Pre-registrosPublic>

bargo, La Guajira, es uno de los departamentos más afectados por la corrupción, la ausencia del Estado, la pobreza y la desnutrición infantil, y la población venezolana enfrenta barreras para ejercer el derecho a la salud también en Colombia.

Cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)⁵ indican que la proporción de personas en La Guajira con necesidades básicas insatisfechas (NBI) es del 53,3%. En Riohacha, esta cifra es del 36,3% y en Maicao es del 59,2%. Además, en el año 2016 se registraron 355 muertes de niños menores de cinco años por desnutrición en todo el país, de las cuales 70 ocurrieron en La Guajira.⁶

Este preocupante panorama llevó a que a mediados de 2018 se diera a conocer un fallo de la Corte Constitucional, en el cual declaró el estado de cosas inconstitucional por la vulneración de los derechos de los menores Wayuú a la alimentación, la salud y el agua.⁷ Sin embargo, gran parte de los habitantes del departamento, especialmente las comunidades Wayuú que representan aproximadamente el 45% de su población,⁸ siguen enfrentando condiciones de vida precarias. En el año 2020, La Guajira aportó 1121 de los 9902 casos de desnutrición aguda en niños menores de cinco años que se presentaron en el país.⁹

A esto se suma la corrupción que ha drenado los recursos del departamento para la salud, la educación y la alimentación de los niños y niñas,¹⁰ así como las deudas del Estado, que a septiembre de 2021 le debía

a La Guajira 42.000 millones de pesos por concepto de atención en salud a la población migrante.¹¹

En este contexto, los refugiados y migrantes provenientes de Venezuela que llegan a La Guajira encuentran un sistema de salud sobrecargado y con poca disponibilidad de servicios, especialistas e infraestructura.¹² Además, las barreras incrementan si no cuentan con documentación de permanencia, ya que solo se le permite acceso a atención médica en urgencias.

Por estas razones, gran parte de la población refugiada y migrante venezolana en Riohacha y Maicao depende de los actores humanitarios para acceder a servicios de salud. Entre las organizaciones que prestan este tipo de servicios se encuentran la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Malteser International, la Cruz Roja Colombiana, Americares y Humanity & Inclusion. Por su parte, DRC identifica casos de personas que requieren atención en salud y los remite al equipo de ayuda legal para apoyar su afiliación al SGSSS y presentar recursos legales que permitan su acceso a los servicios necesarios.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de las organizaciones de cooperación internacional presentes en el territorio, persisten los retos para hacer efectivo el derecho a la salud de la población refugiada y migrante venezolana que debe ser garantizado y protegido por las instituciones del Estado.

5. DANE (2021). Indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>

6. Instituto Nacional de Salud (s.f.), citado en Defensoría del Pueblo (2021) Desnutrición en la primera infancia. Causas estructurales y vulneraciones prevenibles y evitables. (p.6) https://www.defensoria.gov.co/attachment/3855/Informe%20Desnutricion%28V2%29-Dg.pdf?g_show_in_browser=1

7. Corte Constitucional de Colombia(2018) Sentencia T-302/17. <https://www.corteconstitucional.gov.co/noticia.php?Corte-Constitucional-declara-el-estado-de-cosas-inconstitucional-del-goce-de-derechos-a-alimentacion,-salud-y-agua-potable-de-menores-Wayu.-en-La-Guajira--8595>

8. Procuraduría General de la Nación & Red Colombia Verde (2019) Caracterización pueblos indígenas Wayuú. Gente de arena, sol y viento. <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Caracterizacion%20Wayuunaiki.pdf>

9. Instituto Nacional de Salud (s.f.), citado en Defensoría del Pueblo (2021) Desnutrición en la primera infancia. Causas estructurales y vulneraciones prevenibles y evitables. (p. 7).

10. Fiscalía General de la Nación (2016). “La corrupción en La Guajira es sistémica”. <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/noticias/destacada/imputadas-cuarenta-y-una-41-personas-de-estas-20-fueron-capturadas-once-11-mas-seran-acusadas/>

11. El Heraldo (10 de septiembre de 2021) Gobierno le debe \$42 mil millones a La Guajira por atención a migrantes <https://www.elheraldo.co/la-guajira/por-atencion-migrantes-le-deben-la-guajira-42-mil-millones-84898312>.

12. GIFMM La Guajira (2021). Factsheet Protección La Guajira enero a diciembre de 2020.

Población Wayuú

Los Wayuú son el pueblo indígena más numeroso en Colombia y Venezuela. Como se mencionó antes, representan aproximadamente el 45% de la población del departamento de la Guajira en Colombia y el 11% de la población del estado Zulia en Venezuela.¹³ Se trata de un pueblo transfronterizo, ya que su territorio ancestral trasciende las fronteras entre Colombia y Venezuela, como se consigna “en la cosmovisión indígena, la Ley de Origen y el derecho propio de los pueblos amparado por el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo”.¹⁴

Muchas comunidades Wayuú que estaban asentadas en territorio venezolano se han visto obligadas a

reubicarse en territorio colombiano, y aunque se debería reconocer su estatus binacional y garantizar su acceso inmediato a servicios, esto no sucede porque el acuerdo¹⁵ entre Colombia y Venezuela que lo permitía no está vigente.¹⁶ De hecho, el 39% de las personas que reportaron estar en riesgo de apatridia en la encuesta hogar pertenecen a la etnia Wayuú. Por esta razón, cuando se trata de acceder a servicios de salud, la población Wayuú que no tiene nacionalidad colombiana enfrenta barreras similares a las que enfrenta la población migrante proveniente de Venezuela en situación irregular.¹⁷

5. MARCO NORMATIVO

Colombia es miembro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),¹⁸ que garantiza a todas las personas el derecho a servicios e infraestructura de salud. La obligación de los Estados de respetar, proteger y cumplir este derecho incluye la obligación "inmediata" de garantizar que los servicios e instalaciones sean accesibles a todos sin discriminación de ningún tipo.

Como estado miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Colombia también está llamado a poner en práctica lo dispuesto por la Declaración de la 61ª Asamblea Mundial de la Salud (2008). En particular, la resolución 61.17 aborda la salud de los migrantes y exhorta a los países a fomentar el acceso equitativo de esta población a la prevención de enfermedades, la promoción y la atención en salud,

13. Procuraduría General de la Nación & Red Colombia Verde (2019) Caracterización pueblos indígenas Wayuú. Gente de arena, sol y viento. <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Caracterizacion%20Wayuunaiki.pdf>

14. Dejusticia (2020). Pueblos indígenas de frontera: una binacionalidad no reconocida. <https://www.dejusticia.org/column/pueblos-indigenas-de-frontera-una-binacionalidad-no-reconocida/>

15. Acuerdo para el Desarrollo Integral y Asistencia Básica de las Poblaciones Indígenas Wayúu de la República de Colombia y de la República de Venezuela. Celebrado en 1990.

16. Dejusticia (2020). Pueblos indígenas de frontera: una binacionalidad no reconocida. <https://www.dejusticia.org/column/pueblos-indigenas-de-frontera-una-binacionalidad-no-reconocida/>

17. La población Wayuú enfrenta barreras particulares, como la distancia entre sus hogares y los centros médicos, la falta de acceso a información en su idioma autóctono (wayuunaiki), y la falta de reconocimiento étnico ante las instituciones públicas cuando las autoridades de sus comunidades no están en Colombia.

18. Asamblea General de la ONU (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La Asamblea General adoptó el Pacto en 1966 y el Estado colombiano lo ratificó el 29 de octubre de 1969.

19. La 61ª Asamblea Mundial de la Salud se realizó en Ginebra en el año 2008. La resolución WHA61.17 de la asamblea (p. 23) aborda la salud de los migrantes. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf

así como a fomentar “entre los proveedores y los profesionales de los servicios de salud la sensibilidad a los factores culturales y las cuestiones de género al abordar los problemas sanitarios de los migrantes”.²⁰

Adicionalmente, a nivel regional, Colombia suscribió la Declaración de Mesoamérica sobre salud y migración²¹ (2017), adquiriendo el compromiso de promover mejoras en su marco normativo para atender las necesidades en salud de las personas migrantes.

Estos compromisos se ven reflejados parcialmente en el marco normativo del Estado colombiano, que garantiza el acceso de todas las personas a la atención de urgencias. La Ley 1751 de 2015 prohíbe la exigencia de autorizaciones administrativas previas a la prestación de los servicios médicos de urgencias, y establece que los siguientes son sujetos de especial protección: niños, niñas y adolescentes; mujeres gestantes, adultos mayores, desplazados, víctimas de violencia y conflicto armado, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

En esta misma vía, el Decreto 866 de 2017 estableció el mecanismo de transferencia de recursos²² a las entidades territoriales para garantizar la atención de urgencias de las personas extranjeras, de forma que la falta de recursos no constituya un pretexto para negarles la prestación de este servicio.

De acuerdo con la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, la atención de urgencias “busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad

física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad”.²³

No obstante, la Corte Constitucional ha ampliado el significado de este tipo de atención, por ejemplo, en la sentencia T403 de 2019, según la cual “la atención mínima a la que tienen derecho los extranjeros, cuya situación no ha sido regularizada, va más allá de preservar los signos vitales y puede cobijar la atención de enfermedades catastróficas o la realización de cirugías, siempre y cuando se demuestre su urgencia, previo concepto del médico tratante”.²⁴

Sin embargo, cuando los refugiados y migrantes requieren servicios de salud que van más allá de la atención en urgencias, deben contar con documentos de permanencia que les permitan la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El Decreto 780 de 2016 establece la exigencia de presentar un documento de identificación válido para afiliarse al SGSSS, y de acuerdo con la Resolución 0974 de 2016, los documentos válidos para las personas extranjeras son: cédula de extranjería, pasaporte (para menores de 7 años), carné diplomático, salvoconducto de permanencia y Permiso Especial de Permanencia.

Los trabajadores dependientes o independientes, quienes tienen capacidad de pago, pueden afiliarse al régimen contributivo de salud. Las personas que no tienen capacidad de pago pueden afiliarse al régimen subsidiado si son clasificadas en los niveles I y II del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBÉN). No obstante, el Decreto 064 de 2020 dispuso la afiliación de oficio al régimen subsidiado de salud, sin requerimiento

20. Organización Mundial de la Salud (2008). 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA61.17. p. 25

21. Foro Ministerial sobre salud y migración (2017) Declaración de Mesoamérica sobre salud y migración. Firmado en México el 25 de abril de 2017. <https://www.saludymigracion.org/declaracion-ministerial-de-mesoamerica-sobre-salud-y-migracion>

22. Estos recursos provienen del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

23. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016. (Colombia). Hoja N° 4. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf

24. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-403 de 2019. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-403-19.htm>

previo del SISBEN, para los migrantes venezolanos titulares de un Permiso Especial de Permanencia (PEP) vigente que no cumplen con los requisitos para afiliarse al régimen contributivo, de excepción o especial.²⁵

En agosto de 2021, la Resolución 1178 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social estableció que el Permiso por Protección Temporal (PPT) es un documento válido de identificación de los migrantes venezolanos en el Sistema de Protección Social. Teniendo en cuenta que el proceso de aplicación al ETPV y de obtención del PPT puede tomar varios meses, el Decreto 216 de 2021 dispuso que a partir del

1º de marzo de 2021, todos los PEP vigentes quedaron prorrogados automáticamente por un período de dos años. De esta manera, los migrantes que cuentan con PEP podrán afiliarse y permanecer en el sistema de salud mientras obtienen su PPT.

Sin embargo, al momento de la publicación de este informe, la normatividad no contempla la afiliación al SGSSS para los migrantes provenientes de Venezuela que no cuentan con los documentos de identificación mencionados en la Resolución 0974 de 2016 y/o que ingresaron de manera irregular a Colombia después del 31 de enero de 2021.

6. PRINCIPALES RETOS SOBRE EL ACCESO AL DERECHO

6.1 PERFILES EN MAYOR RIESGO

Con base en los datos recolectados en el monitoreo de protección, la gestión de casos de protección y la ayuda legal de DRC en Riohacha y Maicao, se destacan los siguientes perfiles:

Personas con condiciones médicas graves:

Conforme a los preceptos de la Corte y la Ley 1751 de 2015, las personas con enfermedades catastróficas²⁶ deben recibir atención médica óptima y, de ser necesario, las instituciones prestadoras del servicio de salud deben remitir estas personas a otras instituciones de mayor nivel que puedan brindarles los servicios y atención que requieren, de acuerdo con cada caso. No obstante, es común que a personas migra-

tes de nacionalidad venezolana que viven con enfermedades catastróficas se les niegue la prestación de servicios por falta de documentación.²⁷

La información recolectada por la encuesta hogar indica que el 16,3% de las personas venezolanas monitoreadas tienen una condición médica seria,²⁸ al igual que el 9,5% de las personas en riesgo de apatridia.

25. Sin embargo, el decreto establece que se debe cumplir con el requisito de la encuesta del SISBEN en unos plazos específicos después de la afiliación al sistema de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 064 de 2020. (Colombia). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20064%20de%202020.pdf

26. La Corte Constitucional (2012) define las enfermedades catastróficas como aquellas que “aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento”. Sentencia T-066/12. M-P Jorge Pretelt. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-066-12.htm>

27. Gestión de casos y grupos focales. Unidad de Protección de DRC en La Guajira. Junio-agosto de 2021.

28. Consejo Danés para Refugiados (2021). Encuesta hogar. Monitoreo de protección Riohacha y Maicao (Dashboard Power BI), enero-diciembre 2021.

Además, el 12,2% de la población Wayuú (de nacionalidad venezolana y en riesgo de apatridia) también tiene esta necesidad específica de protección.

En los grupos focales de discusión y la gestión de casos se señalaron enfermedades frecuentes en la población de interés, como el cáncer, el VIH y la insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca o hepática), que tienen un alto costo de tratamiento y requieren tratamientos oportunos para salvaguardar la calidad de vida y el alivio del sufrimiento. También se destacaron enfermedades como la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca, el aneurisma, las varices y la trombosis venosa, que se identifican a menudo en población adulta y en mayores de 60

Personas con discapacidad:

La baja disponibilidad de los servicios en el departamento afecta particularmente a la población con discapacidad, que según los datos del monitoreo de protección corresponde al 7% de las personas venezolanas y en riesgo de apatridia encuestadas. De estas 232 personas, el 88,1% enfrenta barreras para acceder a servicios de salud.³⁰ Adicionalmente, para esta población es un desafío acceder a fisioterapia en Maicao y Riohacha. A pesar de que Humanity & Inclusion brinda estos servicios, la demanda en los dos municipios supera la capacidad de las organiza-

ños. Adicionalmente, se registraron casos de enfermedades neurológicas como el Alzheimer, la parálisis cerebral, la meningitis y la epilepsia, las cuales están entre las causas de pérdida de la movilidad, generando la necesidad de rehabilitación física a las personas que las padecen.²⁹

A través de la gestión de casos y la ayuda legal, la oficina de DRC en Riohacha recibió reportes de negativas y demoras por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud para brindar atención médica especializada a personas con estas condiciones y para realizar traslados urgentes a otras ciudades, lo cual implica una amenaza a la vida de los pacientes.

ciones humanitarias y las personas que no son atendidas se exponen al deterioro de su calidad de vida, como lo indicaron los participantes del grupo focal de personas con discapacidad. Estas personas señalaron que las necesidades de rehabilitación no satisfechas pueden limitar sus actividades cotidianas, restringir su participación, provocar un deterioro de su salud, aumentar su dependencia de otros y tener implicaciones sociales y financieras negativas para sus familias.³¹

29. Grupo focal de discusión. Villa del sol, Maicao. Junio de 2021 / Gestión de casos Unidad de Protección de DRC en La Guajira.

30. Consejo Danés para Refugiados (2021). Encuesta hogar. Monitoreo de protección Riohacha y Maicao (Dashboard Power BI), enero-diciembre 2021.

31. Grupos focales de discusión. Unidad de Protección de DRC en La Guajira. Julio 2021, Riohacha.

Niños, niñas y adolescentes con problemas de salud:

La mayor proporción de niños, niñas y adolescentes con problemas de salud se presenta en el rango de edad de 0 a 5 años. Además, el monitoreo de protección permitió identificar que el 51,2% de menores de edad no están afiliados a una EPS,³² y al desagregar este dato por etnia, se obtuvo que el 54,8% de los menores Wayuu no están afiliados. Asimismo, en las actividades de la Unidad de Protección se conoció que hay niños, niñas y adolescentes separados³³ sin

Mujeres gestantes:

La revisión de datos secundarios reveló que las mujeres gestantes que no cuentan con afiliación al sistema de salud por su situación migratoria irregular enfrentan barreras de acceso a los controles prenatales y los exámenes paraclínicos esenciales. De acuerdo

Sobrevivientes de VBG:

La encuesta hogar del monitoreo de protección arrojó que el 2,5%³⁶ de las mujeres monitoreadas son sobrevivientes de VBG. Como lo indicó una trabajadora social del hospital de Maicao, haber sufrido este tipo de violencia implica que estas mujeres se enfrentan a múltiples secuelas físicas y psicológicas,³⁷ por lo cual requieren atención continua e integral. Sin embargo, existen barreras de acceso a atención psicológica y

afiliación al sistema de salud, lo cual implica barreras para acceder a servicios más allá de la atención en urgencias y un riesgo para su integridad y bienestar.

Por ejemplo, un funcionario del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar señaló en una entrevista³⁴ que a los menores que no cuentan con documentación de permanencia no se les brinda atención en psiquiatría.

con una investigación de Profamilia,³⁵ la atención de controles prenatales ocupa el segundo lugar en el ranking de necesidades insatisfechas en salud de la población refugiada y migrante en Riohacha.

psiquiátrica para esta población cuando no están afiliadas al sistema de salud. Además, a través de las entrevistas con actores clave en la ciudad de Maicao se identificaron brechas en el acceso de la población refugiada y migrante adulta a la profilaxis posterior a la exposición,³⁸ lo cual les niega la posibilidad de contrarrestar la infección de VIH.

32. Consejo Danés para Refugiados (2021). Encuesta hogar. Monitoreo de protección Riohacha y Maicao (Dashboard Power BI), enero-diciembre 2021.

33. Los niños, niñas y adolescentes separados son menores que han sido “separados de ambos padres, de su familia nuclear o de sus cuidadores legales, pero no necesariamente de otros parientes. El concepto puede incluir niñez acompañada por otros adultos de su familia”. UNICEF (2019), citado en ICBF (2020). Orientaciones para la atención integral de niños, niñas y adolescentes migrantes. https://www.icbf.gov.co/system/files/cartilla_rutas_de_atencion_agentes_del_sistema.pdf

34. Entrevista a actor clave del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Abril de 2021, Riohacha.

35. Profamilia (2020). Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>

36. DRC Colombia (2021). Monitoreo de protección (Dashboard Power BI), periodo comprendido entre enero a diciembre 2021 de la oficina de DRC en La Guajira.

37. Entrevista a actor del Hospital de Maicao. Trabajadora Social. Junio de 2021. Maicao.

38. Según la Organización Panamericana de la Salud, la profilaxis posterior a la exposición es un tratamiento para “disminuir el riesgo de contraer la infección por el VIH en las personas que se han expuesto al virus”. Consiste en la toma de medicamentos antirretrovirales por un periodo designado por el médico tratante. OPS (s.f.) https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14821:post-exposure-prophylaxis-pep&Itemid=40682&lang=es

Adultos mayores:

Las personas mayores de 60 años tienden a tener mayores índices de condiciones médicas serias y según el monitoreo de DRC el 45,2% de personas adultas mayores de 60 años presentan condiciones médicas serias.³⁹ Estas enfermedades requieren tratamientos y medicamentos, pero la falta de documentación es

una barrera para obtenerlos. Además, incluso cuando las personas cuentan con afiliación al sistema enfrentan dificultades para acceder a consultas y exámenes especializados, por ejemplo, la escasa disponibilidad de agendamiento de citas.

Población con VIH:

Cuando esta población no está afiliada, es poco probable que logre acceder a los tratamientos médicos que necesita, a pesar de que la falta de estos puede poner en riesgo su vida. Aunque es posible que acce-

dan a una valoración médica por parte de organizaciones no gubernamentales presentes en Riohacha y Maicao, los tratamientos no están cubiertos por ningún actor o entidad de salud.⁴⁰

6.2 ACCESO A SALUD PARA PERSONAS VENEZOLANAS EN SITUACIÓN MIGRATORIA IRREGULAR

De acuerdo con los datos del monitoreo de protección, el 22,6% de las familias encuestadas señalaron la documentación como una barrera para acceder a salud, siendo la segunda más frecuente después de la distancia entre la vivienda y los centros médicos (27,6%). Como se mencionó en el marco normativo, las personas en situación migratoria irregular solo pueden acceder a los servicios de urgencias, pero incluso ser atendidos en urgencias presenta dificultades. Una de ellas es la falta de información, considerando que el 32% de las familias encuestadas indicaron que no tienen conocimiento sobre el acceso a atención en emergencias.

Ante esta situación, el equipo legal de DRC ha brindado asistencia legal a población migrante proveniente de Venezuela con estatus irregular y apoyado presentando acciones de tutela para que puedan ejercer su derecho de acceso a salud. Cabe mencionar que gra-

cias a estas acciones se han logrado fallos de tutela favorables que ordenan proteger los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna de estas personas. Estos fallos ordenan a la Secretaría de Salud departamental, entidad encargada de administrar los recursos para la atención en salud de la población no asegurada, que autorice los procedimientos médicos, medicamentos o traslados necesarios para preservar la salud de los tutelantes.⁴¹

Así mismo, por medio de estos fallos se ha logrado instar a Migración Colombia para expedir salvoconductos SC2, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1067 de 2015, para la afiliación de las personas venezolanas al SGSSS. En los fallos no se solicita otorgar el estatus de refugiado, sino expedir el salvoconducto de manera que pueda presentarse como documento válido para la afiliación.⁴²

39. Consejo Danés para Refugiados (2021). Encuesta hogar. Monitoreo de protección Riohacha y Maicao (Dashboard Power BI), enero-diciembre 2021.

40. Entrevista con actor clave del Departamento de Aseguramiento Secretaría Distrital de Salud, Junio de 2021. Riohacha.

41. Juzgado primero laboral del circuito de Riohacha. 12 de septiembre de 2021- Maritza Nava Ereu vs Secretaría Distrital de Riohacha.

42. Juzgado segundo laboral del circuito de Riohacha. 18 de noviembre de 2021- Julio Antonio Angulo vs Secretaría Distrital de Riohacha Ref 0018.

6.3 AFILIACIÓN Y PERMANENCIA EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

El 40,2% de los encuestados en el monitoreo de protección indicaron que no están afiliados a una EPS. El 31,4% de esta población reportó que se debe a la falta de información, el 16,3% a que no sabe cómo hacer la afiliación, el 11,6% a que se la negaron y el 40,7% señaló “otro” motivo. Se observó que pocas personas están al tanto de la afiliación de oficio al SGSSS, establecida por el Decreto 064 de 2020, que permite la afiliación de personas con PEP aunque no hayan diligenciado la encuesta SISBEN. Este desconocimiento lleva a que muchos venezolanos permanezcan sin cobertura de salud a pesar de cumplir las condiciones para recibirla.

Por otra parte, el Decreto 064 de 2020 no ordenó la afiliación de oficio de las solicitantes de refugio que cuentan con un salvoconducto de permanencia, por lo cual su proceso de vinculación tarda más tiempo. Este retraso en la afiliación implica un riesgo de pro-

tección, especialmente para las personas con condiciones médicas serias que requieren acceso urgente a servicios de salud.

A lo anterior se debe agregar que una vez la población refugiada y migrante logra la afiliación al SGSSS, enfrenta un nuevo reto: la permanencia o continuidad del aseguramiento en el sistema. En línea con el Decreto 064 de 2020, las entidades territoriales deben verificar en un plazo no mayor a cuatro meses si las personas afiliadas de oficio reúnen las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.⁴³ Algunas de estas condiciones son haber diligenciado la encuesta del SISBEN y haber sido clasificadas en los niveles I o II,⁴⁴ así como actualizar la información de su domicilio cada cuatro meses. Sin embargo, la desinformación y la situación de vulnerabilidad de muchas familias no les permite cumplir con los requisitos y pierden su afiliación.

6.4 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS

Pese a que la afiliación al sistema de salud debería garantizar el acceso a los servicios requeridos, esto no siempre se cumple. De las personas venezolanas que reportaron estar afiliadas al SGSSS, el 83,3% indicó que enfrenta barreras para acceder a salud. Además, en los grupos focales y entrevistas a actores clave se resaltó la baja disponibilidad de citas para consultas y exámenes especializados, al punto de que muchas personas con enfermedades graves deben recurrir a

mecanismos como la acción de tutela para acceder a estos servicios.

Asimismo, la oficina de DRC ha conocido casos en que las unidades de urgencias de Maicao y Riohacha no cumplen con su deber de remitir a los pacientes a entidades prestadoras de servicios especializados,⁴⁵ argumentando falta de capacidad para garantizar el traslado o dificultades en la gestión de información entre las entidades.

43. Ministerio de Salud (2020). Decreto 064 de 2020. (Colombia). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20064%20de%202020.pdf

44. El Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) III clasificaba a la población en niveles I, II y III. Los niveles I y II correspondían a la población más vulnerable, que en consecuencia podía acceder a la mayoría de programas sociales del estado. Actualmente se está implementando la transición del SISBEN III al SISBEN IV, que clasifica a la población en grupos A, B C y D. Ver más en: https://www.sisben.gov.co/Paginas/conoce_el_sisben.aspx

45. Gestión de casos Unidad de Protección de DRC en La Guajira / Corte Constitucional. Sentencia T-705 del 30 de noviembre de 2017. M.P. José Fernando Reyes Cuartas.

Tanto Riohacha como Maicao cuentan con hospitales de alta complejidad, sin embargo, la disponibilidad de camas, especialistas e insumos es insuficiente ante la demanda de la población refugiada, migrante

y la comunidad de acogida. Esto se refleja en los datos del monitoreo de protección, donde solo el 5,3% de la población de interés reportó tener acceso a servicios de salud especializados.

6.5 DISCRIMINACIÓN Y XENOFOBIA EN EL SISTEMA DE SALUD

En los grupos focales que se realizaron para el informe y en las actividades del monitoreo de protección de la oficina de DRC en Riohacha se identificó que las diferencias lingüísticas y culturales pueden derivar en barreras para el acceso de personas de la etnia Wayuú a servicios de salud de calidad. Pese a que gran parte de las personas Wayuú son bilingües (español- wayuunaiki), muchas solo hablan su idioma autóctono⁴⁶ y no tienen acceso a información sobre temas como el derecho a la salud, los procesos de afiliación al sistema y la atención médica en wayuunaiki. Esta situación refleja la falta de un enfoque étnico por parte de las instituciones responsables de garantizar y prestar atención en salud.

Por otro lado, personas migrantes provenientes de Venezuela sin pertenencia étnica también reporta-

ron en las actividades de recolección de datos que han sido objeto de actitudes, conductas y mensajes xenófobos al acudir a un centro de salud. De acuerdo con los resultados del monitoreo de protección, el 2,5% de los encuestados entre enero y diciembre de 2021 calificó la discriminación como una barrera para el acceso a la salud.⁴⁷

Esta barrera también la perciben los niños, niñas y adolescentes migrantes en Maicao y Riohacha, de acuerdo con un diagnóstico⁴⁸ de la Fundación Renacer, en que el 51% de 70 menores entrevistados reportó haber sufrido xenofobia o discriminación, y el 7% de ellos expresó que la discriminación ocurrió en entidades prestadoras de servicios de salud.

46. Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) (s.f.). Pueblo Wayuú <https://www.onic.org.co/pueblos/1156-wayuu#:~:text=En%20total%20son%20144.003%20personas,poblaci%C3%B3n%20del%20estado%20de%20Zulia>.

47. Consejo Danés para Refugiados (2021). Encuesta hogar. Monitoreo de protección Riohacha y Maicao (Dashboard Power BI), enero- diciembre 2021.

48. Fundación Renacer (2019) Diagnóstico y análisis de los impactos específicos de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en el contexto de la migración de Venezuela a Colombia, en los municipios de Maicao y Riohacha, departamento de La Guajira. pp. 101-102. <https://www.fundacionrenacer.org/wp-content/uploads/2021/03/INFORME-TAWA-TAWA-VERSION-3010-20191.pdf> Para este estudio se entrevistó a 70 niños, niñas y adolescentes migrantes entre 11 y 17 años, en los municipios de Maicao y Riohacha en La Guajira.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para las entidades territoriales (alcaldías y Gobernación) y las secretarías de salud:



- Fortalecer las actividades de promoción y divulgación de información dirigidas a la población refugiada y migrante, sobre el acceso a derechos, la oferta institucional y los trámites a realizar para afiliarse al sistema de salud y recibir atención médica. También deben priorizarse los asentamientos y zonas apartadas de los centros poblados.



- Asegurar la participación activa de la población Wayuú, en la construcción de mensajes y estrategias, y presentar la información en su lengua materna (Wayuunaiki). Al trabajar en comunidades deben tenerse en cuenta las características socioculturales de esta población.



- Divulgar y fortalecer los canales y protocolos disponibles para presentar quejas, reclamos y sugerencias sobre la prestación de servicios de salud en Riohacha y Maicao. Asimismo, consultar a la población refugiada y migrante sobre sus experiencias relacionadas con el acceso a salud, e incorporar su retroalimentación en las políticas formuladas a nivel local y en las actividades de control y vigilancia a instituciones prestadoras de servicios.



- Identificar y priorizar las necesidades en salud de las personas más vulnerables, incluyendo a la población refugiada y migrante con discapacidad y/o condiciones médicas graves. Tener en cuenta estas necesidades en las estrategias y los presupuestos de la agenda de salud a nivel local, para mejorar el alcance y la calidad de los servicios.



- Fortalecer la vigilancia y control a las entidades que prestan servicios de salud, para garantizar el cumplimiento de la normativa vigente y la atención oportuna a la población migrante y refugiada en situación regular e irregular.

Para el GIFMM en La Guajira –especialmente la Mesa de Protección y las organizaciones socias con enfoque de protección:



- Fortalecer las actividades de capacitación a funcionarios públicos y promover mejores prácticas de atención al público y garantía de acceso a derechos.



- Construir estrategias de incidencia conjuntas, a partir del análisis de las barreras y retos que enfrenta la población migrante y refugiada para acceder a servicios de salud en el departamento de La Guajira.



- Promover la participación de las agencias de cooperación en el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, entendiendo que este es un espacio fundamental para la toma de decisiones e influir en el desarrollo de políticas públicas.



- Aprovechar los espacios de coordinación existentes para fortalecer la comunicación y las relaciones de colaboración con las secretarías de salud. Es importante hacer énfasis en la divulgación de la ruta de afiliación al sistema de salud y la exigencia del cumplimiento del Decreto 064 de 2020 por parte de las EPS.

Para DRC:



- Fortalecer la cobertura de las sesiones informativas sobre el derecho a la salud trabajando con puntos focales de protección (PFP), líderes o lideresas comunitarios, ediles y juntas de acción comunal en asentamientos informales con el fin de fortalecer las capacidades de la población de interés para exigir su derecho a la salud.



- Apoyar a las secretarías de salud en socializar las rutas de atención para la población de interés con afiliación a EPS. De igual manera, contribuir a socializar el sistema PQRS (Peticiónes, Quejas, Reclamos, Solicitudes) y los mecanismos que se pueden presentar ante entidades como la Superintendencia Nacional de Salud para hacer efectivo su goce y disfrute del derecho a la salud.



- Monitorear la situación de salud de mujeres gestantes; niños, niñas y adolescentes; adultos mayores, personas con enfermedades crónicas y personas en condición de discapacidad. Visibilizar esta información en espacios de coordinación y tomarla como insumo para construir e implementar estrategias de incidencia ante las entidades territoriales y el gobierno nacional.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea General de la ONU (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Consejo Danés para Refugiados (2021). Encuesta hogar. Monitoreo de protección Riohacha y Maicao (Dashboard Power BI), enero- diciembre 2021.
- Corte Constitucional de Colombia (2012) Sentencia T-066/12. M-P Jorge Pretelt. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-066-12.htm>
- Corte Constitucional de Colombia (2017) Sentencia T-705/17. M.P. José Fernando Reyes Cuartas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-705-17.htm#:~:text=%E2%80%9Cderecho%20a%20recibir%20un%20m%-C3%ADnimo,ha%20suscrito%20en%20la%20materia%E2%80%9D.>
- Corte Constitucional de Colombia (2018) Sentencia T-302/17. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-302-17.htm#:~:text=La%20Corte%20Constitucional%20constat%C3%B3%20una,y%20ni%C3%B1as%20del%20pueblo%20Way%C3%BAu.>
- Corte Constitucional de Colombia (2019) Sentencia T-403/19. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-403-19.htm>
- DANE (2021). Indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>
- Defensoría del Pueblo (2021) Desnutrición en la primera infancia. Causas estructurales y vulneraciones prevenibles y evitables. https://www.defensoria.gov.co/attachment/3855/Informe%20Desnutricion%28V2%29-Dg.pdf?g_show_in_browser=1
- Dejusticia (2020). Pueblos indígenas de frontera: una binacionalidad no reconocida. <https://www.dejusticia.org/column/pueblos-indigenas-de-frontera-una-binacionalidad-no-reconocida/>
- El Heraldo (10 de septiembre de 2021) Gobierno le debe \$42 mil millones a La Guajira por atención a migrantes. <https://www.elheraldo.co/la-guajira/por-atencion-migrantes-le-deben-la-guajira-42-mil-millones-848983>
- Fiscalía General de la Nación (2016). “La corrupción en La Guajira es sistémica”. <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/noticias/destacada/imputadas-cuarenta-y-una-41-personas-de-estas-20-fueron-capturadas-once-11-mas-seran-acusadas/>

- Foro Ministerial sobre salud y migración (2017) Declaración de Mesoamérica sobre salud y migración. <https://www.saludmigracion.org/declaracion-ministerial-de-mesoamerica-sobre-salud-y-migracion>
- Fundación Renacer (2019). Diagnóstico y análisis de los impactos específicos de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en el contexto de la migración de Venezuela a Colombia, en los municipios de Maicao y Riohacha, departamento de La Guajira. <https://www.fundacionrenacer.org/wp-content/uploads/2021/03/INFORME-TAWA-TAWA-VERSION-3010-20191.pdf>
- GIFMM La Guajira (2021). Factsheet Protección La Guajira enero a diciembre de 2020.
- ICBF (2020). Orientaciones para la atención integral de niños, niñas y adolescentes migrantes. https://www.icbf.gov.co/system/files/cartilla_rutas_de_atencion_agentes_del_sistema.pdf
- Migración Colombia. 26 de octubre de 2021. Distribución de Venezolanos en Colombia - Corte 31 de agosto de 2021. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-agosto-de-2021>
- Migración Colombia (2022) Estatuto Temporal de Protección – Prerregistros, <https://public.tableau.com/app/profile/migracioncolombia/viz/EstatutoTemporaldeProteccion-Prerregistros/Pre-registrosPublic>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016. (Colombia). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 064 de 2020. (Colombia). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20064%20de%202020.pdf
- Procuraduría General de la Nación & Red Colombia Verde (2019) Caracterización pueblos indígenas Wayuú. Gente de arena, sol y viento. <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Caracterizacion%20Wayuunaiki.pdf>
- Profamilia (2020). Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2008). 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA61.17
- Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) (s.f.). Pueblo Wayuú <https://www.onic.org.co/pueblos/1156-wayuu#:~:text=En%20total%20son%20144.003%20personas,poblaci%C3%B3n%20del%20estado%20de%20Zulia>.



DRC CONSEJO
DANÉS PARA
REFUGIADOS
• Estamos allí