



La salud
es de todos

Minsalud



CLUSTER
SALUD
COLOMBIA



OPS

MÚLTIPLE AFECTACIÓN VICHADA SITUACIÓN DE SALUD



En el marco de



GIFMM
GRUPO INTERAGENCIAL SOBRE
TALLAS MIGRATORIAS MIXTAS



Plataforma de Coordinación
Interagencial para Refugiados
y Migrantes de Venezuela



CONTENIDO

Introducción	3
Vichada	4
Necesidades percibidas en salud	4
Barreras y retos para la provisión de servicios en salud	25
Necesidades en asistencia técnica y recursos	39
Dobles y triples afectaciones y necesidades en salud de la población refugiada y migrante venezolana	41
Otros temas	52

INTRODUCCIÓN

Vichada es un departamento con múltiples afectaciones y con diversas necesidades humanitarias que no suelen ser reportadas¹. Esto, genera un subregistro de los hechos victimizantes y en las cifras de afectación por violencia armada o desastres de origen natural. Las dinámicas territoriales como la dispersión de la población (densidad poblacional de 114.5571 hab/km²) dificultan la denuncia, que sumada a la ausencia de vías de acceso internas, baja conectividad, y baja presencia de las instituciones del Estado para identificar, orientar y responder a las necesidades multisectoriales de la población, generan una invisibilidad de las necesidades humanitarias, en especial de las comunidades indígenas nacionales y binacionales, y de la población procedente de Venezuela.

Con el objetivo de identificar las barreras de acceso al sistema de salud; reconocer su capacidad instalada y las necesidades específicas para la prestación de servicios de salud; e identificar necesidades de fortalecimiento de capacidades para proveer servicios de salud, se realizó un análisis sobre la situación de salud del Vichada y de la múltiple afectación que viven las personas

refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela. Esto se hizo a partir de entrevistas semiestructuradas realizadas a organizaciones humanitarias, instituciones y actores locales en la ciudad de Puerto Carreño entre el 3 y el 8 de abril de 2022.

Este ejercicio se logró llevar a cabo gracias a la participación de profesionales humanitarios de ONGs como Equipo Humanitario Local (EHL), GIFMM Nacional, Acción Contra el Hambre (ACH), Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), Americares, Corporación Infancia y Desarrollo (CID), Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli - CISP (Comité Internacional Para el Desarrollo de los Pueblos), Cruz Roja Colombiana (CRC), Diakonie, Pastoral Social y Organización Internacional para las Migraciones (OIM), y la participación de los líderes y lideresas indígenas, el Consejo Regional Indígena del Vichada (CRIVI), la Secretaría Departamental de Asuntos Indígenas, la Secretaría Departamental de Salud, Secretaría de Planeación de Puerto Carreño y el Hospital Departamental San Juan de Dios.

1. Tomado de: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/briefing_humanitario_vichada_ener_a_dic_2021-_vf.pdf (fecha de consulta: 06 de abril 2022)

VICHADA

2.1. NECESIDADES PERCIBIDAS EN SALUD

2.1.1. Emergencias humanitarias que afectan la salud de la población

Vichada es un departamento con múltiple afectación donde confluyen los flujos migratorios mixtos, afectación por violencia armada, desastres y condiciones de pobreza que son estructurales. Resalta que la dispersión de la población y la baja densidad demográfica provocan que las emergencias afecten a un menor número de personas en comparación con otros territorios del país. No obstante esta victimización es constante y corre el riesgo de ser invisibilizada y desatendida².

Las principales emergencias humanitarias que ponen en riesgo la salud de la población del Vichada, según institucionalidad y las organizaciones internacionales con presencia en Puerto Carreño (capital del Vichada), fueron:

- **Violencia armada:** en el Vichada y los estados fronterizos venezolanos (Amazonas y Apure) hay presencia de Grupos Armados Organizados (GAO) que ponen en riesgo a la población y generan afectaciones humanitarias. Según [OCHA](#), en 2021 se registraron 27 eventos que afectaron a 84 personas, de las cuales el 73% (61 casos) sufrieron amenazas. Por otra parte, en el territorio no son comunes los desplazamientos forzados masivos debido a la baja densidad poblacional, no obstante la Unidad para la Atención

y Reparación Integral de las Víctimas (UARIV) registró desplazamientos individuales, específicamente 143 casos en el 2020 y 51 casos en el 2021.

Preocupa que en el departamento existan 26 conflictos interculturales por la tierra entre campesinos e indígenas por la constitución de nuevos resguardos, poca claridad en los linderos y saneamiento de los territorios, lo que se suma a conflictos por derechos de propiedad. Este hecho genera riesgos de violencia y desplazamiento. Por estas razones las personerías y los enlaces municipales indican que en el Vichada hay 6.277 víctimas de desplazamiento (3.670 en Puerto Carreño, 1.281 en La Primavera, 1.006 en Cumaribo y 320 en Santa Rosalía)³. Adicionalmente, en las vías Puerto Carreño - Casuarito - Garcitas y Puerto Carreño - Villavicencio se han identificado retenes por GAO. Así mismo, diversas comunidades Sikuaní-Amorúa e inspecciones de Puerto Carreño y Cumaribo sufren restricciones de movilidad y la imposición de medidas coercitivas por parte de estos grupos, lo cual limita su acceso a medios de vida y servicios como la salud.

- **Flujos migratorios mixtos:** desde el año 2018 el departamento del Vichada, por ser zona de frontera con Venezuela, ha sido receptor, principalmente, de población venezolana con vocación de permanencia y pendular por la

2. Para más información puede consultar el Briefing departamental del Vichada

3. Fuente: OCHA - Briefing del Vichada 2021

búsqueda de servicios de salud, entre otras necesidades. Esta población se expone a diversos riesgos de victimización ya que en el territorio hay presencia de Grupos Armados Organizados (GAO) que realizan reclutamiento, uso y utilización de personas, explotación laboral y sexual y violencias basadas en género (VBG). Así mismo, el enfrentamiento

entre GAO y sus amenazas provocan desplazamiento individual y masivo transfronterizo. Destaca que a inicios de este año (2022) se presentó una emergencia donde más de 1.882 personas se desplazaron forzosamente desde Venezuela a Puerto Carreño, en su mayoría, población indígena de nacionalidad venezolana⁴.



...el desplazamiento forzado de la población venezolana que llega al territorio, agudiza el problema de salud que ya tenemos - la mayoría es población indígena que llega, a invasiones y a la comunidad de acogida, sin nada..."

profesional de la Secretaría de salud de Puerto Carreño



...estamos sufriendo el flujo migratorio, Cumaribo es uno de los territorios con los problemas más graves en salud pública... solo hay un hospital, hay mucha zona rural... y está recibiendo gran parte de la población venezolana que se ha asentado en sus territorios..."

profesional de la Secretaría de salud de Puerto Carreño

- **Desastres naturales:** durante el año, el departamento tiene épocas de mucha lluvia (ola invernal) y épocas de mucha sequía (verano) que afectan considerablemente las condiciones de vida de la población.

Durante la "ola invernal" se generan inundaciones y esto hace que el hábitat cambie y la población se movilice a otros municipios del departamento con menor riesgo de inundación. Sumado a esto, según lo reportado por las instituciones, durante la "ola invernal" se aumenta la transmisibilidad por vectores y, por consiguiente, los casos por dengue y malaria. Para 2021, la [UNGRD](#) registró 6 inundaciones que afectaron a 2.521 personas y 803 familias cuyas viviendas fueron averiadas.

...en invierno hay inundaciones y bastante humedad, por lo que salen los zancudos, moscas..."

funcionario del CRIVI

Incidencia del dengue en 2021



205,7

Casos por 100 mil habitantes

57

Casos totales

Vichada es el **16°** departamento con mayor incidencia reportada, pero puede existir **subregistro**.

Enfermedades transmitidas por vectores en 2021



2.079

Casos malaria



1.318

Morbilidad por EDA*
*Enfermedad diarreica aguda



57

Casos de dengue



42

Accidentes ofídicos



42

Casos de leishmaniasis

Fuente: [Boletín Epidemiológico #52 de 2021 - Instituto Nacional de Salud](#)

Durante el verano se intensifican los incendios de cobertura vegetal. En 2021 la [UNGRD](#) registró 18 eventos que afectaron 14 hectáreas de terreno principalmente en Puerto Carreño y Cumaribo. Esto, sumado a la sequedad del suelo provoca un incremento de las enfermedades respiratorias como las infecciones respiratorias agudas (IRA). Adicionalmente, durante el verano se reduce la productividad de los cultivos, lo cual, sumado al limitado acceso a medios de vida, los pobres esquemas nutricionales de la población genera incremento en las tasas de malnutrición y desnutrición.

- **Asentamientos:** en el departamento se han identificado un gran número de asentamientos, algunos de estos, ubicados sobre terrenos rocosos alrededor de Puerto Carreño y se encuentran en constante riesgo de inundación, además, son zonas donde proliferan los vectores porque hay aguas estancadas.

... estas comunidades están en riesgo de inundación, preocupan los casos de Cerro Vita, Isla Asunción, La esperanza y La Manga de Coleo..."

Profesional humanitario

...durante el verano las aguas bajan y las personas deben recorrer largos trayectos hasta el río para obtener agua que no es apta para el consumo humano... durante el invierno, el nivel sube y se acerca hasta los cambuches... en estas épocas la humedad y la proliferación de vectores es alarmante..."

profesional humanitario

En un informe realizado por la OPS con corte a marzo 2022, se caracterizaron 7 asentamientos (3 en zona rural y 4 en zona urbana o periurbana), 255 familias y 1028 personas. Los grupos poblacionales caracterizados eran población migrante (67%), víctimas de conflicto armado (57%) e indígenas (52%). Las patologías que se identificaron con mayor frecuencia en estos asentamientos fueron las gastrointestinales con 85%, seguidas de las dermatológicas (71%), las respiratorias representan el

57%, las crónicas sin controles 42% y la desnutrición el 14%. Otros de los eventos en salud reportados en población migrante fue el maltrato infantil y el uso de sustancias psicoactivas; para población de acogida se reportó principalmente la depresión.

Tabla. Relación de las patologías referidas por la comunidad en puntos de concentración de población desplazada en el municipio de Puerto Carreño.

Punto de concentración	Enfermedades respiratorias agudas	Enfermedades diarreicas agudas	Enfermedades dermatológicas	Enfermedades crónicas sin control	Desnutrición
Cerro Vita	X	X	X	X	
Bocas del Vita	X	X	X		
Venturosa		X	X		
Rampla	X	X	X	X	
Aceitico	X				X
Puerto Murillo		X		X	
Piedra Esperanza		X	X		
Total	4	6	5	3	1

Fuente: EpiCollect5 - Proyecto Caracterización Humanitaria Vichada OPS-2022. Informe OPS

- **Limitado acceso a agua potable y condiciones de higiene y saneamiento**

El acceso a agua potable es limitado en el territorio, así como los esquemas de manejo de residuos. Esto afecta directamente las condiciones de salud de las personas.

Preocupa, no hay un buen manejo de excretas, se ha evidenciado defecación a campo abierto y contaminación de los aljibes (cisternas para almacenamiento de agua) y las instituciones lo relacionan con el aumento de casos de Enfermedad

Diarreica Aguda (EDA) que no son reportados en SIVIGILA.

Por otra parte, las personas entrevistadas refieren que no hay una morgue municipal en Puerto Carreño, lo que ha generado riesgos de salud pública por la contaminación de los cuerpos, en especial si sufrieron muertes violentas.

...preocupa que no hay una morgue municipal y la única disponible es una transitoria del hospital que debería ser para uso exclusivamente intrainstitucional...ante la carencia de morgue se ha dispuesto la del hospital para hacer autopsias clínicas, esto genera riesgos por insalubridad y contaminación de los cuerpos, especialmente si fueron muertes violentas."

Funcionario del Hospital de Puerto Carreño

2.1.2. Urgencias médicas

Cuando se presenta una emergencia o urgencia en salud en el Vichada y las personas logran llegar a las instituciones de salud o al hospital más cercano, se les brinda atención independientemente si la persona tiene o no documentación.

Por lo general, una ambulancia es enviada a la zona periurbana o las zonas rurales del territorio para trasladar a una persona que requiere ser atendida de manera urgente, pero a veces, la zona es tan apartada que las personas prefieren recoger dinero para pagar un vehículo que llegue más rápido a la institución de salud. Entre las personas más afectadas están las mujeres embarazadas... "muchas tienen que parir en su casa o en la carretera por que no alcanzan a llegar por el tema del transporte..."

Las personas entrevistadas también indicaron que no solo hay dificultades para el transporte a la hora de una urgencia en salud... cuando una persona llega a un hospital, la infraestructura es muy precaria, hay pocos medicamentos básicos, escasez de insumos y hay limitado personal de salud, lo que dificulta que se preste un servicio adecuado para la urgencia.

Preocupa que en Aceitico no funciona el puesto de salud y en Puerto Murillo y La Venturosa estos están muy averiados. Por ello, en esas comunidades las personas acuden a prácticas tradicionales.

Cuando hay una urgencia de un mayor nivel de complejidad, se remite el paciente a otro departamento.



...para una urgencia vital ... por ejemplo, hasta Aceitico es una vía que toma llegar 2 horas... y de aquí a que llegue la ambulancia... muchas veces en la comunidad deciden hacer vaca o recolectar para pagar un vehículo, una moto para poderla llevar a zona urbana..."

Trabajadora humanitaria

Según la normatividad vigente a la población colombiana sin afiliación a salud, se le realiza el trámite de afiliación para que quede asegurado todo su tratamiento y retorno, no obstante en el caso de personas refugiadas y migrantes sin afiliación, se les garantiza el transporte de ida para que reciban atención. No obstante, la normativa vigente no estipula que la Secretaría de Salud deba asegurar albergue, alimentación y retorno de esta población, y la misma tampoco cuenta con recursos presupuestales para estos fines, de modo que estos aspectos sólo son cubiertos con los recursos de la cooperación internacional hasta que las personas puedan afiliarse al sistema. Por estas razones, las personas prefieren no salir porque no tienen recursos para volver al territorio.



... hay personas que se quedan con su brazo o su pierna fracturada...en lo que se puede se articula con otros cooperantes...por ejemplo, algunas ONG tienen fondos de emergencia de ayuda económica para que con este se paguen los servicios de especialistas (que por lo general van al territorio de manera bimensual o trimestral) ...”

Trabajadora humanitaria

Entre las organizaciones referentes para los temas de salud en Vichada encontramos a OIM, Americares, Cruz Roja Colombiana, MDM, Corporación Infancia y Desarrollo, Pastoral Social y CISP. Uno de los ejemplos destacados en las entrevistas a las organizaciones en general, fue la labor de OIM, que es una de las organizaciones que lleva más tiempo en el territorio, se encuentra en Puerto Carreño desde el año 2019, se ha logrado articular con las demás ONG presentes, con entidades locales y tiene un convenio con el hospital para brindar una amplia oferta de servicios [para la población no afiliada al sistema de salud](#). Esta oferta juega un papel vital al momento de tener una urgencia en salud porque:

- [Tiene una red de apoyo comunitario en salud](#), conformada por personas líderes de las comunidades de los barrios. Líderes que son capacitados en: vigilancia comunitaria, eventos de interés en Salud Pública (EISP), riesgo materno, desnutrición, enfermedades prevalentes de la infancia, lactancia materna, primeros auxilios, reconocen signos y síntomas de peligro y están en contacto constante con la comunidad. Hay 16 líderes, 1 rural en Aceitico (enfermera) y 15 en zona urbana (barrios con asentamientos, población migrante...). Ante una emergencia, los líderes generan una alerta y de esa forma llegan a la comunidad.
- Adicionalmente, en el territorio hay un equipo de OIM conformado por: 1 epidemióloga, 2 enfermeras, 1 psicóloga, 3 gestores comunitarios, 1 monitor de información y 1 coordinadora del equipo. Este equipo está 100% en contacto con la comunidad, la organización no cuenta con una oficina porque el trabajo diario es en comunidad y se hacen recorridos casa a casa identificando necesidades en salud en diferentes temas, socializando rutas de acceso, conocimiento en derechos y deberes y brindando atención a la población.

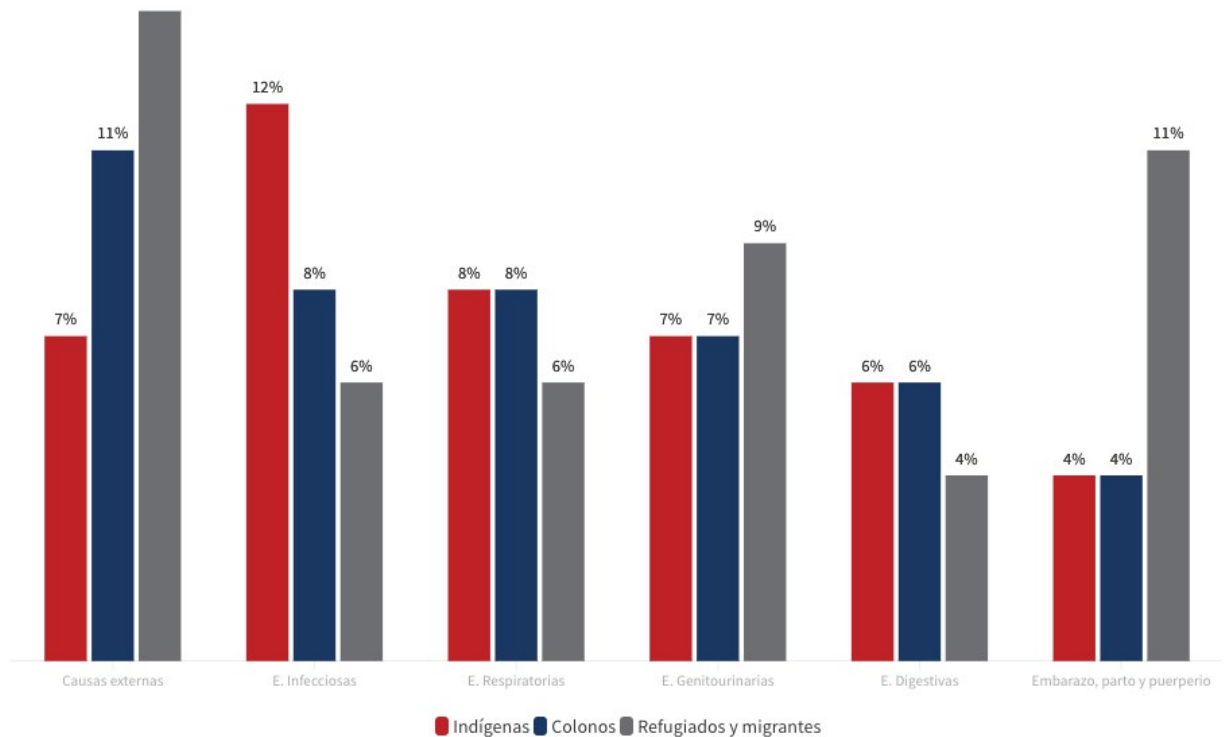


Ante una urgencia, los líderes de la comunidad avisan, articulamos con hospital para ambulancia, triage, los gestores acompañan y hacemos seguimiento...”

Trabajadora humanitaria de OIM

Principales urgencias médicas por tipo de población durante 2015-2021

*E. corresponde a Enfermedades



Fuente: Bodega de datos de SISPRO - RIPS | Fecha de consulta: 26/04/2022

2.1.3 Enfermedades crónicas no transmisibles

Personas atendidas por diabetes entre 2018-2021

98
Personas
atendidas

15%
Refugiados
y migrantes

25%
Indígenas

60%
Colonos

Personas atendidas por enfermedades hipertensivas entre 2018-2021

259
Personas
atendidas

30%
Refugiados
y migrantes

10%
Indígenas

60%
Colonos

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) - SISPRO 2022 - Fecha de consulta: 26/04/2022

Las principales enfermedades crónicas no transmisibles que reportaron los actores clave entrevistados fueron diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, especialmente en las personas mayores de 50 años.

En el caso de las personas indígenas se han identificado principalmente casos de diabetes e hipertensión y esta afección la relacionan con la pérdida de visión que con frecuencia se presenta en la población adulta. Adicionalmente, los líderes indígenas entrevistados mencionaron que todo esto se puede deber a que la forma de alimentación de sus pueblos ha cambiado drásticamente.

Los líderes indígenas refieren que a las personas con diabetes se les formula insulina, pero en el hospital no se la entregan o los resguardos no cuentan con neveras para conservar este medicamento. Adicional a esto, quienes presentan problemas visuales tampoco reciben una atención adecuada.

A través del convenio que tiene OIM con el hospital, las personas no afiliadas con

enfermedades crónicas no transmisibles colombianas, indígenas nacionales o binacionales y venezolanas pueden acceder al tratamiento.

Desde OIM se les garantiza el tratamiento. Para algunos exámenes no cubiertos en el convenio, OIM busca canalizar el servicio con otras organizaciones (por ejemplo con Americares, Cruz Roja Colombiana o MDM también presentes en territorio) para que puedan tener el tratamiento y seguimiento adecuado. Aun así, las personas entrevistadas comentaron que el tema de enfermedades crónicas es muy complicado porque en el departamento no hay especialistas, estos solo hacen visitas cada 2 o 3 meses y al momento en el que una persona requiera trasladarse a otro lugar para ser atendido es un proceso muy difícil porque la secretaría de salud apoya remitiendo a la persona y su acompañante, pero no les asegura su regreso. Adicional a esto, refieren que hay un mal manejo de los pacientes en el hospital, no hay un seguimiento ni control de los pacientes y esto hace mucho más difícil el trabajo de las organizaciones.

...el tema de enfermedades crónicas es muy complicado acá... primero porque no hay especialistas... trasladarse a otros lados es muy difícil... hemos tenido casos que desde la Secretaría envían personas a Villavicencio y hasta ahí queda la compañía... queda solo el paciente, el acompañante..."

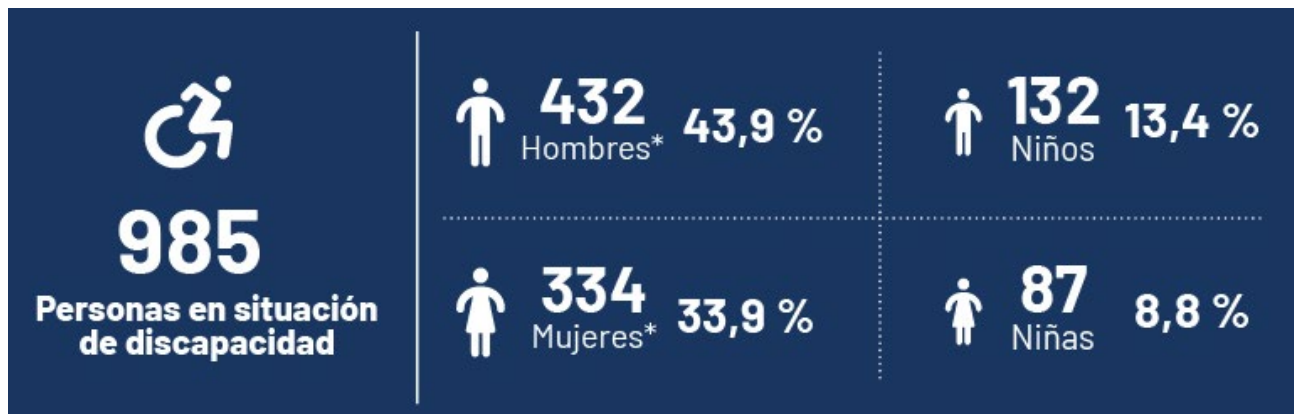
trabajadora humanitaria

...Una persona con enfermedad crónica va al hospital frecuentemente... y lo que nos hemos dado cuenta es que les hacen firmar actas de salida voluntaria y después no las reciben más...y esto nos complicaba hacer el proceso para que esté en un refugio..."

trabajadora humanitaria

...se ha aumentado la hipertensión y la diabetes, y con esto los casos de pérdida de visión. Viene pasando desde hace muchos años, y en reuniones con los mayores vimos que esto pasa porque ya no comemos lo mismo que antes, ha cambiado la forma de preparar la comida, antes no tomábamos gaseosas ni usábamos algunos condimentos..."

funcionario del CRIVI



Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) - SISPRO 2022 - Fecha de consulta: 26/04/2022

2.1.4. Salud materna, Salud sexual y reproductiva y VBG

- **Violencia Basada en Género (VBG)**



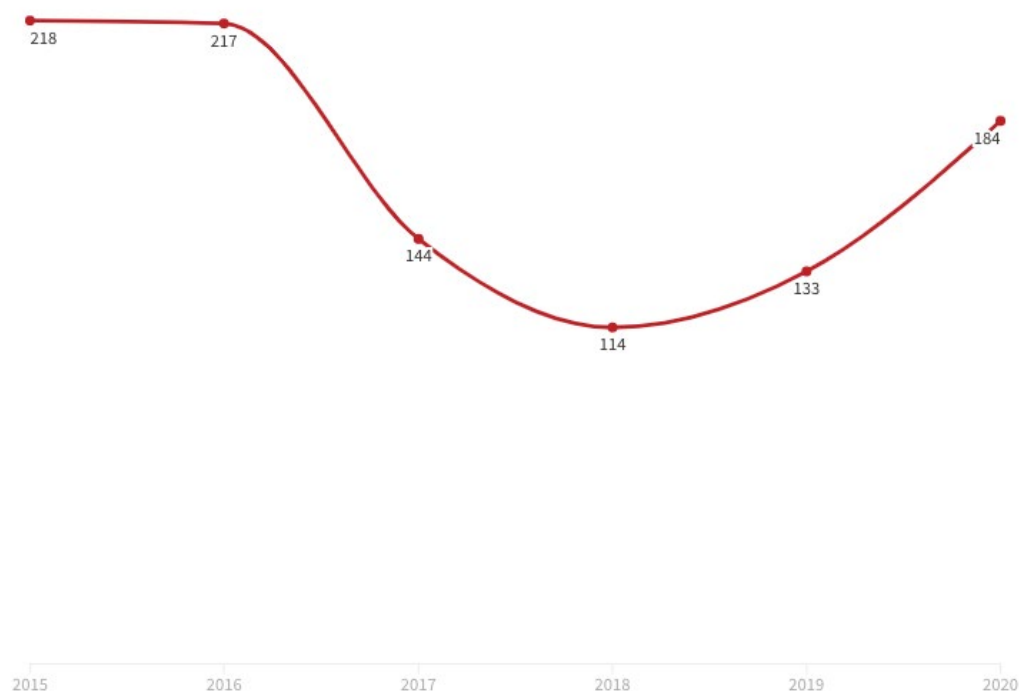
<https://www.sispro.gov.co/observatorios/onviolenciasgenero/Paginas/home.aspx>



Fuente: Policía Nacional e Instituto Nacional de Medicina Legal | Fecha de consulta: 26/04/2022



Número de casos reportados al SIVIGILA, según año



Fuente: SISPRO

OIM y Pastoral Social tienen una labor importante en la implementación y socialización de la ruta de violencia basada en género (VBG). OIM en coordinación con una psicóloga y una enfermera y en articulación con la Alcaldía y secretaria municipal. Igualmente, Pastoral Social es una organización que tiene un trabajo fuerte en temas de VBG en el departamento del Vichada, comentaron que ante un caso de VBG, primero alejan a la persona del ambiente en el que se encuentra, por ejemplo, si fue agredida por su pareja en su hogar. La organización cuenta con un albergue que sirve de refugio para la víctima. Ya estando en el albergue se inicia un proceso psicosocial y jurídico en articulación con otras entidades locales como el ICBF, CISP, la Fiscalía y la Policía durante 10 días. Durante este tiempo se realiza la intervención y se acompaña para que puedan ser ubicadas en otro lugar. En el caso de las personas venezolanas que desean retornar a Venezuela no se les puede brindar esta ayuda.

Aunque durante las entrevistas se resaltó la labor de Pastoral Social y OIM, muchas de las organizaciones refieren que a pesar de que exista una ruta, no la consideran efectiva porque hay un tema de revictimización con la persona y las personas rotan de una entidad a otra antes de poder acceder a un servicio y es algo que sucede con la población en general, colombiana, indígena nacional, binacional o venezolana. Esto genera que las personas desconfíen de la institucionalidad y cuando se enfrentan a un caso de VBG no realicen ninguna acción.



...tenemos el caso de una compañera que acompañó a la persona víctima, dio mil vueltas para llegar al mismo sitio donde llegó... la institucionalidad se tira la pelota... las mismas personas dicen, no hablamos porque de qué sirve si no tenemos acompañamiento...no hay seguimiento, ni abordaje..."

trabajadora humanitaria



... Violencia Basada en Género pasa mucho también en población indígena...ellos dicen... me canso porque me mandan para acá para allá, para el hospital y nadie me da respuesta”

Líder indígena



...La ruta de violencia basada en género y los protocolos son desconocidos por algunos funcionarios. Esto genera quiebres en la activación de la ruta y escenarios de revictimización... La ruta es muy débil. En algunos resguardos hay escenarios de revictimización porque se tratan los casos de VBG de forma pública...”

funcionario de la Secretaría de Asuntos Indígenas

En población indígena, los líderes también comentaron que al interior de su cultura suceden muchos casos de violencias basadas en género y que las mujeres no pueden alzar la voz, ni contar que sus esposos las golpean o las obligan a tener relaciones sexuales. Las organizaciones también indicaron que en muchos resguardos indígenas no se reconoce la diversidad sexual, algunos indígenas son expulsados y suele suceder más con las personas que vienen desde Venezuela.



con la población indígena se presenta mucha violencia basada en género, pero desde su cultura... la mujer no puede decir que el esposo la golpea o la obliga a tener una relación sexual, no lo puede decir... porque según la comunidad, ella está para eso...”

Líder Indígena

En la población indígena es común encontrar niñas menores de 14 años embarazadas de hombres de 30 o 40 años. Las organizaciones refieren que esto es naturalizado en su cultura y que los casos en los que se puede actuar se realiza un proceso acompañado por el ICBF.

Otro tema recurrente en las entrevistas fue la violencia obstétrica en población indígena, pero resaltaron que se dan muchos más casos en población migrante. Las organizaciones también comentaron que es usual que las mujeres indígenas no manifiesten su malestar, por lo que es muy probable que haya un subregistro de estos casos.

• **Planificación familiar**

De acuerdo con lo indicado por las organizaciones, el tema de planificación familiar en la población indígena nacional y binacional es bastante difícil porque existen muchos tabúes alrededor, además de que existe un tema de machismo y relaciones de poder que ha estado perpetuado en esta población, lo que ni siquiera permite que se generen espacios de sensibilización con la población.



tratamos de hablar de planificación familiar, cuando empezamos a pedir el permiso... no, que hiciéramos el favor y ese tema no se tocaba porque lo que los blancos querían es exterminar a los indígenas...”

trabajadora humanitaria

...con las madres indígenas se hace la sensibilización, pero sus parejas se oponen... se ha identificado que algunas que cuentan con implantes y no presentan complicaciones solicitan que este se les retire por presión de sus parejas..."

trabajadora humanitaria

...En las jornadas extramurales se ofrece el implante subdérmico, pero hay casos donde las mujeres tras pocos meses de uso expresan la intención de retirarlos...se ha identificado que los esposos las presionan para esto, a pesar de que tengan varios hijos..."

trabajadora humanitaria

Algunas comunidades sienten que la planificación familiar es impuesta por las instituciones."

trabajadora humanitaria

Varias de las organizaciones entrevistadas han intentado llegar a los territorios de las personas indígenas a través de brigadas de salud para hablar del tema de planificación y ofrecer métodos de corta y larga duración, pero en algunas comunidades no son aceptados, y en aquellas comunidades que, sí son aceptados, refieren que cuando, por ejemplo, entregan preservativos, las personas no los usan o no saben cómo hacerlo.

Los métodos anticonceptivos de corta duración son los que se entregan de manera más frecuente a toda la población del departamento, entre los mencionados estuvieron los condones masculinos y las pastas. La entrega, por lo general, va acompañada con sesiones informativas sobre el uso y sus posibles efectos adversos.

Los métodos anticonceptivos de larga duración se ofrecen en el hospital de Puerto Carreño y se han realizado jornadas

extramurales para la inserción del implante subdérmico desde las organizaciones que están en territorio, pero todas las personas entrevistadas mencionaron que esto ha generado muchos efectos adversos en las mujeres y ninguna de las organizaciones o instituciones cuentan con el servicio gratuito de retiro del implante.

...los implantes en población indígena no son retirados, por ejemplo, hay una reacción adversa en ellas, van a que se lo retiren y no se lo retiran...les cobran y ellas no tienen para retirarlo"

líder indígena

...en las brigadas extramurales se instalan los implantes subdérmicos, pero se ha observado que algunas mujeres han tenido efectos secundarios o que por presiones de sus familiares han tenido que retirarlos, en ocasiones de forma artesanal y han tenido inconvenientes... tampoco hay seguimiento a estos dispositivos..."

trabajadora humanitaria

...así la mujer tenga todos los efectos adversos por métodos de planificación y ya no quiera tener más hijos, los hombres no se hacen la vasectomía, son muy machistas... pero sería bueno que se sensibilizaran en el tema"

trabajadora humanitaria

Los métodos anticonceptivos de larga duración como la vasectomía son rechazados por los hombres a pesar de los efectos adversos que puedan generar los métodos de larga duración disponibles para las mujeres y las organizaciones indicaron que hace falta sensibilizar a los hombres en este tema.

En cuanto a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el

departamento del Vichada solo se ofrece a través de fármacos, pero las personas entrevistadas indicaron que los médicos y ginecólogos se están capacitando y recibiendo asistencia técnica en el tema, además de que se tiene previsto que lleguen equipos para ofrecer el servicio completo en todo el departamento. Entre las barreras destacadas para la provisión de este servicio estuvieron la falta de documentación y de afiliación de las gestantes.

- **VIH/ITS**

En el departamento del Vichada se han reportado casos de VIH e ITS pero las organizaciones presentes en territorio no tienen la capacidad para atender estos

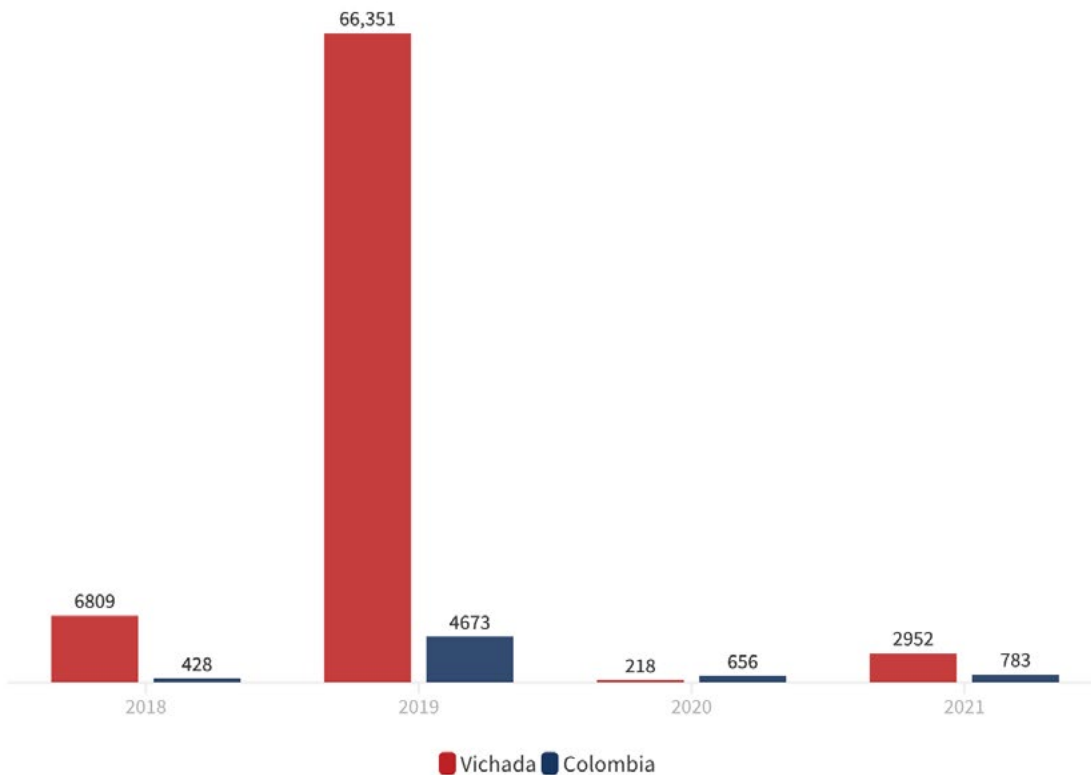
pacientes y se remiten al hospital. El hospital no cuenta con los retrovirales que se requieren para algunos casos y no cuenta con servicios de tercer nivel de atención, donde hay un especialista para su manejo.

En el caso de las mujeres gestantes o recién nacidos con VIH, la OIM cuenta con un programa en el que se les garantiza el tratamiento, la identificación de diagnóstico, prueba de carga viral, infectología y tratamiento.

- **Gestantes**

Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.

Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos





Casos de morbilidad materna extrema

Fuente: Boletín Epidemiológico #52 de 2021 - Instituto Nacional de Salud

Hay un tema común que preocupa a todas las organizaciones e instituciones entrevistadas, y es que muchas gestantes no van a los controles prenatales y muchas tienen problemas de déficit de micronutrientes, bajo peso, anemia y desnutrición, especialmente las que se encuentran en las zonas rurales y población indígena nacional y binacional. Estas condiciones implican que muchos de los partos se compliquen, se deba hacer cesárea y aumente la mortalidad materna. Las organizaciones refieren que esto pasa, en su mayoría con población indígena y que la situación se agravó con la llegada masiva de población migrante. En algunas ocasiones van las brigadas de salud a los territorios más alejados a prestar este servicio, pero no suele suceder de manera constante.



“...sobre todo la población indígena cree que sí a varias de las mujeres les fue bien teniendo su hijo en la comunidad, a ellas también les va a ir bien... no saben que todos los embarazos no son iguales y que se deben hacer controles para evitar complicaciones...”

trabajadora humanitaria

Entre los temas que impide o dificulta el acceso de las gestantes a los controles, estuvo el transporte, la distancia al centro médico más cercano y el costo del traslado.



...las embarazadas presentan cuadros de malnutrición por la carencia de comida... algunas van a controles o los tienen durante las brigadas, pero estas brigadas no son constantes... ir hasta el hospital es muy costoso y hay dificultades de transporte... ir en moto desde Caño Bachaco o Guacamaya Maipore hasta Puerto Carreño cuesta 250 mil pesos, en carro 500 mil...”

funcionario del CRIVI



...Hay muchas barreras para las mujeres embarazadas... muchas tienen que parir en su casa o en la carretera, por temas de transporte, no alcanzan a llegar...”

trabajadora humanitaria

Cerca del 70% de los partos atendidos en el hospital de Puerto Carreño son madres procedentes de Venezuela y las personas entrevistadas refieren que muchas llegan porque saben que pueden obtener asistencia por parte de las ONG y que afortunadamente existen convenios que permiten asegurar el parto de las migrantes, aunque no todos los servicios estén cubiertos es una gran ayuda pero preocupa el momento en el que termine los convenios porque esta población quedaría sin el acceso al servicio.

Por otra parte, las personas entrevistadas mencionaron que hay una alta tasa de embarazo en menores de 14 años en población indígena y una normalización de relaciones entre menores de 14 años y adultos, que constituyen situaciones de abuso sexual.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía en 2021

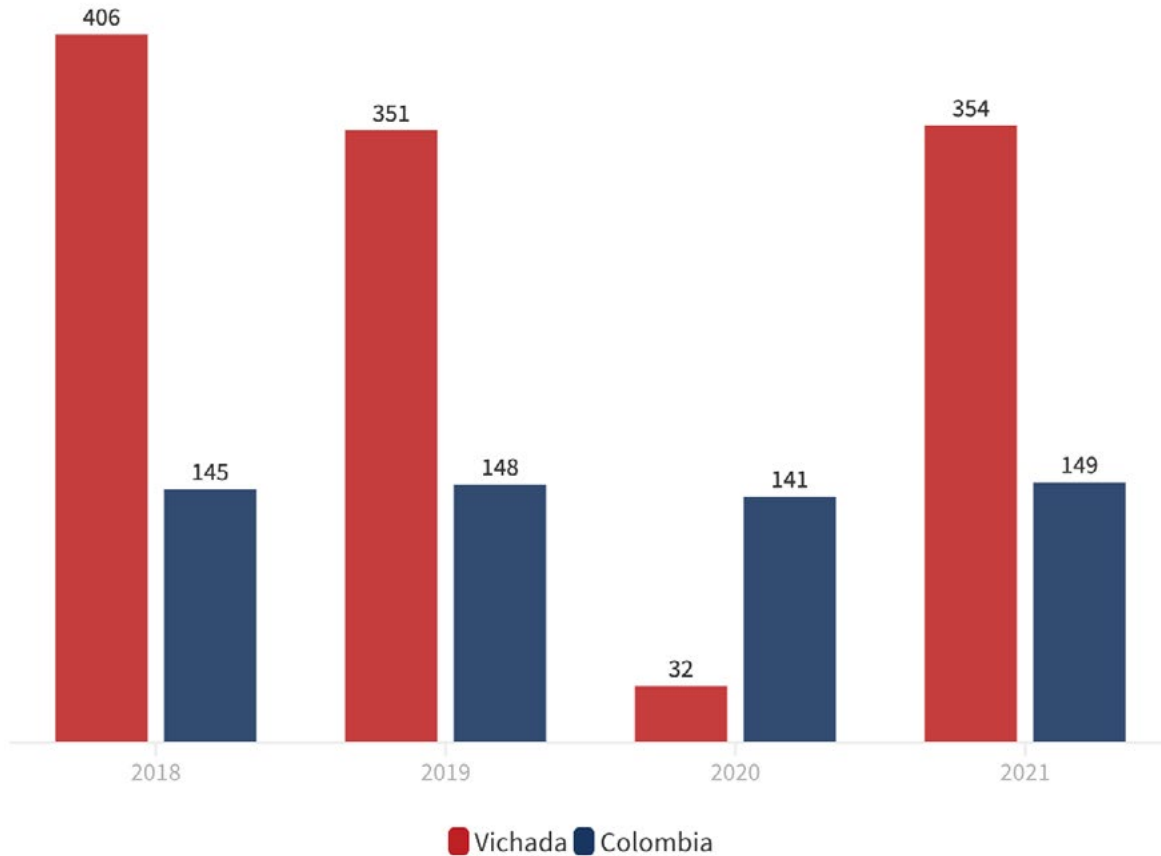


48
Casos en
Vichada

35,4
Razón de
mortalidad

Vichada presentó la **segunda** mayor razón de mortalidad del país, solo superado por Chocó

Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: [Instituto Nacional de Salud 2022](#)

2.1.5. Salud Mental

De acuerdo con lo mencionado por los actores clave entrevistados, aunque se han evidenciado muchas necesidades en salud mental, en el departamento de Vichada esto no es una prioridad, entre los problemas de salud mental más enunciados estuvieron:

- Depresión o trastornos depresivos, principalmente en población indígena, venezolana y mujeres embarazadas
- Trastornos del comportamiento
- Duelo migratorio
- Trastornos adaptativos por desplazamiento a otro país, en el caso de las personas migrantes
- Trastornos de ansiedad
- Choque emocional por el desplazamiento forzado transfronterizo
- Niñas y niños con discapacidad cognitiva
- Abuso de sustancias psicoactivas en población indígena y venezolana que se relaciona con problemas de salud mental

- Estrés postraumático como consecuencia de las agresiones sexuales en el marco de la movilidad humana (migración, retorno y desplazamiento).

...hay víctimas de desplazamiento forzado viviendo en las cabeceras municipales que se sienten sin tierras, desarraigadas y sin posibilidades de trabajar y mantener su cultura...”

funcionario del CRIVI

Se mencionó que no hay una buena atención por parte de las instituciones locales para temas de salud mental, los hospitales no cuentan con servicios de psiquiatría y el hospital de Puerto Carreño está desbordado, no se hacen seguimientos y solo cuenta con dos psicólogas para toda la población afiliada.

Desde la cooperación se ofrecen servicios de primeros auxilios psicológicos, se destacó principalmente la labor de OIM, Pastoral social, y CID. La OIM tiene un convenio con el Hospital Mental de Antioquia en el que de manera virtual se brinda tratamiento y seguimiento a población no afiliada en articulación con una psicóloga y una enfermera. Además, algunas personas manifestaron que el tema de salud mental solo se está manejando desde Puerto Carreño y que los demás municipios del departamento también tienen muchas necesidades en este tema.

...OPS hizo una capacitación a líderes y personas de la comunidad en primeros auxilios psicológicos...en Aceitico, Puerto murillo y La Venturosa se identificaron alrededor de 10 líderes, se llevaron a Puerto Carreño y se les capacitó en primeros auxilios psicológicos, orientación de que se debe hacer en caso de...se les dieron botiquines de primeros auxilios...”

funcionaria de la Secretaría de Salud

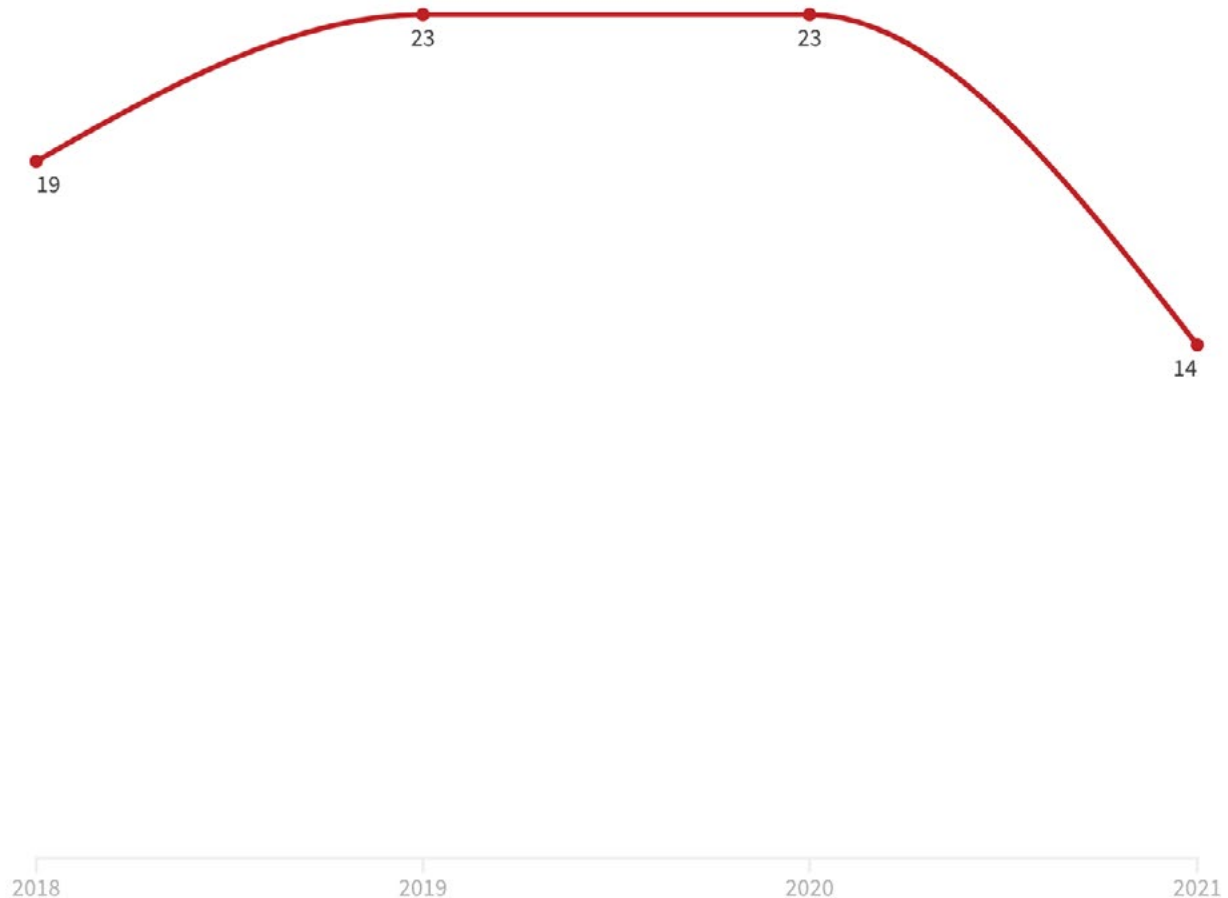
Se destacó principalmente la labor de OIM, Pastoral social, y CID

OIM apoya la identificación de casos de salud mental a nivel de comunidad, realiza talleres con la comunidad y casa a casa y cuenta con una dupla conformada por una psicóloga y una enfermera que apoyan en la identificación de casos y articulan con las entidades locales para la recepción de casos diagnosticados, hacen articulación con comisaria de familia para los casos de VBG, además del convenio con el hospital mental de Antioquia.

Pastoral Social cuenta con una psicóloga que presta primeros auxilios psicológicos, hacen acompañamiento psicosocial de emergencia, articulan con el ICBF para los casos de menores y también apoyan los casos de VBG.

CID cuenta con un proyecto que hace gestión de casos de salud mental a población migrante con un acompañamiento durante seis sesiones con la psicóloga clínica, pero es un proyecto que está próximo a terminar y es una preocupación constante de las organizaciones que cuando terminan los proyectos, la población más vulnerada deja de tener estos beneficios.

Intentos de suicidio en el Vichada



Fuente: Instituto Nacional de Salud 2022

En el tema de la población indígena nacional y binacional las personas entrevistadas refieren que se han evidenciado necesidades en salud mental, especialmente en niñas y niños, y casos de suicidios y consumo de sustancias psicoactivas que no reciben atención requerida. Además, no confían en la atención psicosocial occidental, prefieren atención con la medicina tradicional y esto puede estar relacionado con el subregistro de esos casos.

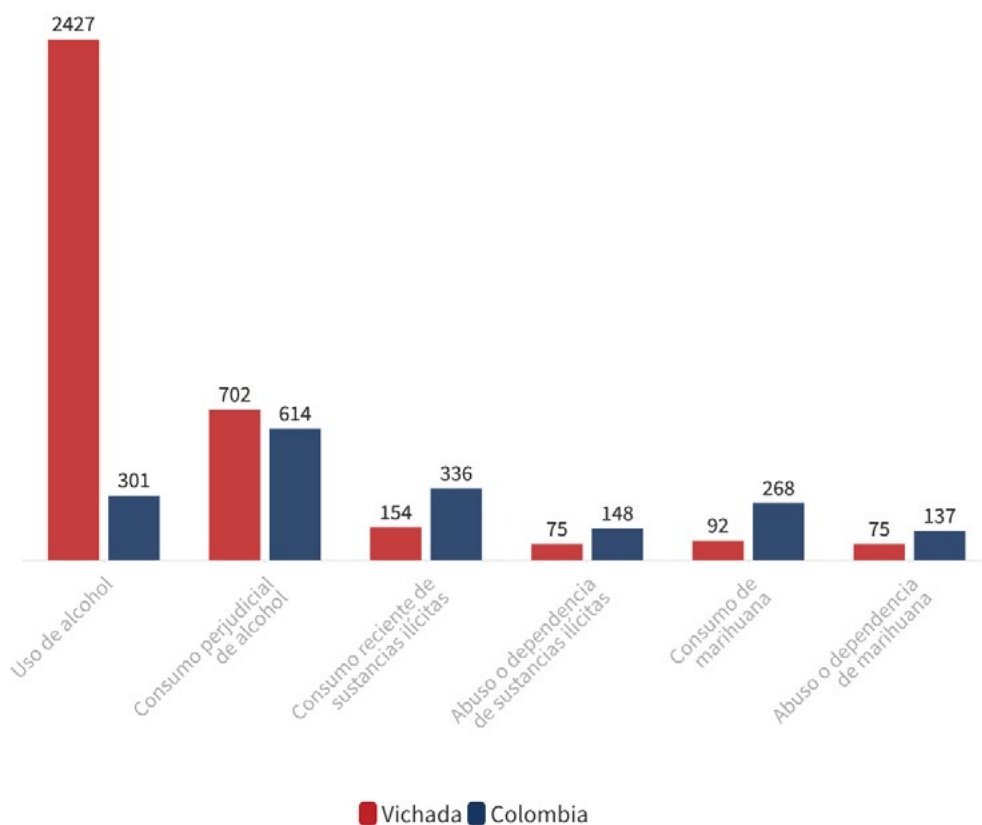


...no se conocen casi estos casos... en las comunidades las personas dicen que hay maldad y brujería, pero no hay atención psicológica porque no creen en esto, tampoco llega suficiente atención psicosocial... en algunas comunidades no aceptan estas atenciones y prefieren la atención con la medicina tradicional..."

funcionario del CRIVI



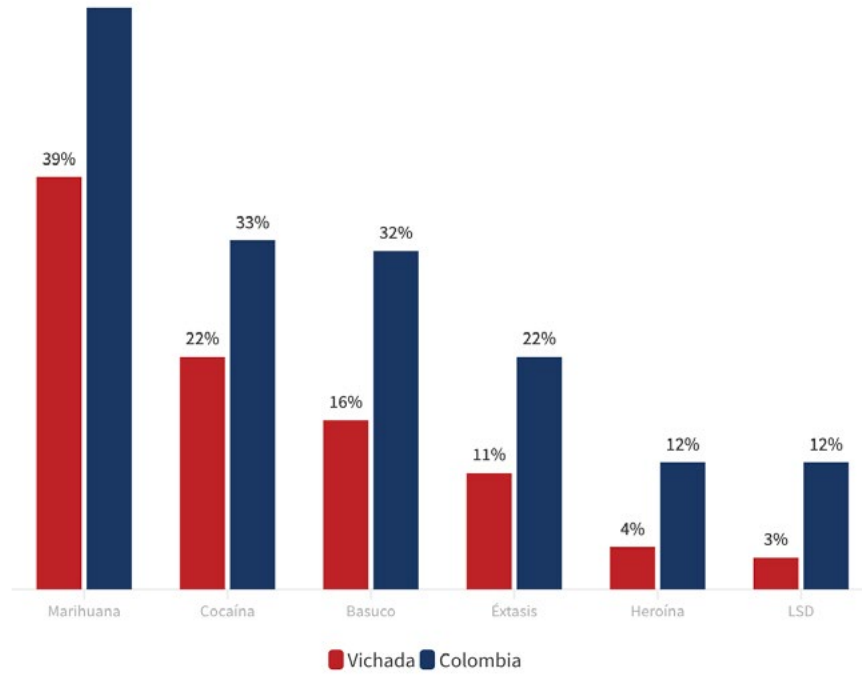
Consumo de sustancias psicoactivas en 2019



Fuente: MinJusticia 2019



Proporción de población que indica que es fácil acceder a de sustancias psicoactivas en 2019

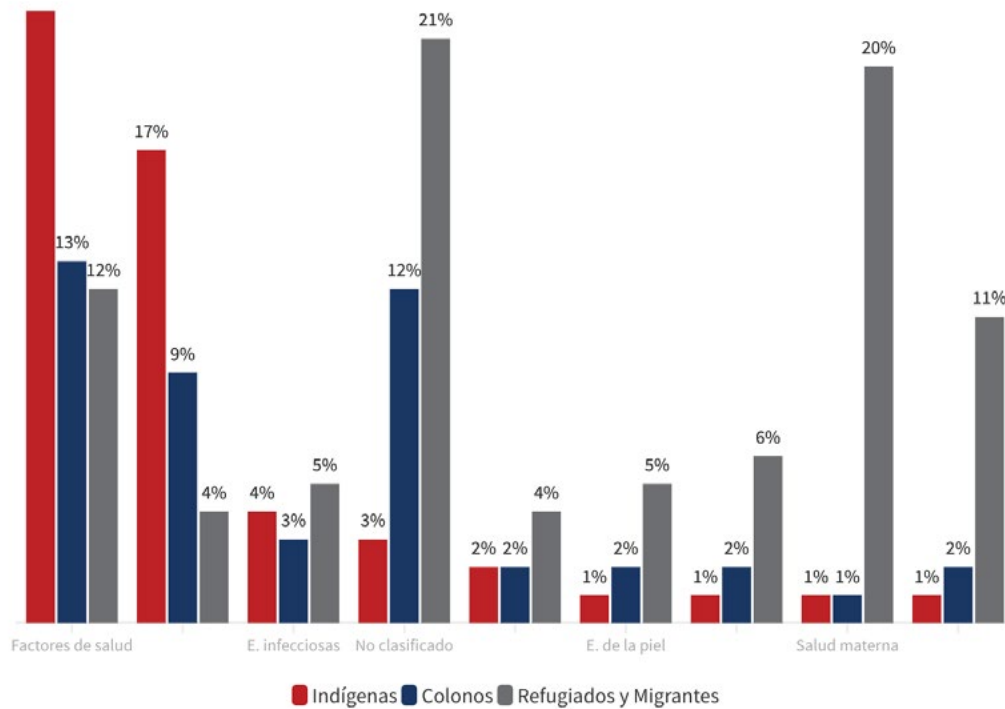


Fuente: MinJusticia 2019

2.1.6. Principales problemas de salud de la población

Atenciones en salud por tipo de población

*E. corresponde a Enfermedades



Fuente: Bodega de datos de SISPRO 2022

Entre los principales problemas de salud de la población adulta, las personas entrevistadas identificaron las siguientes:

- Diabetes
- Asma
- Hipertensión
- Enfermedades transmitidas por vectores como malaria y dengue con signos de alarma (aumenta en temporadas de invierno)
- Cáncer
- Alergias y enfermedades de la piel (es común en temporadas de lluvia cuando usan el agua de lluvia estancada para bañarse y es más común en población indígena)
- Infecciones gastrointestinales
- Infecciones en las vías urinarias
- Faringitis
- Tuberculosis (ha aumentado en población indígena y migrante)
- Problemas visuales (muchos derivados de problemas de base como Diabetes y no hay un tratamiento)
- Problemas de salud oral (la salud oral es crítica, no hay cobertura de servicios y la cooperación sólo ofrece atención final como la extracción de dientes)
- Gestantes en desnutrición
- Gestantes con bajo peso y anemia
- Gestantes con mala salud oral que puede estar relacionado con partos pretérmino y otras afectaciones en su embarazo
- Sífilis gestacional (más en población migrante)
- Mortalidad materna (más en población indígena)

- Problemas de salud mental
- Personas con discapacidades visibles (no hay una atención oportuna, no hay acceso a elementos de apoyo bimotores como sillas de ruedas y muletas)

Otras enfermedades o condiciones que afectan la salud, identificadas principalmente en las niñas y niños fueron:

- Enfermedades diarreicas (EDA) (aumento de casos en verano y están relacionados con el consumo de agua de los ríos, de lluvia)
- Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) (incrementadas en temporadas de lluvia y por las condiciones de las viviendas, hacinamiento, piso de tierra, no hay inodoros, cambuches y por cocinar con leña que aumentan el riesgo)
- Bajo peso al nacer
- Desnutrición en niños menores de 5 años (principalmente población colombiana e indígena)
- Anemia
- Problemas de salud oral
- Malaria
- Pediculosis
- Granos en la piel
- Parasitosis
- Pediculosis en población indígena
- Niños sin control de crecimiento y desarrollo
- Muerte en menores de 5 años por diarrea, condiciones respiratorias y desnutrición

...mala condición oral... problemas de salud oral... todos los niños tienen problemas de caries y tampoco la institucionalidad ofrece servicios odontológicos para ellos... no hay limpieza, profilaxis, hay problemas periodontales muy fuertes... se han remitido niños de urgencias con abscesos dentales..."

trabajadora humanitaria

Más del 50% de los niños atendidos tienen anemia..."

trabajadora humanitaria

...los servicios de optometría y oftalmología son necesarios, y no hay cobertura suficiente..."

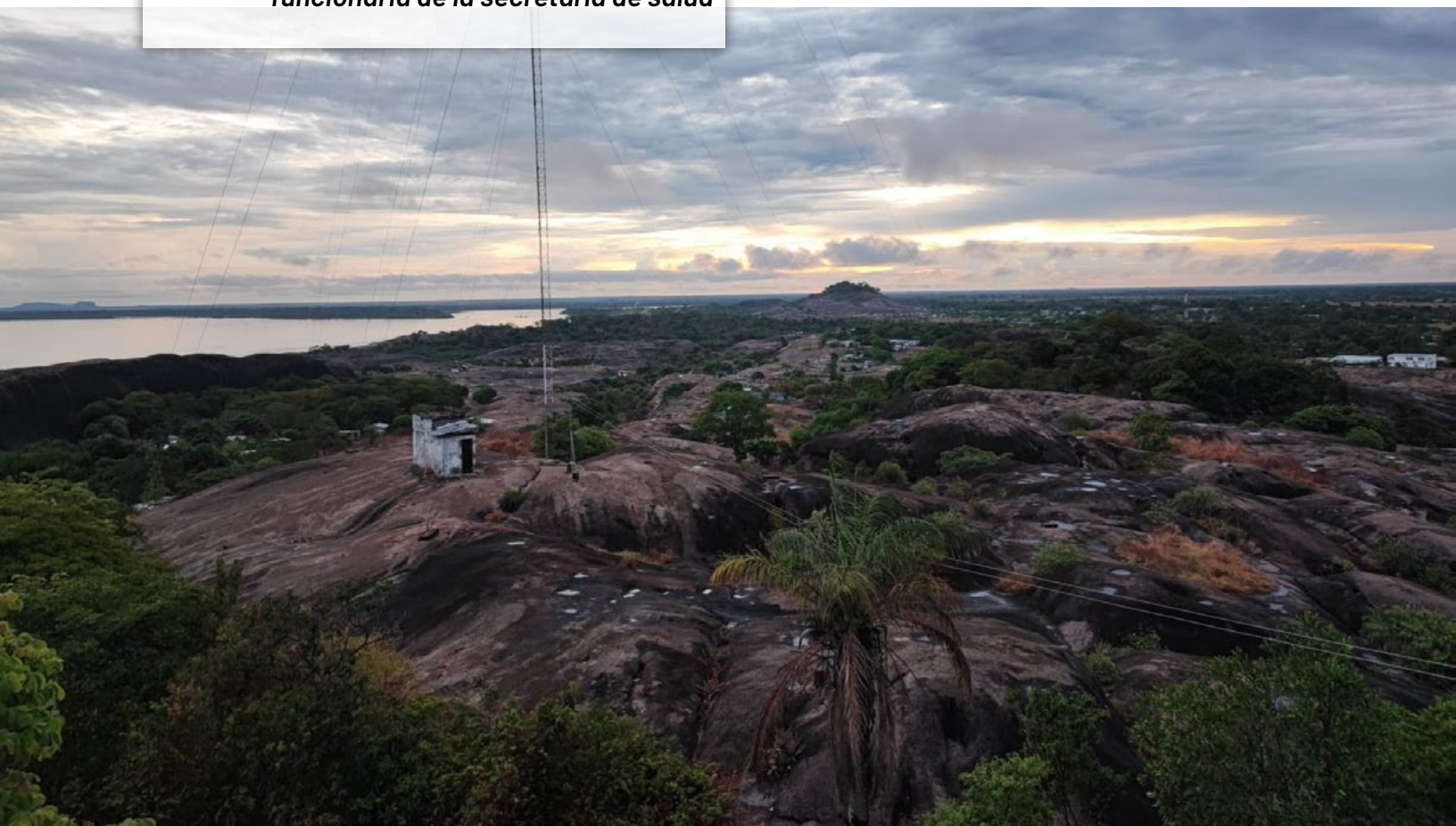
trabajadora humanitaria

...malaria es una condición endémica, hay alrededor de 2000 casos en el departamento y se aumentan con las temporadas de lluvia... sobre todo en zona rural"

funcionaria de la secretaría de salud

Entre los problemas o condiciones que más afectan la salud mencionados por los líderes indígenas y funcionarios del CRIVI estuvieron:

- Fiebre y diarrea por consumo de agua contaminada.
- Enfermedades en la piel por la humedad durante el invierno.
- Las comunidades que viven sobre las rocas cuentan con temperaturas extremas, hay mucha humedad y esto genera neumonía y bronquitis que son atendidas con medicina tradicional.
- Desnutrición: durante el verano la tierra es seca, el polvo afecta los pulmones y no hay agua potable
- Hay pozos sépticos al lado de los aljibes y riesgo de contaminación, muchos pozos están destapados y las comunidades no hierven ni tratan el agua de forma debida.
- No hay suficientes servicios de desparasitación
- Paludismo



2.2. BARRERAS Y RETOS PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

2.2.1. Barreras de acceso y dificultades logísticas para proveer servicios

2.2.1.1. Barreras geográficas

El Vichada es el segundo departamento más extenso de Colombia, con aproximadamente 106.000 km² y el sexto menos poblado con 115.778⁵ habitantes. Esto coloca al Vichada como el cuarto menos densamente poblado del país. Por otra parte, el departamento presenta la mayor tasa de ruralidad con el 76% y una de las proporciones de población indígena más altas del país con el 58%.

El Vichada limita al oriente con los Ríos Meta y Orinoco que constituyen una frontera internacional de más de 550 km con Venezuela (Estados de Apure y Amazonas), distancia equivalente a la existente entre Nueva York y Montreal o Madrid y Lisboa.

La red hidrográfica del departamento está conformada por los ríos Meta, Vichada, Guaviare y Tomo.



La condición fluvial de la frontera, su extensión y la presencia de pueblos indígenas binacionales que no reconocen la división territorial entre Colombia y Venezuela provocan que existan movimientos pendulares y migratorios no identificados en el territorio.

Estos aspectos ilustran por una parte la alta dispersión poblacional y por otra las dificultades para acceder a esta en el territorio.

Resalta que en la zona periurbana de Puerto Carreño están constituidos 23 asentamientos nuevos de población proveniente de Venezuela e indígena que han sido desplazadas por la violencia y que por conflictos en los resguardos ha sido expulsada de estos. Adicionalmente, existen asentamientos en las inspecciones de Puerto Murillo, Aceitico y La Venturosa. Varias de estas comunidades están asentadas sobre las escarpadas afloraciones rocosas que forman parte del Escudo Guyanés. En consecuencia, diversas comunidades se encuentran en entornos inaccesibles con medios móviles (ambulancia, vehículo, motos, etc.) y ante emergencias las personas afectadas deben ser trasladadas en camillas y a pie. Adicionalmente, estas afloraciones rocosas se encuentran próximas a ríos cuyo margen oscila entre el invierno y el verano, generando que el punto de acceso a agua de río se traslade cientos de metros desde y hacia donde están los asentamientos.

Preocupa que estos asentamientos experimentan cambios drásticos de temperatura por la alta conductividad térmica de las rocas sobre las que se encuentran. Por consiguiente, el calor absorbido por estas continúa emanando hasta después del atardecer cuando los vientos bajan de temperatura. Estas diferencias de temperatura provocan una humedad superior

5. según las proyecciones de población del DANE para 2022

en los cambuches de estas comunidades a la que se registra en otras zonas. Adicionalmente, durante la temporada de lluvias se generan charcos de agua estancada donde proliferan vectores y se pudre la materia vegetal existente.

- **Transporte intermunicipal y a las zonas rurales**

En otro orden de ideas, el Departamento cuenta con una malla vial escasamente desarrollada y con una alta prevalencia de vías terciarias de tierra. Esto limita el acceso al territorio, especialmente en temporadas de lluvias, y genera elevados costos de transporte.

Destaca que el transporte ida y vuelta desde Puerto Carreño hasta el Resguardo Caño Bachaco asciende a COP \$250.000 (USD \$66) en mototaxi y a COP \$500.000 (USD \$132) en vehículo particular, por 120 km de recorrido.

Según la Cruz Roja Colombiana, las distancias en el departamento son extremas y el costo de operar una unidad móvil es oneroso y prohibitivo para la institucionalidad. A esto se adiciona que durante las temporadas de lluvias (invierno) las vías se vuelven intransitables debido a que estas son de

tierra y porque existen zonas de inundación. En consecuencia, el trayecto desde Puerto Carreño hasta Santa Rosalía puede pasar de las 12 horas a dos días, y desde Puerto Carreño a Cumaribo puede elevarse de 20 horas a tres días.

Cabe resaltar que en el departamento hay 8 ambulancias básicas que son enviadas a las inspecciones y resguardos ante emergencias en salud. Sin embargo, debido a la baja cobertura de señal telefónica y que el 97% de la población no tiene acceso a internet, las comunidades enfrentan retos para solicitar este servicio, por lo cual es usual que estas se atiendan con medicina tradicional o realicen colectas para costear el traslado en moto hasta las cabeceras municipales. Estos hechos provocan que los pacientes lleguen a los centros de salud de forma tardía y con un estado avanzado en sus afecciones, a la vez que se subregistran los eventos de interés en vigilancia epidemiológica.

“Los indígenas van a la medicina occidental cuando la tradicional no funciona. Al hospital llegan ya en condiciones complicadas por eso, por las distancias y porque es muy costoso ir hasta allá.”

Lideresa Social Indígena

Departamento	Municipio	Prestadores	Sedes	Servicios	Camas	Salas	Ambulancias
Vichada	Puerto Carreño	20.00	20.00	90.00	35.00	8.00	3.00
Vichada	La Primavera	3.00	4.00	25.00	11.00	2.00	2.00
Vichada	Santa Rosalía	2.00	3.00	31.00	11.00	2.00	1.00
Vichada	Cumaribo	5.00	6.00	54.00	20.00	3.00	2.00
Totales:		30.00	33.00	200.00	77.00	15.00	8.00

Fuente: Registro Especial de Prestadores en Salud - Minsalud, Fecha de corte: mayo de 2021

Resalta que en el departamento no hay ambulancias fluviales y que el trayecto en lancha desde Puerto Carreño hasta Santa Rosalía tarda 2 días con un motor de mediano cilindraje. Sin embargo, durante el invierno esta opción es inviable por los riesgos de seguridad que supone la crecida de las afluentes hídricas y la presencia de Grupos Armados Organizados (GAO).

“Teniendo en cuenta todas estas barreras ellas prefieren tener sus hijos en la comunidad y es un riesgo grandísimo por las condiciones que tienen allá”

Trabajadora Humanitaria

Estas barreras provocan que las salidas extramurales y las brigadas de salud tarden aproximadamente 8 meses en llegar a una comunidad, y que los pacientes de Cumaribo viajen a Puerto Inírida (Guainía) para acceder al sistema de salud.

2.2.1.2. Barreras económicas

- **Contexto General**

El Vichada está categorizado como un departamento en desarrollo incipiente debido a su pequeña participación en el PIB Nacional, la baja especialización de su economía, su desconexión con los mercados nacional e internacional y la alta dispersión y ruralidad de su población⁶. Esto explica que los municipios del Vichada tengan un bajo recaudo fiscal, que dependan en un 80% de las transferencias del Gobierno Central y que sus recursos de libre inversión se utilicen

en un 62% en gastos de funcionamiento⁷. En consecuencia, los municipios de Puerto Carreño y Santa Rosalía se encuentran en riesgo fiscal, mientras que La Primavera y Cumaribo presentan un deterioro fiscal, según el Índice de Desempeño Fiscal Municipal del DNP⁸. Preocupa que en 2020 se redujo la holgura fiscal del 20% al 0.3%, lo que indica que los gobiernos locales y departamental no cuentan con recursos para hacer frente a imprevistos y realizar inversiones.

Aunado a esto, el Vichada es el segundo departamento con menor desempeño en la gestión pública y el que presenta el peor desempeño en el sistema de salud⁹.

- **Contexto del sistema de salud**

Este contexto explica por qué tanto la Secretaría Departamental de Salud como el Hospital Departamental San Juan de Dios expresan que cuentan con escasez de recursos financieros, personal, equipos e insumos.

A esta situación se adiciona una creciente demanda de servicios médicos, especialmente en la atención de partos a refugiadas, migrantes, retornadas de Venezuela e indígenas no afiliadas al sistema de salud. Según el Hospital Departamental, para 2021 el 70% de los partos atendidos corresponden a madres procedentes de Venezuela. Así mismo, según la Secretaría de Asuntos Indígenas, en Puerto Carreño hay más de 8.000 personas provenientes de Venezuela, de las cuales al menos 3.000 son indígenas de pueblos transnacionales.

6. Fuente: DNP, 2015

7. Fuente: Contaduría General de la Nación 2021

8. Fuente: DNP 2021

9. Fuente: DNP 2021

Las organizaciones entrevistadas destacan que el Hospital Departamental ofrece los servicios de urgencias a toda la población cuando estas logran acceder al sistema de salud, sin embargo, existe una serie de servicios no normados como urgencias para los cuales no se cuentan con recursos financieros. En consecuencia, las comunidades indígenas y las personas refugiadas, migrantes y retornadas de Venezuela expresan que la atención no es integral dado que no pueden acceder a exámenes de laboratorio y medicamentos.

Resalta que dada la baja densidad poblacional del Departamento, es inviable financieramente contar con servicios especializados. Por ello el Hospital Departamental es de segundo nivel y solo cuenta con servicios muy específicos de nivel 3 que fueron utilizados para hacer frente a la pandemia por la COVID-19. En consecuencia, toda atención de alta complejidad debe ser remitida a Villavicencio y Bogotá, donde se ofrecen el 9% y el 5% de las atenciones en salud provistas a residentes de Vichada¹⁰.

El Hospital Departamental también explicó que cuando se atiende a población afiliada se puede facturar los costos a las EPS. Sin embargo, con la población no afiliada, refugiada, migrante y retornada se solicita apoyo a las organizaciones humanitarias para que acompañen el proceso de afiliación cuando haya lugar, o se facturan a la OIM. No obstante, esta organización también cuenta con recursos limitados, por lo que cuando no puede financiar el servicio, este se factura a la Secretaría de Salud y el proceso escala al nivel nacional, por lo cual no existe un desembolso inmediato ni oportuno en estos casos. Lo cual

desborda la capacidad del Hospital para proveer los servicios.

En este contexto, todas las organizaciones entrevistadas reconocen el aporte de la Cooperación Internacional, destacándose los programas de Americares, Cruz Roja Colombiana y OIM por contar con convenios directos con el Hospital Departamental, la habilitación de este y la cesión de ciertos espacios en comodato.

El Hospital Departamental resalta que gracias a los recursos de los cooperantes se ha podido financiar brigadas extramurales a La Primavera y Santa Rosalía y fortalecer el Puesto de Salud de Casuarito, La Venturosa, Puerto Murillo y Aceitico. Así mismo, reconoce que la operación de los cooperantes descongestiona al hospital y que su apoyo en la provisión de equipos médicos e infraestructura en salud ha sido vital para la operación de este.

Sin embargo, los puestos de salud no están completamente equipados, carecen de personal y muchos de estos son inviables financieramente.

No obstante, las organizaciones humanitarias entrevistadas expresaron que sienten una delegación de responsabilidades en ellas que no pueden asumir, porque su actividad es complementaria con la de la institucionalidad y porque sus recursos financieros son limitados y volátiles en el tiempo. Preocupa que están finalizando los proyectos ejecutados por Acción Contra el Hambre, la Corporación Infancia y Desarrollo y la Cruz Roja Colombiana, y que existe incertidumbre sobre su continuidad y la forma de esta. Resalta que a la fecha de publicación de este

10. Fuente: Bodega de datos de SISPRO 2022

informe, no se cuentan con fondos multipropósitos destinados a financiar las atenciones prenatales, diagnósticos, asistencia funeraria, remisiones y medicamentos.

Por otra parte, la Unidad Operacional de la Secretaría de Salud no cuenta con recursos suficientes para contratar vehículos y vuelos para enviar las muestras de agua con las que se hace el análisis de calidad de esta. Así mismo, la unidad no cuenta con suficiente personal, talento humano especializado, insumos ni un espacio adecuado para el almacenamiento de los expedientes de Salud Ambiental, Zoonosis e Inocuidad de Alimentos. Así mismo, la carencia

de equipos digitales y capacitación al personal ha provocado que la gestión de la información se mantenga en médicos físicos (papel) lo cual dificulta su análisis y procesamiento.

Resalta que no hay vuelos directos entre Puerto Carreño y Cumaribo, ni recursos para contratar avionetas para cumplir con la recogida y análisis de las muestras de agua en menos de 24 horas, que son es el estándar por ley. En consecuencia, existen dificultades para consolidar los datos del IRCA y mantener un efectivo monitoreo de la calidad y riesgo de consumo de agua.

“Tuvimos el caso el año pasado del puesto de salud de Aceitico. Este duró como 8 meses sin enfermera, entonces es muy complejo, nosotros hemos hablado con las enfermeras y nos dicen: - yo quiero hacer - pero si no hay [insumos] como. Si no es una urgencia vital, no envían una ambulancia.”

Trabajadora humanitaria



2.2.1.3. Barreras organizacionales y normativas

- **Rutas de atención**

Las organizaciones entrevistadas expresan que existen deficiencias en la activación de las rutas de atención a Violencias Basadas en Género (VBG), especialmente en población refugiada, migrante e indígena, dado que existe una alta rotación de personal y los nuevos funcionarios desconocen tanto las rutas como sus particularidades.

En consecuencia, se estarían generando espacios de revictimización al remitir a una víctima entre diversas organizaciones. Lo cual también desincentiva la búsqueda de asistencia y apoyo en la institucionalidad.

Por otra parte, en los resguardos indígenas se manejan los casos de VBG de forma interna acorde a sus reglas de comportamiento internas. Esto provoca que en muchos casos las víctimas indígenas no accedan a las rutas de atención establecidas. Preocupa que en ocasiones se generan escenarios de revictimización como el matrimonio infantil o el trato público de los casos en las algunas comunidades.

- **Documentación**

Las organizaciones indican que es habitual encontrar a personas sin

documentos de identidad, especialmente en comunidades indígenas, debido a que la institucionalidad no llega a los territorios más alejados del centro urbano y porque es común que las personas pierdan sus pertenencias durante las inundaciones.

Según las organizaciones entrevistadas, algunas personas en condición de vulnerabilidad han manifestado que no han recibido documentación sobre su historia clínica en las IPS porque estas no cuentan con equipos ni papelería en el momento. Preocupa, que esta situación también habría ocurrido en algunos casos con los certificados de nacido vivo.

Adicionalmente, para registrar a un recién nacido la institucionalidad requiere la presencia de testigos con los que usualmente no cuentan las personas desplazadas, refugiadas, migrantes, retornadas e indígenas.

- **Gestión de la información**

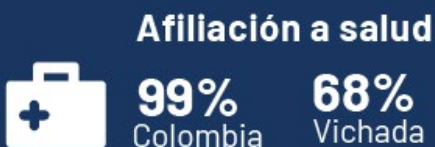
Las organizaciones entrevistadas también resaltan que existen deficiencias en la gestión de la historia clínica como consecuencia de la carencia de equipos, conectividad a internet y por la falta de documentación de la población. Por ello, realizar seguimiento a los pacientes y aplicar vacunas de refuerzo es particularmente complejo en el territorio.



“Es tanto que en las comunidades encontramos a los niños sin el papel del nacido vivo...”

Trabajadora Humanitaria

Vichada es el departamento con la menor cobertura en afiliación a salud



En otro orden de ideas, las EPS cumplen la normativa al organizar 2 salidas extramurales al año a las zonas rurales, pero las organizaciones entrevistadas indican que en estas solo se atiende población afiliada al sistema de salud, debido a la carencia de recursos para atender a la población no asegurada.

Las comunidades entrevistadas indican que estas realizan el proceso de afiliación al sistema, pero que durante las brigadas extramurales es habitual que las personas no aparezcan en las bases de datos, por lo cual se les restringe el acceso completo a los servicios de salud. Este hecho podría estar relacionado a las dificultades para el manejo de la información y la historia clínica antes expuestas.

El Hospital Departamental indica que ofrece la atención de urgencias a la población no asegurada. Sin embargo, resalta que existen atenciones complementarias que no están normadas como emergencias, por lo cual las personas solo pueden acceder a estos con el subsidio realizado por los cooperantes. En el caso de la población indígena binacional, las organizaciones realizan un acompañamiento para su afiliación, mientras que para las personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela se apoya la solicitud de la condición de refugiado(a) o el trámite del

Estatuto Temporal de Protección (ETPV). Adicionalmente, se cuenta con fondos para costear el acceso a servicios, medicamentos y exámenes, sin embargo estos son insuficientes para la demanda existente.

- **Tiempos de espera**

En el departamento existe una reducida cantidad de IPS y EPS, por eso las personas se enfrentan a largos tiempos de espera para acceder a servicios, lo cual desincentiva especialmente a las personas indígenas de acudir a las IPS.

“No hay una atención adecuada. Un indígena puede esperar 3 a 4 horas para ser atendido para que les digan que no es una urgencia y se les niegue el servicio o se les cobre por este”.

Líder Indígena



“La Nueva EPS solo se enfoca en población afiliada contributiva y subsidiada y tienen un alto volumen de demanda, por ello los tiempos de espera son largos, se colapsan los servicios de laboratorio y en general hay una alta presión en el sistema.” Funcionaria pública

• Remisiones

El Hospital Departamental solo cuenta con servicios de segundo nivel tales como: urgencias, consulta externa, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, anestesiología, línea de Trauma y Fisiatría, odontología, oftalmología, cirugía ambulatoria y hospitalización¹¹.

Por ende, para atenciones de alta complejidad y de medicina especializada se deben realizar remisiones fuera del departamento. Específicamente a Villavicencio y Bogotá, donde se ofrecen el 9% y el 5% de las atenciones en salud provistas a residentes de Vichada¹².

Según las organizaciones, estas remisiones se pueden demorar entre 4 y 6 meses en ser realizadas, tiempo durante el cual se deteriora la salud de los pacientes. Por otra parte, existen casos donde no se cubre el hospedaje, vestimenta y alimentación de las personas que acompañan a los pacientes, constituyéndose así escenarios de acción con daño.

• Vigilancia Epidemiológica

El sistema de vigilancia epidemiológica presenta serios retos debido a la carencia de personal capacitado, disponibilidad de vehículos, limitaciones de comunicación y barreras geográficas para acceder al

territorio. Aunado a esto, existen limitaciones para la digitalización, representación, reporte y análisis de los datos.

Por otra parte, las comunidades indígenas optan por tratar los eventos de interés epidemiológico con su medicina tradicional dadas las dificultades para acceder al sistema de salud. En consecuencia, existe un conocido subregistro de los datos reportados.



Fuente: Instituto Nacional de Salud 2022

“Existe una deficiencia en las remisiones, ya que la EPS no devuelve a los pacientes al municipio y si lo hacen no los devuelven a sus resguardos. No hay apoyo suficiente de albergue, alimentación y vestimenta de los acompañantes de las personas remitidas a Bogotá. Por eso, muchos indígenas le temen al sistema de salud y desconfían de él.”

Funcionaria Pública

11. Fuente: MinSalud 1990

12. Fuente: Bodega de datos de SISPRO 2022

- **Promotores de salud comunitaria**

Los promotores de salud entrevistados indican que por normativa interna de la Nueva EPS esta no les facilita medicamentos básicos sin una autorización médica. En consecuencia, ante una emergencia las comunidades deben comprar los medicamentos o esperar a que los pacientes sean atendidos en los centros de salud o en las ambulancias.

Los promotores entrevistados también indican que no tienen suficiente claridad sobre los procedimientos y protocolos para acceder a servicios de salud y expresan dificultades para comunicarse en español dado que esta no es su lengua materna y que no existe suficiente material orientativo en lenguas indígenas.

Adicionalmente, estos promotores sugieren que se les dote con equipos y planes móviles para realizar la vigilancia sindrómica dado que es habitual que

no cuenten con celulares apropiados ni minutos para realizar llamadas.

- **Articulación con líderes comunitarios**

Diversas organizaciones entrevistadas han identificado una apropiación de las infraestructuras e insumos donados en algunas comunidades por parte de sus capitanes y líderes, quienes administran y limitan su acceso. Esto ocurre especialmente con tanques de agua y filtros.

Se podría presumir que las EPS temen que exista un mal uso de los insumos si estas facilitan medicamentos directamente a las comunidades a través de promotores de salud y líderes sociales.

Por estos motivos, es necesario analizar las experiencias exitosas en la articulación de la atención humanitaria y en salud con las comunidades.



2.2.2. Retos en la comunicación

Enfoque étnico

Las organizaciones entrevistadas indican que no existe un verdadero enfoque étnico y diferencial en el territorio debido a que los actores en salud sólo cuentan con traductores de las lenguas indígenas más habladas.

La institucionalidad cree que tener un traductor de 2 lenguas indígenas es enfoque étnico, cuando realmente se necesita entender la cultura, interpretar y ofrecer una atención diferencial acorde con esta. En algunos pueblos las mujeres no se dejan atender por hombres y eso no se tiene en cuenta”.

Funcionaria Pública

Cuando los indígenas van al hospital los atienden, allá tienen traductores pero esos no hablan todas las lenguas o no conocen bien la cultura, entonces no orientan tan bien a los paisanos. Allá solo tienen personas que hablan las lenguas más habladas, pero hay muchas más”

Líder Indígena

También indican que hay una desconexión y falta de diálogo entre la medicina occidental y la tradicional indígena. Por esto las comunidades indígenas sienten un menosprecio por sus saberes ancestrales y en ocasiones son reticentes a aceptar y adherirse a los métodos de la medicina occidental. Así mismo, identifican que existe un desconocimiento en la institucionalidad y los prestadores de servicios de salud del enfoque étnico y cómo tratar con los pueblos indígenas del Vichada y aquellos transnacionales y procedentes de Venezuela.

“Nueva EPS es la única IPS del Municipio de Puerto Carreño. En Cumaribo está Mayamás. Mayamás es buena, tiene un enfoque étnico pero este es de Nariño y no está tan adaptado a los pueblos del Vichada”.

Líder Indígena

“Hay dos nuevos pueblos en el territorio: los Warekena y Carrupanes. No hay piezas comunicacionales en sus lenguas, ni un enfoque étnico que los atienda”

Funcionario Público

Por otra parte, las comunidades indígenas expresan que hay dificultades para comunicar a la EPS las necesidades en salud que tienen dado que desconocen la terminología médica, hay barreras de conectividad y el español no es la lengua materna de muchas personas.

Xenofobia, prejuicios y acceso al sistema de salud

Las organizaciones entrevistadas indican que reciben quejas por parte de refugiados y migrantes sobre el sistema de salud, dado que sienten discriminación y un trato descortés en el sistema de salud. Ante esto, la institucionalidad indica que las personas refugiadas y migrantes desconocen el sistema de salud colombiano, la forma de acceder a los servicios y el modo en el cual se priorizan las atenciones, por lo cual pueden existir malentendidos que sean interpretados como discriminación y xenofobia.

Sin embargo, tanto las organizaciones humanitarias como la institucionalidad reconocen la necesidad de sensibilizar al personal médico y sanitario para promover una atención humana y de calidad, así como un trato acorde con las particularidades culturales de las poblaciones que residen en el Vichada.



En el sistema de salud falta tacto para comunicarse con las personas indígenas y más sensibilidad étnica. Esto genera que las personas sientan discriminación, xenofobia y rechazo, por lo cual desconfían del sistema”

Trabajadora humanitaria

Por otra parte, se ha identificado que hay hombres que solicitan métodos anticonceptivos y que muestran disposición a utilizarlos. Sin embargo, existe un prejuicio sobre el rechazo de estos métodos en hombres, cuando en muchos casos lo que prima es el desconocimiento.

Rutas de atención

Tanto la población refugiada y migrante, como las comunidades indígenas desconocen las rutas de atención en el sistema de salud, así como los tiempos de espera de estos. En consecuencia, es habitual que algunas personas desistan de su intento de obtener atención médica y opten por atenderse con medicina tradicional y remedios caseros.

Ante esto, es necesario un esfuerzo adicional en la socialización de las rutas de atención en el personal médico, promotores de salud y en la población en general, priorizando las piezas

comunicacionales en todas las lenguas indígenas.

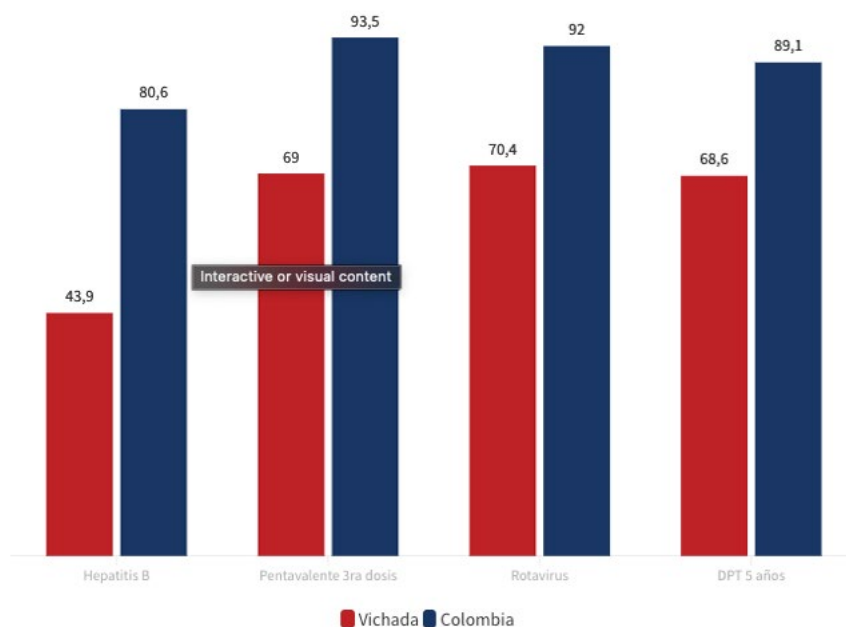
Resalta que en el Vichada hay al menos 11 pueblos, en su mayoría transnacionales y que recientemente han llegado 2 pueblos indígenas netamente venezolanos. Adicionalmente, la tasa de analfabetismo y las dificultades para entender el español son significativas, por lo cual se deben priorizar las herramientas de comunicación audiovisual.

Vacunación

Las organizaciones y comunidades entrevistadas reconocen el esfuerzo de la institucionalidad en la vacunación del PAI y la COVID-19, así como de los caninos y felinos contra la rabia.

No obstante, algunas comunidades indígenas están rechazando todo tipo de vacunas debido a que en las brigadas extramurales se combinó la vacunación contra COVID-19 y las enfermedades del PAI. En consecuencia, algunas comunidades sospechan que se las podría vacunar contra la COVID-19 sin su consentimiento. Preocupa que persistan en el territorio creencias y mitos sobre la seguridad de las vacunas contra COVID-19.

Cobertura de vacunación



Temor por la separación familiar

Algunas personas refugiadas migrantes, retornadas e indígenas prefieren evitar los servicios de salud por temor a las remisiones a Villavicencio y Bogotá. Esto porque pueden ser separadas de su comunidad y acompañantes, quienes no tienen asegurado albergue, alimentación, vestimenta y retorno a sus lugares de origen.

Medios de comunicación

En diversos municipios y territorios no hay cobertura telefónica, por lo cual los equipos de epidemiólogos y los puestos de salud quedan incomunicados cuando están en estos, por lo cual no pueden comunicar oportunamente las emergencias que identifican.

Por estos inconvenientes, anteriormente se utilizaban radios, pero estos eran robados por GAO. En consecuencia, no hay una alternativa de comunicación efectiva en la actualidad.

Preocupa que hay partos atendidos por parteras en las comunidades, y estos no son reportados, especialmente si están en zonas rurales dispersas sin la supervisión de un cabildo.

2.2.3. Retos para la articulación multisectorial

Tanto las organizaciones humanitarias como la institucionalidad reconocen que se ha estrechado la comunicación y colaboración entre estas en los últimos años. Sin embargo, las organizaciones humanitarias sienten que la institucionalidad está delegando la responsabilidad de atender a las personas en condición de vulnerabilidad en estas, cuando su acción es simplemente complementaria.

Por esta razón, las organizaciones del Equipo Humanitario Local consideran oportuno una mayor sensibilización y capacitación de la institucionalidad sobre el alcance de la cooperación humanitaria y sus limitaciones en términos de responsabilidad.

Esta dificultad se encuentra mediada por la alta rotación de personal en el territorio y el quiebre de los procesos a causa de este fenómeno. Hecho que afecta la continuidad de las soluciones acordadas en la Mesa de Salud.

Las organizaciones y las instituciones entrevistadas reconocen que la articulación ha mejorado y que la confianza ha aumentado entre estas, mejorando así el flujo de datos e información, especialmente en la gestión de casos y emergencias. No obstante, se mantiene el reto de descentralizar los servicios y ofrecerlos en las inspecciones y resguardos.

Por otra parte, resalta que no existe una articulación entre la medicina occidental y la medicina tradicional, así como un desconocimiento del Equipo Humanitario Local de las Asociaciones Indígenas y Cabildos constituidos. En consecuencia, las necesidades de estas poblaciones sufren el riesgo de ser invisibilizadas. No obstante, destaca que la Cruz Roja Colombiana ha establecido contacto con las autoridades indígenas para ingresar a sus territorios y que en la actualidad reciben solicitudes de atención de forma directa.

2.2.4. Retos para la salud

Existen diversos determinantes externos que afectan la salud de la población, entre estos se encuentran:

- Carencia de sistema de alcantarillado
- Carencia de agua potable
- Territorios con alto riesgo de inundación
- Zonas de alto riesgo de desastres
- Pobreza extrema
- Hacinamiento
- Pobres esquemas nutricionales y malos hábitos alimenticios

- Alcohol y consumo de sustancias psicoactivas
- Servicios de Cirugía es deficiente
- Entrega de medicamentos deficiente
- Insuficiencia de albergues

2.2.5. Estrategias, programas o acciones exitosas en salud

La OIM tiene un convenio con el Hospital Departamental mediante el cual financian la atención a personas refugiadas, migrantes, retornadas y no afiliadas al sistema de salud. Lo cual permite que el Hospital cuente con recursos de forma oportuna para continuar con su operación. Por otra parte, la organización facilita servicios psicológicos y psiquiátricos en alianza con la Universidad de Antioquia.

La Cruz Roja Colombiana (CRC) opera con habilitación del Hospital Departamental en un puesto de salud en Casuarito y con una unidad móvil en el territorio. Destaca que la CRC atiende a toda la población independiente de su afiliación al sistema de salud y que esta mantiene contacto con las autoridades indígenas quienes aprueban y solicitan su ingreso a sus territorios. Sin embargo, a la fecha de publicación del informe existía incertidumbre sobre la continuidad del proyecto y su alcance.

La Pastoral Social cuenta con una psicóloga que presta primeros auxilios psicológicos, hacen acompañamiento psicosocial de emergencia, articulan con el ICBF para los casos de menores y también apoyan los casos de VBG. Resalta que se cuenta con un albergue para acoger a población en situación de vulnerabilidad. Por otra parte, la organización ofrece acompañamiento jurídico para gestionar la afiliación al sistema de salud, la solicitud de la condición de refugiado(a) y el trámite del Estatuto Temporal de Protección (ETPV).

La CID ha realizado sensibilización sobre salud sexual y reproductiva y facilitó métodos de planificación de corta duración, así como atención en controles prenatales que incluyen la toma de exámenes de laboratorio y entrega de micronutrientes y ecografías. Así mismo, financió atenciones mediante un fondo de emergencia que cubre citas médicas, exámenes y medicamentos. Por otra parte, la organización contaba con un equipo de gestión de casos en salud mental con sesiones de psicología clínica enfocado en población refugiada y migrante, y no afiliada al sistema de salud. No obstante, a la fecha de publicación de este informe el proyecto había finalizado y existía incertidumbre sobre la continuidad del proyecto..

Acción Contra el Hambre ofrece atención médico-nutricional a niños, niñas y adolescentes, así como sesiones de sensibilización sobre alimentación saludable y al lactante. Así mismo, proveen formación en salud sexual y reproductiva, y apoyo psicosocial. No obstante, a la fecha de publicación de este informe el proyecto había finalizado.

CISP ha apoyado la rehabilitación y fortalecimiento de los centros de salud en el Departamento, a la vez que ofrece acceso a servicios médicos por medio de telemedicina y atención primaria que incluye atención psicosocial a la población en general, como un elemento fundamental para la dignificación del proyecto de vida de las personas refugiadas y migrantes, víctimas del conflicto armado, VBG, entre otras. Este acompañamiento se complementa con la entrega de asistencias humanitarias identificadas en el proceso Psicosocial en conjunto con la familia.

Americares facilita atención médica general, psicosocial y acceso a medicamentos, destacándose la atención a gestantes, a las cuales se le ofrecen controles prenatales, exámenes de laboratorio y ecografías, lo cual libera capacidad en el Hospital Departamental.

La OPS ha realizado capacitación al personal sanitario y fortalecimiento técnico de capacidades en temas de misión médica, vigilancia epidemiológica, control de enfermedades, acción en emergencias y atención humanitaria en crisis. Así mismo ha facilitado equipos e insumos médicos al Hospital Departamental.

La Secretaría de Salud de Vichada expidió la Resolución No.090 en el 27 de agosto de 2021 - "Por medio de la cual se crea la Mesa de Salud y Migración de Vichada", en ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por la Ley 715 de 2001, en concordancia con el CONPES 3603 de 2009 y la Circular 025 de 2017 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta mesa cuenta con cuatro sub-mesas:

1. **Submesa:** Niños, niñas y adolescentes (NNA) y Nutrición.
2. **Submesa:** Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.
3. **Submesa:** Salud Mental.
4. **Submesa:** Salud ambiental -ETV (Enfermedades transmitidas por vectores).

Estas articulan las acciones en salud entre la institucionalidad y la cooperación internacional, con la coordinación de la referente de Vigilancia y Control Sanitario - Sanidad Portuaria - Emergencias y Desastres y un delegado de la OPS/OMS. De acuerdo con las organizaciones entrevistadas, la conformación de la mesa de salud mejoró la relación entre estas y la institucionalidad.

En la Mesa de Salud existe un grupo de gestión de casos y un portafolio de servicios que facilita la remisión y articulación de

las atenciones entre los cooperantes y la institucionalidad. Destaca que existe una estrecha articulación con el Albergue de la Pastoral Social y que la OIM financia exámenes y otras atenciones no catalogadas como servicios de urgencias.

Hay un proyecto para la renovación del **Hospital Departamental**, donde se tiene planeado ampliar la infraestructura de cuidados intensivos. **EI ACNUR** apoyará este fortalecimiento de capacidades.

El programa de vacunación contra la COVID-19 y el PAI se han articulado en el territorio, permitiendo llegar a las zonas de más difícil acceso del departamento.

Así mismo, se unificaron las etapas de vacunación contra la COVID-19, lo que permitió alcanzar el 70% de cobertura completa en Santa Rosalía y Puerto Carreño para el 6 de mayo de 2022¹⁴. No obstante, el departamento presenta una cobertura total del 30,8% debido a la baja cobertura en municipios como Cumaribo y La Primavera¹⁵. Resalta que OPS suministró 5.652 y 3.205 vacunas en Puerto Carreño y Cumaribo, mientras que OIM apoyó la inmunización de la población refugiada y migrante procedente de Venezuela¹⁶.

Se realizó una socialización de las rutas de atención a personas refugiadas y migrantes con ACNUR, NRC y La Corporación Infancia y Desarrollo (CID) con la institucionalidad.

13. Fuente: MinSalud 09/07/2021

14. Fuente: MinSalud 10/05/2022

15. Fuente: MinSalud 06/05/2022

16. Fuente: ReliefWeb 02/05/2022



2.3. NECESIDADES EN ASISTENCIA TÉCNICA Y RECURSOS

Comunidades

- Las comunidades rurales, periurbanas y los resguardos requieren botiquines e insumos básicos para realizar las acciones de primeros auxilios ante emergencias.
- Capacitación sobre las rutas y protocolos para acceder a servicios de salud.
- Apoyo con capacitaciones e insumos a médicos tradicionales y parteras.
- Dotación de insumos para prevenir enfermedades transmitidas por vectores, tales como toldillos y repelentes.
- Dotación de equipos de protección personal e insumos de higiene.
- Educación y sensibilización sobre nutrición y alimentación para prevenir la malnutrición y desnutrición en menores de 5 años.
- Capacitaciones sobre vigilancia sindrómica y el riesgo de las enfermedades transmitidas por vectores.
- Educación sobre el Sistema de Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y la legislación indígena vigente.
- Orientación sobre los mecanismos para gestionar recursos para la realización de obras de infraestructura en agua, saneamiento e higiene.
- Orientación sobre el Estatuto Temporal de Protección (ETPV) y la ruta para la afiliación al sistema de salud de la población refugiada, migrante y retornada de Venezuela.
- Apoyo a las personas promotoras de salud con equipos móviles y planes de datos para comunicar y reportar las necesidades en salud de la población.

Organizaciones humanitarias

- Apoyo para sensibilizar a la institucionalidad sobre el alcance y las limitaciones de la cooperación internacional
- Acompañamiento para coordinar con la Institucionalidad la operación del albergue existente y para gestionar la habilitación de otros nuevos.
- Capacitación sobre la atención con enfoque étnico en salud y sobre la cultura de las etnias indígenas presentes en el territorio.
- Capacitaciones sobre los estándares de la atención humanitaria y el manual Esfera.
- Acompañamiento para articular la respuesta con las organizaciones indígenas del departamento.
- Apoyo en la gestión y captación de recursos financieros por parte de donantes internacionales.
- Fortalecimiento de la mesa de salud en captura de información, evaluación de necesidades, diseño muestral y cartografía.
- Se requiere apoyo para realizar evaluaciones en otros municipios como Cumaribo.
- Acompañamiento de la gestión de información del Equipo Humanitario Local (EHL).
- Generar espacios de apoyo y cuidado a los y las trabajadoras humanitarias, debido a los altos niveles de estrés laboral que supone la operación en emergencias.

Institucionalidad

- Asistencia técnica para georreferenciar datos y digitalizar la

información.

- Capacitación en manejo de información y adopción de herramientas digitales offline.
- Apoyo en la identificación de alertas tempranas y la elaboración de análisis de salud pública.
- Capacitación sobre la atención con enfoque étnico en salud y sobre la cultura de las etnias indígenas presentes en el territorio.
- Capacitación constante sobre la normativa vigente para la atención en salud y orientación en la gestión de casos.
- Apoyo y acompañamiento en la elaboración de planes de contingencia ante emergencias.
- Socialización de las rutas de atención y fortalecimiento de estas.
- Apoyo para gestionar acceso a lentes y equipos de apoyo biomotor tales como sillas de ruedas, bastones y muletas.
- Apoyo para capacitar a las comunidades en vigilancia sindrómica.
- Apoyo para financiar brigadas extramurales y para atender a la población no asegurada.
- Fortalecimiento de la mesa de salud en captura de información, evaluación de necesidades, diseño muestral y cartografía.
- Se requiere apoyo para realizar evaluaciones en otros municipios como Cumaribo.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional a través de personal, equipos, herramientas tecnológicas y recursos financieros.

2.4. DOBLES, TRIPLES AFECTACIONES Y NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN PROCEDENTE DE VENEZUELA (RETORNADA, REFUGIADA, MIGRANTE Y BINACIONAL)

Las afectaciones relacionadas con desplazamiento forzado, conflicto armado, desastres naturales y en general, las dificultades socioeconómicas y geográficas que tiene el departamento de Vichada, ubica a la población refugiada y migrante

venezolana en escenarios de doble y triple afectación, ya que esta población no solo debe enfrentar los obstáculos per se de ser refugiada y migrante sino que se han visto también afectadas por inundaciones, sequías, desplazamiento forzado y acceso limitado a servicios públicos, lo que a su vez pone en riesgo su salud.

En el departamento del Vichada, según el último reporte de migración Colombia con corte a agosto 2021, 4738 personas refugiadas y migrantes venezolanas.



2.4.1. Población indígena procedente de Venezuela y problemas de salud

De acuerdo con lo comentado por un funcionario de la secretaría de asuntos indígenas, en Vichada hay al menos 8.000 personas procedentes de Venezuela[1], de las que al menos 3.000 son indígenas. En Vichada hay presencia de Sikuaní-Jiwi, Amorúa, Sáliba, Piapoco, Piaroa, Amorua, Puinabe, Curripaco y Cubeo. Se han identificado dos pueblos nuevos en el Vichada, los Warequena y los Carrupanes, quienes no se han podido ubicar en un lugar fijo del departamento.

Un funcionario del CRIVI indicó que no se les debe adjudicar una única nacionalidad porque son binacionales y no reconocen las fronteras existentes "...sienten que cuando hablan de "venezolanos" hablan de los "blancos" y se les excluye...". Los Pueblos Sikuaní y Amorua están formalmente denominados binacionales[2].

No se puede hablar de indígenas venezolanos o colombianos porque esas fronteras las pusieron los blancos, somos de ambos lados, hay familias que tienen papeles colombianos o venezolanos o de ningún lado"

Funcionario del CRIVI

...las personas indígenas que retornan o migran a Colombia no son recibidas en los resguardos porque algunas de sus costumbres son mal vistas. Tales son los casos del trabajo como recicladores, el consumo de bóxer y el desconocimiento de las dinámicas propias de los resguardos..."

funcionaria de la secretaría de salud

Existe preocupación por los indígenas binacionales en los asentamientos periurbanos porque no viven en condiciones óptimas, y en palabras de las personas entrevistadas "no tienen modos para desarrollar su cultura" y muchas veces no son recibidas en los resguardos porque sus costumbres chocan con las del resguardo al que llegan.

...la mayoría de los pueblos indígenas en el Vichada son binacionales o transitan a ambos lados de la frontera. Pero hubo muchos que salieron de sus resguardos en Colombia por la Violencia y se fueron a Venezuela. Estando allá vivieron en pueblos y formaron familias con otros indígenas. Por la situación han retornado a sus antiguos resguardos, pero de ahí son expulsados porque llegan sin su cultura, sin saber cómo es la vida en un resguardo, sin aceptar las normas de ahí, a veces con malos hábitos como el consumo de sustancias. También en los resguardos indígenas no hay suficientes recursos para atender a una población creciente que llega..."

Funcionario del CRIVI

Los lugares en los que por lo general se asienta la población indígena binacional, no cuentan con un sistema de alcantarillado, no hay acceso a agua potable, lo que afecta directamente las condiciones de salud de esta. En cuanto a las condiciones de higiene y saneamiento, no hay un buen manejo de excretas, se ha evidenciado defecación a campo abierto y contaminación de los aljibes (cisternas para almacenamiento de agua) y las instituciones lo relacionan con el aumento de casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

En temporadas de lluvia y por las condiciones de las viviendas, hacinamiento, piso de tierra, no hay inodoros, cambuches y por cocinar con leña que aumentan el riesgo también se aumenta el riesgo de esta población de contraer Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), especialmente en las niñas y niños indígenas.

Las personas indígenas expresan sentir discriminación en el sistema de salud y se ha detectado desde las instituciones, que en ocasiones omiten la documentación colombiana para acceder a servicios con la cooperación internacional.

No hay un enfoque diferencial para atender la población indígena. Hay muy pocas campañas y piezas gráficas en salud que se encuentren en los idiomas nativos de población indígena retornada.

2.4.2. Desastres naturales y afectaciones en salud

Durante el año, el departamento tiene épocas de mucha lluvia (ola invernal) y épocas de mucha sequía (verano) que afectan considerablemente las condiciones de vida de la población.

Durante la “ola invernal” se generan inundaciones y esto hace que el hábitat cambie y la población se movilice a otros municipios del departamento con menor riesgo de inundación. Sumado a esto, según lo reportado por las instituciones, durante la “ola invernal” se aumenta la transmisibilidad por vectores y, por consiguiente, los casos por dengue y malaria.

Durante el verano se intensifican las enfermedades respiratorias como las infecciones respiratorias agudas (IRA) y debido a las condiciones del suelo del territorio y el limitado acceso a medios de vida, los esquemas nutricionales de la población sobre pobres y existen altas tasas de malnutrición y desnutrición.

2.4.3. Conflicto armado y desplazamiento masivo de población venezolana refugiada y migrante y población indígena binacional

Desde el año 2018 el departamento del Vichada, por ser zona de frontera con Venezuela, ha sido receptor, principalmente, de población venezolana con vocación de permanencia y pendular por la búsqueda de servicios de salud, entre otras necesidades. A inicios de este año (2022) se presentó una emergencia por desplazamientos masivos por conflicto armado de personas refugiadas y migrantes venezolanas. En estos desplazamientos, las personas entrevistadas han identificado que son, en su mayoría, población indígena de nacionalidad venezolana.

...estamos sufriendo el flujo migratorio, Cumaribo es uno de los territorios con los problemas más graves en salud pública... solo hay un hospital, hay mucha zona rural... y está recibiendo gran parte de la población venezolana que se ha asentado en sus territorios...”

profesional de la Secretaría de salud de Puerto Carreño

...el desplazamiento forzado de la población venezolana que llega al territorio, agudiza el problema de salud que ya tenemos - la mayoría es población indígena que llega, a invasiones y a la comunidad de acogida, sin nada...”

profesional de la Secretaría de salud de Puerto Carreño



2.4.4. Limitado acceso agua potable, condiciones de higiene y saneamiento y problemas de salud

Muchas de los municipios del departamento, en especial los que se encuentran en las zonas rurales, no cuentan con un sistema de alcantarillado, no hay acceso a agua potable, lo que afecta directamente las condiciones de salud de las personas.

En cuanto a las condiciones de higiene y saneamiento, no hay un buen manejo de excretas, se ha evidenciado defecación a campo abierto y contaminación de los aljibes (cisternas para almacenamiento de agua) y las instituciones lo relacionan con el aumento de casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) que no son reportados en SIVIGILA.

Por otra parte, las personas entrevistadas refieren que no hay una morgue municipal en Puerto Carreño, lo que ha generado riesgos de salud pública por la contaminación de los cuerpos, en especial si sufrieron muertes violentas

2.4.5. Xenofobia y acceso a servicios de salud

Existe un problema latente de Xenofobia y rechazo de la población migrante que dificulta, aún más, el acceso a servicios de salud. Las organizaciones han realizado talleres de sensibilización para el trato humanizado a población migrante. Lo han hecho con personas de la farmacia del

hospital, con el área administrativa, las enfermeras y demás personal del hospital, para mejorar la manera en la que prestan el servicio y la calidad de este, pero expresan que ha sido muy difícil porque hay constante rotación de personal y no todas las personas tienen la misma actitud para ayudar a cambiar esto.

En cuanto a las rutas de atención en salud, solo hay algunas instituciones que las conocen. La ruta de violencia es la más institucionalizada. Pero, por ejemplo, el manejo de casos de protección, gestantes, VBG, ni la comunidad ni las instituciones conocen estas rutas y muchas veces hay vulneración de las rutas de salud por el flujo constante de personal de salud en el hospital y por la constante Xenofobia lo que impide la garantía de las rutas.



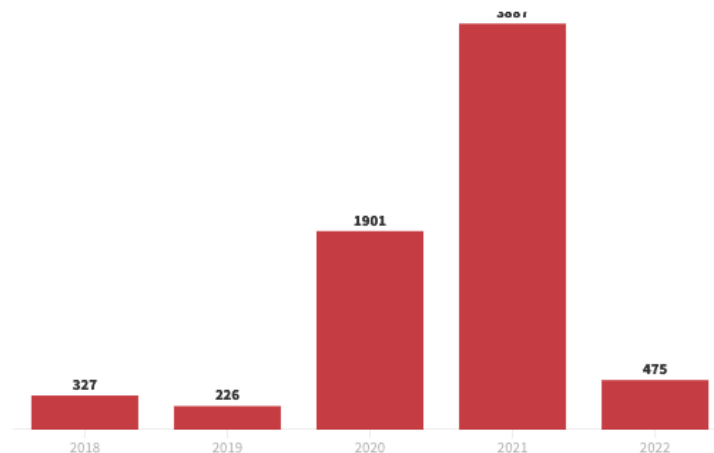
...al no existir un enfoque diferencial en la atención de salud, se establece como un elemento discriminatorio para la población refugiada y migrante...”

trabajadora humanitaria

2.4.6. Urgencias en salud

Hay 6.816 personas procedentes de Venezuela no afiliadas al SGSSS pero atendidas en los servicios de salud en Vichada desde el 2018 a febrero del 2022. Según datos del cubo 029 en SISPRO (consulta abril del 2022).

Refugiados y migrantes no afiliadas al SGSSS en Vichada



Fuente: datos del cubo 029 en SISPRO (consulta abril del 2022).

Cuando se presenta una emergencia o urgencia en salud en el Vichada y las personas logran llegar a las instituciones de salud o al hospital más cercano, se les brinda atención independientemente de su nacionalidad o si tiene o no documentación. Hay algunas zonas muy apartadas del casco urbano, en las que se encuentra un número importante de población refugiada y migrante, esto dificulta que las personas lleguen a tiempo a un servicio de salud.

comunidad.

Adicionalmente, en el territorio hay un equipo de OIM conformado por: 1 epidemióloga, 2 enfermeras, 1 psicóloga, 3 gestores comunitarios, 1 monitor de información y 1 coordinadora del equipo. Este equipo está 100% en contacto con la comunidad, la organización no cuenta con una oficina porque el trabajo diario es en comunidad y se hacen recorridos casa a casa identificando necesidades en salud en diferentes temas, socializando rutas de acceso, conocimiento en derechos y deberes y brindando atención a la población.

...En marzo hubo un episodio donde una señora venezolana venía en el yate de casuarito a Puerto Carreño a tener su bebe y el bebe prácticamente nació en la balsa..."

funcionaria de la secretaría de salud

...ante una urgencia, los líderes de la comunidad avisan, articulamos con hospital para ambulancia, triage, los gestores acompañan y hacemos seguimiento..."

Trabajadora humanitaria de OIM

Una de las organizaciones referentes para los temas de salud en el Vichada es la OIM, en todas las entrevistas realizadas se destacó la labor de esta organización en este departamento. OIM se encuentra en Puerto Carreño desde el año 2019, se ha logrado articular con las entidades locales y tiene un convenio con el hospital para brindar una amplia oferta de servicios para la población refugiada y migrante no afiliada al sistema de salud. Esta oferta juega un papel vital al momento de tener una urgencia en salud porque:

Tiene una red de apoyo comunitario en salud, conformada por personas líderes de las comunidades de los barrios. Líderes que son capacitados en: vigilancia comunitaria, eventos de interés en Salud Pública (EISP), riesgo materno, desnutrición, enfermedades prevalentes de la infancia, lactancia materna, primeros auxilios, reconocen signos y síntomas de peligro y están en contacto constante con la comunidad. Hay 16 líderes, 1 rural en Aceitico (enfermera) y 15 en zona urbana (barrios con asentamientos, población migrante...). Ante una emergencia, los líderes generan una alerta y de esa forma llegan a la

2.4.7. Acceso a servicios de salud

La población refugiada, migrantes e indígena binacionales, en su mayoría, no cuentan con afiliación en salud, ni documentación que le permita acceder a los servicios de salud diferentes a una urgencia. Los servicios a los que logran acceder es gracias a los esfuerzos que se han hecho desde la cooperación internacional y las organizaciones que están en el territorio.

Las personas entrevistadas refieren que hay mucha diferencia en la respuesta en salud a población nacional y a refugiados y migrantes. La población migrante en su mayoría está en estado irregular y esto les dificulta afiliarse a una EPS. Aunque uno de los motivos por los que migran es por el acceso a salud, el colombiano tiene un Plan de Beneficios Básicos en Salud (PBS) más amplio a nivel departamental y nacional mientras que la población venezolana refugiada y migrante no.

Las organizaciones entrevistadas destacaron el apoyo en temas de salud que realiza Américas y OIM en la respuesta a la población migrante. También mencionaron

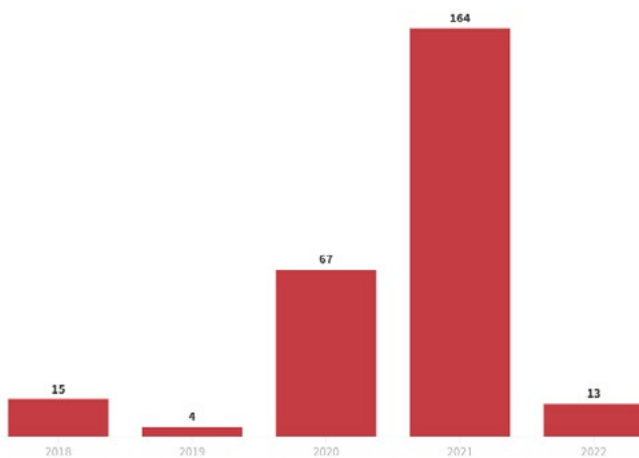
el esfuerzo de la Cruz Roja por llegar a la zona rural y atender en lugares donde muchas organizaciones no pueden llegar.

Solo desde OIM hay convenio con el hospital para población colombiana y venezolana no afiliada que incluye: consulta médica, enfermería, crecimiento y desarrollo, adulto, joven, psicología, nutrición, pediatría, paquete integral de gestantes, exámenes de laboratorio, controles prenatales, ecografía, métodos de larga duración, entre otros servicios.

2.4.8. Acceso a servicios para enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)

Personas atendidas por ENT entre 2018 y el 2022

Diagnósticos utilizados para enfermedades crónicas no transmisibles CIE 10: C00-D48, I00-I99, J40-J47, E10-E14, (Cance enfermedades del sistema circulatorio, Diabetes, Enfermedades del sistema respiratorio)



Fuente: datos del cubo 029 en SISPRO (consulta abril del 2022)

A través del convenio que tiene OIM con el hospital de Puerto Carreño, las personas con enfermedades crónicas no transmisibles colombianas, indígenas nacionales o binacionales y venezolanas pueden acceder al tratamiento. Aún así, hay barreras preexistentes en el hospital para el acceso a tratamientos de larga duración y remisiones de pacientes con ENT que requieran un servicio especializado.

Las personas entrevistadas comentaron que el tema de enfermedades crónicas es muy complicado porque en el departamento no hay especialistas, estos solo hacen visitas cada 2 o 3 meses y al momento en el que una

persona requiera trasladarse a otro lugar para ser atendido es un proceso muy difícil porque la secretaría de salud apoya remitiendo a la persona y su acompañante, pero no les asegura su regreso. Adicional a esto, refieren que hay un mal manejo de los pacientes en el hospital, no hay un seguimiento ni control de los pacientes y esto hace mucho más difícil el trabajo de las organizaciones.

2.4.9. Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

De acuerdo con lo indicado por las organizaciones, el tema de planificación familiar en la población indígena nacional y binacional es bastante difícil porque existen muchos tabúes alrededor, además de que existe un tema de machismo y relaciones de poder que ha estado perpetuado en esta población, lo que ni siquiera permite que se generen espacios de sensibilización con la población.



“tratamos de hablar de planificación familiar, cuando empezamos a pedir el permiso... no, que hiciéramos el favor y ese tema no se tocaba porque lo que los blancos querían es exterminar a los indígenas...”

trabajadora humanitaria

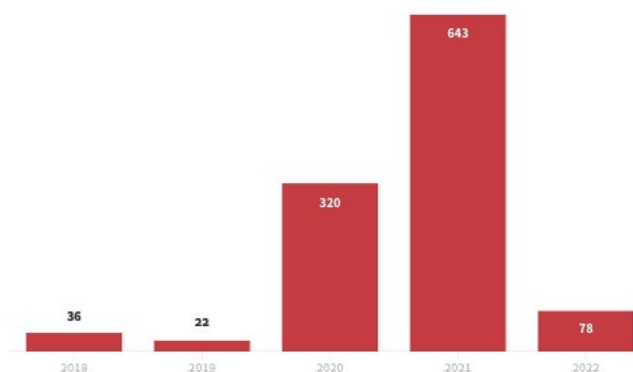
Las organizaciones han realizado jornadas extramurales para la inserción del trasplante subdérmico en población migrante, pero todas las personas entrevistadas mencionaron que esto ha generado muchos efectos adversos en las mujeres y ninguna de las organizaciones o instituciones cuentan con el servicio gratuito de retiro del implante.

En cuanto a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el departamento del Vichada solo se ofrece a través de fármacos, pero las personas entrevistadas indicaron que los médicos y ginecólogos se están capacitando y recibiendo asistencia técnica en el tema,

además de que se tiene previsto que lleguen equipos para ofrecer el servicio completo en todo el departamento. Entre las barreras destacadas para la provisión de este servicio estuvieron la falta de documentación y de afiliación de las gestantes.

2.4.10. Acceso a servicios de Salud materna

Embarazo, parto y puerperio en población venezolana atendida en el Vichada

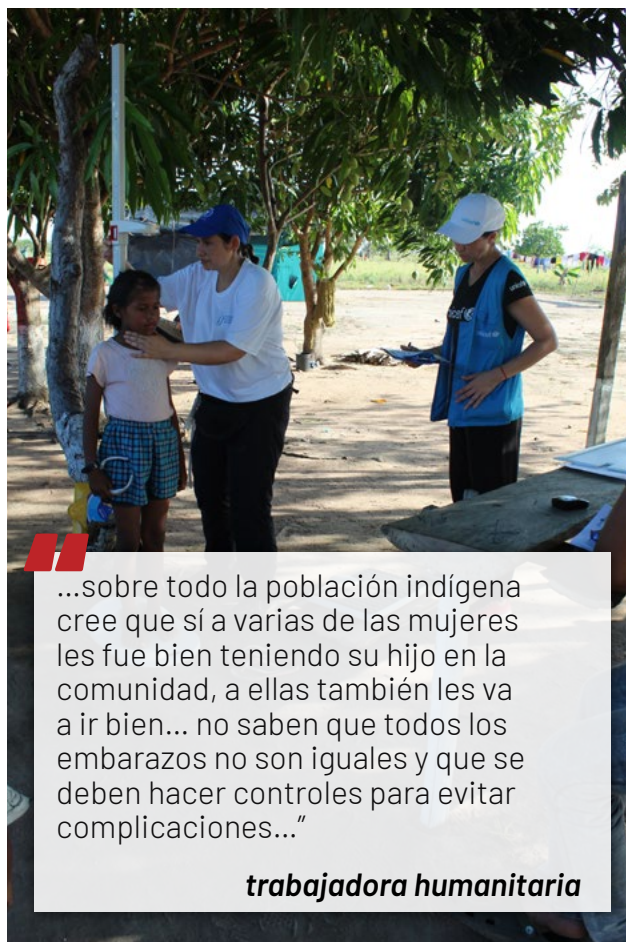


Fuente: datos del cubo 029 en SISPRO (consulta abril de 2022)

Cerca del 70% de los partos atendidos en el hospital de Puerto Carreño son madres procedentes de Venezuela y las personas entrevistadas refieren que muchas llegan porque saben que pueden obtener asistencia por parte de las ONG y que afortunadamente existen convenios que permiten asegurar el parto de las migrantes, aunque no todos los servicios estén cubiertos es una gran ayuda, pero preocupa el momento en el que termine los convenios porque esta población quedaría sin el acceso al servicio.

Hay un tema común que preocupa a todas las organizaciones e instituciones entrevistadas, y es que muchas gestantes no van a los controles prenatales y muchas tienen problemas de déficit de micronutrientes, bajo peso, anemia y desnutrición, especialmente las que se encuentran en las zonas rurales y población indígena nacional y binacional. Estas condiciones implican que muchos de los partos se compliquen, se deba hacer cesaría y aumente la mortalidad materna.

Las organizaciones refieren que esto pasa, en su mayoría con población indígena y que la situación se agravó con la llegada masiva de población migrante.



“...sobre todo la población indígena cree que sí a varias de las mujeres les fue bien teniendo su hijo en la comunidad, a ellas también les va a ir bien... no saben que todos los embarazos no son iguales y que se deben hacer controles para evitar complicaciones...”

trabajadora humanitaria

En la población indígena nacional y binacional es común encontrar niñas menores de 14 años embarazadas de hombres de 30 o 40 años. Las organizaciones refieren que esto es naturalizado en su cultura y que los casos en los que se puede actuar se realiza un proceso acompañado por el ICBF.

2.4.11. Acceso a servicios de Violencia Basada en Género (VBG)

OIM tiene una labor importante en la implementación y socialización de la ruta de violencia basada en género (VBG) en población migrante no afiliada y lo hace con una psicóloga, una enfermera y en articulación con la Alcaldía y secretaria municipal.

Otro tema recurrente en las entrevistas fue la violencia obstétrica en población indígena, pero resaltaron que se dan muchos más casos en población migrante.

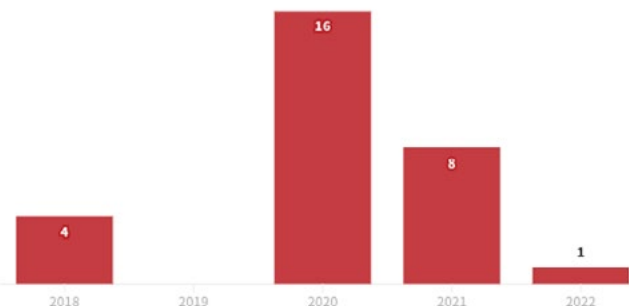
Pastoral Social es una organización que tiene un trabajo fuerte en temas de VBG con población migrante en el departamento del Vichada, comentaron que ante un caso de VBG, primero alejan a la persona del ambiente en el que se encuentra, por ejemplo, si fue agredida por su pareja en su hogar. La organización cuenta con un albergue que sirve de refugio para la víctima. Ya estando en el albergue se inicia un proceso psicosocial y jurídico en articulación con otras entidades locales como el ICBF, CISP, la Fiscalía y la Policía durante 10 días. Durante este tiempo se realiza la intervención y se acompaña para que puedan ser ubicadas en otro lugar. En el caso de las personas venezolanas que desean retornar a Venezuela no se les puede brindar esta ayuda.

2.4.12. Atención para VIH e ITS

Las personas entrevistadas refieren que en el departamento existe un alto número de población refugiada y migrante con infecciones de transmisión sexual, pero las organizaciones no cuentan con la capacidad para atender estos pacientes. Solo OIM cuenta con el servicio para gestantes o recién nacidos con VIH, en el que se les garantiza el tratamiento, la identificación de diagnóstico, prueba de carga viral, infectología y tratamiento.

Infecciones de transmisión predominantemente sexual en población venezolana atendida en el Vichada

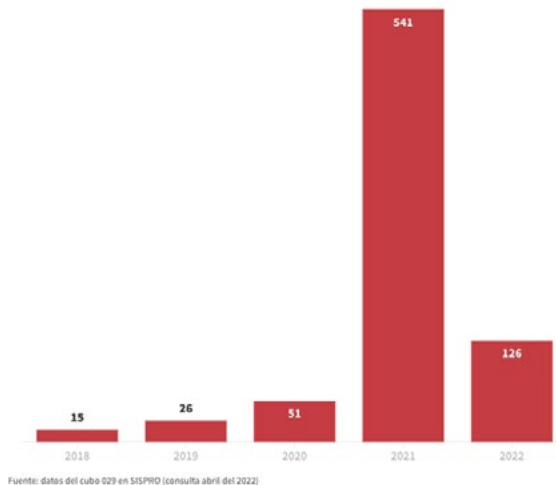
Diagnóstico principal infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual CIE 10: A50-A64



Fuente: datos del cubo 029 en SISPRO (consulta abril del 2022)

2.4.13. Atención en salud mental

Trastornos mentales y del comportamiento en población venezolana atendida en el Vichada



Fuente: datos del cubo 029 en SISPRO (consulta abril del 2022)

De acuerdo con lo mencionado por los actores clave entrevistados, aunque se han evidenciado muchas necesidades en salud mental, en el departamento de Vichada esto no es una prioridad, entre los problemas de salud mental más enunciados en población refugiada y migrante venezolana, estuvieron:

- Depresión o trastornos depresivos, principalmente en población indígena, venezolana y mujeres embarazadas.
- Duelo migratorio.
- Trastornos adaptativos por desplazamiento a otro país, en el caso de las personas migrantes.
- Abuso de sustancias psicoactivas en población indígena y venezolana que se relaciona con problemas de salud mental.

...hay víctimas de desplazamiento forzado viviendo en las cabeceras municipales que se sienten sin tierras, desarraigadas y sin posibilidades de trabajar y mantener su cultura..."

funcionario del CRIVI

La OIM tiene un convenio con el Hospital Mental de Antioquia en el que de manera virtual se brinda tratamiento y seguimiento a población migrante no afiliada en articulación con una psicóloga y una enfermera.

CID cuenta con un proyecto que hace gestión de casos de salud mental a población migrante con un acompañamiento durante seis sesiones con la psicóloga clínica, pero es un proyecto que está próximo a terminar y es una preocupación constante de las organizaciones que cuando terminan los proyectos, la población más vulnerada deja de tener estos beneficios.

En el tema de la población indígena nacional y binacional las personas entrevistadas refieren que se han evidenciado necesidades en salud mental, especialmente en niñas y niños, y casos de suicidios y consumo de sustancias psicoactivas que no reciben atención requerida. Además, no confían en la atención psicosocial occidental, prefieren atención con la medicina tradicional y esto puede estar relacionado con el subregistro de esos casos.



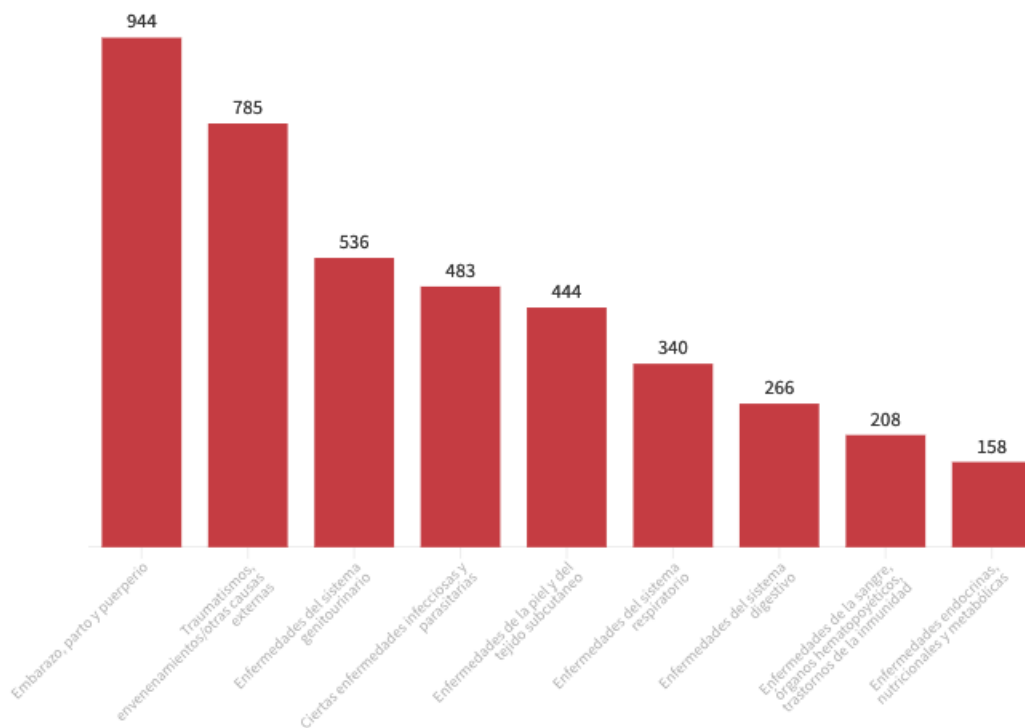
...no se conocen casi estos casos...en las comunidades las personas dicen que hay maldad y brujería, pero no hay atención psicológica porque no creen en esto, tampoco llega suficiente atención psicosocial... en algunas comunidades no aceptan estas atenciones y prefieren la atención con la medicina tradicional..."

funcionario del CRIVI



2.4.14. Principales enfermedades y condiciones de salud que afectan a la población refugiada y migrante

Principales enfermedades por las que consultan las población refugiada y migrante en Puerto Carreño



Fuente: datos del cubo 029 en SISPRO (consulta abril del 2022)

Entre los problemas o condiciones, más mencionados, que afectan la salud de la población migrante estuvieron:

- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades de la piel
- Alergias
- Desnutrición (principalmente en población indígena)
- Enfermedades gastrointestinales porque no hay fácil acceso a agua potable
- Desnutrición aguda en niñas y niños
- Mortalidad por desnutrición en niñas y niños
- Embarazo adolescente
- Diabetes (principalmente en población indígena)
- Hipertensión
- Esquizofrenia (más identificado)
- Trastornos depresivos
- Eventos de interés como malaria, dengue, TBC y sífilis congénita (principalmente en población indígena)
- VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) (principalmente en población indígena)
- Problemas de salud oral

2.4.15. Recursos limitados y necesidades en asistencia técnica

Un punto en común de las entrevistas realizadas es que hay muy pocas organizaciones en el territorio que no alcanzan a cubrir las necesidades de toda la población migrante. El hospital también está colapsado y no cuenta con el personal requerido para toda la población del departamento y con la emergencia de desplazamiento masivo de población venezolana refugiada y migrante todo es más difícil.

Algunas organizaciones comentaron que las personas que trabajan en las entidades locales tienen una alta carga laboral para reporte y cumplimiento de indicadores y se ven obligados a que la prestación de servicios a población venezolana refugiada y migrante no se realice de la misma forma a colombiana porque para esta no hay que reportar indicadores, entonces quedan a un lado.

Algunas organizaciones no cuentan con ambulancias propias y el área de cobertura sólo está centrada en Puerto Carreño y no en los demás departamentos del municipio. Adicionalmente, las personas entrevistadas comentaron que la población que registra el DANE para el Vichada no corresponde a la realidad, hay un subregistro alto, ahora mucho más por el flujo migratorio reciente

y esto hace que el presupuesto asignado al municipio sea mucho menor que el que debería ser.

2.4.16. Registros en el Estatuto Temporal de Protección (ETPV) y afiliación en salud

Según Migración Colombia a marzo del 2022, 7.724 personas refugiadas y migrantes cuentan pre registro en el ETPV en el departamento de Vichada. El 53% corresponden a mujeres y el 47% a hombres. El 29% de los registrados se encuentran en un rango de edad entre los 18 y 29 años. Consulta en abril del 2022. Consultado en: <https://public.tableau.com/app/profile/migraci.n.colombia/viz/EstatutoTemporaldeProteccion-Prerregistros/Pre-registrosPublic>

En el departamento del Vichada, según el último reporte de migración Colombia con corte a agosto 2021, 4738 personas refugiadas y migrantes venezolanas. De estas personas al corte de diciembre 2021 solo 442 tenían PEP o PPT y estaban afiliadas al sistema general de seguridad en salud (SGSSS), 379 en el régimen subsidiado y 63 en el contributivo

Tabla. Población migrante y con PEP o PPT afiliada a salud en Vichada

Municipio	Población Migrante (agosto 2021)	Contributivo	Subsidiado
Puerto Carreño	4551.00	59.00	359.00
Cumaribo	88.00	2.00	10.00
La Primavera	72.00	0.00	1.00
Santa Rosalía	27.00	2.00	9.00

Fuente: Consulta CU Estadísticas Afiliados a Salud, con corte a diciembre del 2021

Si bien se realizan jornadas de afiliación para el ETPV, muchos refugiados y migrantes no hacen el registro al considerar esto una manera de quitar recursos de ayuda humanitaria y no conciben que el gobierno pueda proveer las necesidades y acceso a servicios de salud.

Existe una concepción cultural de que si las personas refugiadas y migrantes tienen el ETPV ya estarían aseguradas al sistema de salud. Estas desconocen el proceso de afiliación y en ocasiones prefieren evitarlo dado que el sistema está colapsado y prefieren la atención de las organizaciones humanitarias por ser más expedita.

Hay una preocupación común de las organizaciones y es que el Pre-Registro termina en el mes de mayo de 2022, en el territorio, la mayoría de la población está dispersa, principalmente población indígena y más de la mitad no ha accedido al proceso de Pre-Registro.



“...si el gobierno no amplía el plazo, muchas personas se quedarán sin el PPT...”

trabajadora humanitaria

2.5. OTRO TEMAS

Medios de Vida

El Departamento del Vichada ha sufrido un fenómeno hidrológico denominado captura fluvial, mediante el cual el Río Meta ha desviado el cauce de los aluviones andinos que nutrían las aguas de los ríos Tomo y Vichada. En consecuencia, el territorio ha perdido acceso a los fértiles sedimentos de la cordillera, haciendo a este más estéril.

Adicionalmente, el suelo del Vichada es ácido, cuenta con una importante concentración de hierro y presenta importantes afloraciones rocosas, que mantienen al suelo árido y en condiciones poco favorables para

la agricultura. Según las comunidades indígenas entrevistadas, las especies vegetales más aptas para el territorio son el Marañón, Caucho y Mango. Sin embargo, estos cultivos son difíciles de mantener y su comercialización es complicada.

Aunado a esto, el Vichada presenta condiciones climáticas extremas, pues durante el verano se producen sequías pronunciadas y en el invierno son habituales las inundaciones. En consecuencia, las comunidades sólo pueden cultivar especies de ciclo corto, principalmente la yuca brava.

Las comunidades resaltan que las estrategias de medios de vida no han funcionado debido a que estas se han enfocado en la provisión de ganado de especies menores que las personas no saben cuidar y porque en el terreno no se produce el pasto necesario para su alimentación. Adicionalmente, las comunidades expresan que han recibido insumos de mala calidad para la crianza de estas especies y que dadas las barreras geográficas es imposible mantener un suministro constante y barato.

Por otra parte, en las cabeceras municipales existe una limitada oferta de trabajo que se caracteriza principalmente por la informalidad. En consecuencia, las comunidades en condición de vulnerabilidad se ven obligadas a trabajar en el reciclaje, el cual no produce recursos suficientes para mantener una vida digna.

Preocupa que existe poca información sobre el mercado laboral del Vichada debido a que la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE sólo se levanta en Puerto Carreño y los resultados son compartidos de forma anual.

Para más información puede consultar el informe sobre Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Agua, saneamiento e higiene

En Puerto Carreño está desactualizado el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) y el acueducto existente solo funciona en el centro de la cabecera municipal. Resalta que

la infraestructura existente es insuficiente para cubrir el incremento en la demanda que produjo la conformación de los 23 asentamientos periurbanos.

No obstante, en el Vichada es habitual la elaboración de aljibes para obtener agua subterránea, sin embargo, estos son realizados de forma artesanal y presentan deficiencias en cuanto a su protección, cubrimiento y mantenimiento. Preocupa que es habitual que los aljibes se encuentren próximos a los pozos sépticos, lo cual genera un riesgo por contaminación del agua.

Adicionalmente, durante las inundaciones se produce contaminación de los pozos con materia fecal, dado que las comunidades rurales no cuentan con adecuados sistemas sanitarios y ejercen la defecación a campo abierto.

Estos hechos provocan que existan altas tasas de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y Enfermedades Infecciosas Intestinales (EII). No obstante, estas se encuentran sub registradas debido a que las comunidades las tratan con medicina tradicional y por la falta de capacidad del sistema de vigilancia epidemiológica.

En 2021 se registraron 1.319 casos de EDA reportados en SIVIGILA y 442 atenciones por EII.

Para más información puede consultar el informe sobre Agua, Saneamiento e Higiene.

Educación

Las comunidades indígenas entrevistadas destacan que sus resguardos carecen de escuelas y la infraestructura adecuada para impartir las clases. Es habitual que haya docentes con salones multigrados donde no se desarrolla de forma adecuada el proceso de enseñanza aprendizaje, por lo que existen altos niveles de deserción y rezago escolar.

Adicionalmente, expresan que hay carencia de materiales didácticos y textos en lenguas indígenas. Así mismo, la falta de conectividad y señal telefónica limita la utilización de equipos tecnológicos, los cuales ya son escasos en el departamento.





La salud
es de todos

Minsalud



CLUSTER
SALUD
COLOMBIA



OPS



Para más información

Cluster: clustersalud@minsalud.gov.co

Andrea Arenas: aarenas@immap.or

Alberto Castillo: aaroca@immap.org



En el marco de



Plataforma de Coordinación
Interagencial para Refugiados
y Migrantes de Venezuela

