



Plataforma de Coordinación  
Interagencial para Refugiados  
y Migrantes de Venezuela

# GIFMM COLOMBIA EVALUACIÓN CONJUNTA DE NECESIDADES PARA POBLACIÓN CON VOCACIÓN DE PERMANENCIA - 2023





# GIFMM COLOMBIA

## EVALUACIÓN CONJUNTA DE NECESIDADES PARA POBLACIÓN CON VOCACIÓN DE PERMANENCIA

### 2023

*Este análisis se pone a disposición de todo el personal y los socios del GIFMM, así como del público en general, como instrumento de apoyo a la estrategia y la programación de la respuesta humanitaria en Colombia y otros fines conexos únicamente. Se pueden examinar, reproducir o traducir extractos de la información contenida en este instrumento para los fines mencionados, pero no para su venta ni para su uso parcial o total con fines comerciales.*

*Como usuario de este instrumento usted reconoce que toda información o material que comparta con el público a partir de este documento se trata como información no propietaria y no confidencial. Cuando use esta evaluación, favor referirse a ella como “GIFMM Colombia: Evaluación conjunta de necesidades para población con vocación de permanencia, 2023”.*

*Bogotá, D.C., Colombia.*



Plataforma de Coordinación  
Interagencial para Refugiados  
y Migrantes de Venezuela

# EQUIPO NACIONAL DE LA PLATAFORMA R4V EN COLOMBIA

El análisis de los resultados de esta evaluación es gracias a las personas que componen el Equipo Técnico de Análisis de Evaluación de Necesidades (ETAEN). Agradecemos especialmente a:



Ingrid Hurtado



Carlos del Castillo



Mariana Valencia  
Iván Contreras  
Liliana Hilarión  
Lizet Fúquene  
Paola Ríos

David Granada,  
Luis Fernando Viancha  
Mabel Aguirre  
Alejandra Acosta  
Andrea Bermeo



Angie Martín



Álex Pérez



Camila Borrero  
Jairo Segura  
Carlos Acosta  
Laura Zambrano  
Carolina Castelblanco  
Laura De La Cruz  
Carolina Cuervo  
Miguel Garzón



Daniela Sánchez



Michael Bally

Agradecimiento especial a la retroalimentación de los facilitadores y expertos de los sectores para robustecer la información presentada.



*Gracias por todo su esfuerzo y dedicación para que, dentro de su experiencia sectorial, visibilicemos las necesidades de la población refugiada y migrante en Colombia. Ustedes son parte fundamental para que todo pueda llevarse a cabo. ETAEN 2023.*



# TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	<u>1</u>
PRINCIPALES HALLAZGOS	<u>2</u>
METODOLOGÍA	<u>6</u>
ALCANCE Y LIMITACIONES	<u>8</u>

## CONTEXTO DE NECESIDADES EN COLOMBIA

# 1

Contexto económico general	<u>9</u>
----------------------------	----------

## CARACTERIZACIÓN PERSONAS ENTREVISTADAS Y HOGARES

# 2

Perfil del entrevistado/a	<u>12</u>
Discapacidad	<u>13</u>
Composición del hogar	<u>13</u>

## DOCUMENTACIÓN Y ETPV

# 3

Estatus regular	<u>15</u>
Solicitud de asilo	<u>17</u>

## RESIDENCIA Y MOVIMIENTOS

# 4

Formas de ingreso al país	<u>18</u>
---------------------------	-----------



## CURSO DE VIDA

# 5

Atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia:	<u>23</u>
Contexto	<u>24</u>
Caracterización	<u>26</u>
Análisis de necesidades por sector	<u>29</u>

## ACCESO A BIENES Y SERVICIOS BÁSICOS

# 6

Acceso al Sisbén	<u>57</u>
Medios de vida	<u>58</u>
Seguridad alimentaria	<u>64</u>
Salud	<u>68</u>
Vivienda y riesgo de desalojo	<u>77</u>
Transporte local	<u>79</u>
Telecomunicaciones e internet	<u>80</u>
Agua, Saneamiento e Higiene	<u>81</u>

## RIESGOS DE PROTECCIÓN

# 7

Discriminación	<u>87</u>
Seguridad	<u>88</u>
Riesgo de Trata y Tráfico	<u>88</u>
Violencia basada en género (VBG)	<u>89</u>

## MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO

# 8

Estrategias de afrontamiento	<u>90</u>
Deuda	<u>91</u>

## NECESIDADES Y RESPUESTA

# 9

Prevención de la explotación	<u>95</u>
------------------------------	-----------



 **2.387** HOGARES  
DE REFUGIADOS Y MIGRANTES  
CON VOCACIÓN DE PERMANENCIA

 **9.219** PERSONAS  
REPRESENTADAS

 **14**  
DEPARTAMENTOS

 **44**  
ORGANIZACIONES

## INTRODUCCIÓN

Este informe hace referencia a los resultados de la Séptima Ronda de la Evaluación Conjunta de Necesidades del Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM) realizada entre el 29 de mayo y el 13 de junio de 2023.

**Esta séptima ronda buscó conocer:** **i)** La proporción de hogares de refugiados y migrantes provenientes de Venezuela, con una vocación de permanencia en los territorios de interés, con necesidades sectoriales no cubiertas. **ii)** las necesidades prioritarias que reportan los hogares mencionados, **iii)** los factores que pueden aportar a la explicación de diferencias de condiciones de vida en las poblaciones de interés, **iv)** los retos que tiene la población refugiada y migrante para acceder efectivamente a bienes, servicios y derechos después de la implementación del Estatuto Temporal de Protección para Venezolanos (ETPV), **v)** las condiciones de vida a nivel sectorial, e **vi)** identificar las necesidades de la población que requieren intervención desde una perspectiva humanitaria y de desarrollo.

La información que se recoge en este documento corresponde al análisis de los datos por parte de organizaciones miembros del GIFMM, así como de la experiencia y contribución de cada uno de los expertos de los sectores evaluados. Los gráficos presentados en este informe son de elaboración propia, con base en esta recolección de información.



## Residencia y Movimientos

93%

de los hogares ingresaron por los principales departamentos de frontera (Norte de Santander **45%**, La Guajira **39%** y Arauca **9%**).

72%

de los hogares no ha cambiado de lugar de residencia en el último año. Entre quienes cambiaron de lugar de residencia, el **22%** solo cambió de barrio, mientras que el **3%** cambió de municipio y otro **3%** vivía en otro país.



## Documentación

59%

de personas cuentan con PPT, lo que muestra un aumento de **10%** frente al año anterior (**49%** con PPT).

8%

de las personas tiene certificado de trámite del PPT para un total del **67%** que estaría en estatus regular.

67%

que tienen PPT o certificado de trámite, el **68%** está afiliado a salud y el **31%** no lo está.

Más de la mitad de las personas con certificado de trámite del PPT menciona que éste no les ha permitido el acceso a servicios gubernamentales, principalmente al acceso a salud y a la encuesta del Sisbén.



## Medios de Vida

18%

de las personas que participan en el mercado laboral no tienen trabajo (tasa de desempleo). La tasa de informalidad es alta, correspondiendo a un **96%** de los que están ocupados.

91%

de las personas que trabajan en los hogares ganan por debajo del salario mínimo.



## Seguridad Alimentaria y Nutrición (SAN)

48,7%

de los hogares tuvo inseguridad alimentaria, de estos, el **43,4%** es moderada y el **5,3%** severa.

32,3%

de las gestantes no refirió haber recibido ninguna atención nutricional.

71,3%

de los niños y niñas menores de **6** meses recibieron lactancia materna exclusiva.

34%

de los niños y niñas entre **0 y 4** años y el **58,5%** entre **5 y 9** años no recibieron atenciones nutricionales en los últimos **3** meses.

63%

de los hogares consumió dos comidas al día o menos. En hogares con jefatura femenina es mayor el porcentaje ( **67%**).



## Salud

**40,37%**

de los hogares manifestaron dificultad en la afiliación al sistema de salud

de acuerdo con la información recabada de los hogares encuestados que experimentan dificultades para acceder al sistema de salud, el **24,31%** señala barreras económicas, el **11,47%** le faltan recursos para el transporte, otro **11,47%** destaca la disponibilidad del servicio, el **5,24%** enfrenta barreras geográficas, y el **3,81%** menciona otras barreras, si bien muchas de estas barreras se combinan, encontramos que algunas personas manifiestan no lograr acceder a salud por la falta de conocimiento del sistema de salud y el cambio en las dinámicas entre el sistema de salud venezolano y el colombiano.

Cabe resaltar que en Colombia no solo encontramos la vocación de permanencia en población Venezolana, sino que ya se empiezan a evidenciar otras nacionalidades, en donde se requiere una política pública que garantice el acceso a salud y prevenga mortalidades y morbilidades evitables en todos los grupos poblacionales.

**54%**

del total de personas encuestadas refirieron tener permiso o certificado PPT

y del total de estas personas el **63,3%** se encontraban afiliadas al sistema general de seguridad social en salud, de las cuales el **31%** ha tenido problemas de salud, por su parte, del **30,7%** que no se encontraban afiliadas, el **26,42%** ha tenido algún problema de salud. Es importante reconocer las barreras que enfrenta la población para lograr el acceso efectivo a salud como derecho fundamental, en el cuál es clave analizar los determinantes sociales y su correlación con morbilidades y mortalidades.

**+100**

niñas y niños registraron "cero dosis"

"**cero dosis**" (que no han recibido ninguna vacuna entre los **0 y 5** años). Esto aumenta la probabilidad de contraer enfermedades prevenibles y pone en riesgo a las niñas/os y a la población en general.

**29%** Fiebre o infección

**23%** Dolores de cabeza

**23%** Dolores musculares

son los problemas de salud generales que más refieren las personas con vocación de permanencia, además, la fiebre e infección se presentó como el síntoma más recurrente en niños/as de 0 a 5 años, lo que puede estar relacionado con las condiciones de movilidad, las condiciones precarias de vida y falta de acceso a servicios de salud adecuados en las que se encuentran las niñas y niños refugiados y migrantes.

**62%** Miedo

**50%** Ansiedad

**42%** Depresión

son los principales problemas relacionados con la salud mental que reportaron los hogares, en especial, en los hogares con personas menores de **18** años. Se ha demostrado que el estrés, la incertidumbre y las experiencias traumáticas relacionadas con la migración pueden aumentar el riesgo de trastornos de ansiedad y depresión. Sin embargo, se reconoce la importancia de generar estrategias con enfoque interseccional e identificar cómo el curso de vida y el género inciden en el impacto de pérdida de las redes familiares, comunitarias e institucionales y en la transformación de los determinantes sociales aumentando la probabilidad de morir o enfermar por causas prevenibles.



## Salud

29%

de las personas encuestadas indica que alguno de los miembros de su hogar tiene hipertensión, lo que la convierte en la enfermedad crónica más frecuente dentro de la población con vocación de permanencia.

La Guajira fue el departamento donde se encontró el mayor número de hogares con este diagnóstico (**37%**). Ésta es una de las enfermedades crónicas más prevalentes del país y se relaciona con el estilo de vida, la dieta, el acceso a salud y las condiciones de vida. Es importante relacionar las enfermedades crónicas con las sobrecargas en tareas de cuidado y el aumento en la vulnerabilidad en el acceso a recursos, la dificultad y brechas para acceso a recursos económicos que permitan satisfacer las necesidades básicas.

31%

de las personas encuestadas indica que en su hogar para los menores de 18 años, es la enfermedad respiratoria crónica la afección más frecuente.

Aunque este tipo de patologías se concentran en la población adulta o en la vejez, se encuentran en ese grupo alrededor de **150** personas con este diagnóstico y se ha demostrado que la exposición al humo del tabaco o la contaminación del aire en entornos superpoblados o insalubres puede aumentar el riesgo de enfermedades respiratorias crónicas, como el asma, en niños y niñas migrantes. Es importante reconocer que la principal causa de morbilidad y mortalidad en niñez es la Infección Respiratoria Aguda.

61%

El hospital o el puesto de salud público fue el principal lugar donde fueron atendidas las personas con un problema de salud.

Reconociendo que las personas migrantes y refugiadas en Colombia logran la atención únicamente como urgencia vital cuando no se cuenta con regularización y afiliación. El 66% de las atenciones en Colombia se han brindado a población no afiliada, lo cual limita el acompañamiento y seguimiento a los problemas de salud que pueden presentarse.

44%

de la población encuestada indica que NO estar asegurada en salud fue la principal barrera de acceso a este servicio.

Fueron las personas jóvenes quienes menos se encuentran afiliadas al sistema de salud colombiano y aunque aseguramiento no garantiza acceso efectivo a salud, no estar asegurado es un factor de riesgo para retrasar la detección y el tratamiento de enfermedades.

### Principales necesidades en salud sexual y salud reproductiva de los grupos de hogares:

20% La orientación en salud sexual y salud reproductiva

17% Exámenes diagnósticos, medicamentos

16% Uso de anticonceptivos

Esto se corresponde con la evidencia donde las necesidades relacionadas con el conocimiento y la comprensión sobre los derechos sexuales y reproductivos son las más reportadas por las personas refugiadas y migrantes especialmente aquellas entre los **15 y 29** años.



## Agua, Saneamiento e Higiene (WASH)

11%

de los hogares no tiene agua suficiente para cubrir sus necesidades básicas. Un tercio de los hogares manifiesta que el agua que consume es de calidad regular.

16%

menciona que su sanitario se encuentra por fuera de la vivienda (Frente a saneamiento).

40%

de las niñas y mujeres ha tenido dificultades para acceder a productos menstruales principalmente por el alto costo de estos (En cuanto a la gestión menstrual).



## Vivienda

28%

menciona estar en riesgo de desalojo. Los hogares encuestados viven principalmente en arriendo bajo acuerdo verbal.

30%

de los hogares vive en hacinamiento y más de la mitad menciona que no cuenta con al menos un servicio público, principalmente gas natural conectado a red. Más de la mitad considera que su vivienda tiene afectaciones, no se sienten seguros o no tienen suficiente privacidad, entre otras razones.



## Riesgos de Protección

29%

de los hogares menciona que conoce a alguna persona que ha estado expuesta a una situación de riesgo, principalmente a hechos asociados a crimen urbano.

37%

se ha sentido discriminado, principalmente por su nacionalidad.

15%

indicó que conoce alguna persona en su comunidad que ha sufrido alguna situación de violencia, principalmente violencia emocional y psicológica (65%) y agresiones físicas (56%), hechos que se presentan principalmente en mujeres adultas y adolescentes.

16%

de los hogares en situaciones de riesgo en niñez reportaron que los más recurrentes son: discriminación (33%), embarazo adolescente (29%) y madres adolescentes (21%).



## Necesidades y Respuesta

Las 3 necesidades principales reportadas fueron: Alimentos (86%), Empleo (generación de recursos) (77%) y Apoyo para la vivienda (72%).

9%

de los hogares entrevistados dice haber recibido ayuda en los 30 días previos a la encuesta. La principal respuesta se ha dado en alimentación (66%) y alojamiento (24%).

La principal modalidad de asistencia fue dinero en efectivo (49%) y bienes en especie (25%). El 89% de quienes recibieron ayuda manifestaron estar satisfechos con esta.

Por su parte, el dinero en efectivo fue la modalidad mayormente reportada como preferida para recibir ayuda.

La información de interés más importante para los hogares es el acceso a derechos y servicios, seguido de información sobre trámites migratorios en Colombia y medidas en otros países.



## METODOLOGÍA

La población sujeto de esta evaluación corresponde a hogares con al menos un miembro refugiado y migrante venezolano cuyas intenciones sean permanecer en Colombia.

Con el fin de adelantar el proceso de levantamiento de información, el GIFMM contrató los servicios de un proveedor para realizar una primera focalización de la población refugiada y migrante proveniente de Venezuela con vocación de permanencia. Este levantamiento de información consistió en hacer un primer barrido de hogares, aplicando un cuestionario de 10 preguntas, lo que permitió recolectar datos de contacto de hogares georreferenciados, con al menos un miembro proveniente de Venezuela.

**La estrategia de identificación de la población aplicada por el proveedor consistió en los siguientes pasos:**

**i. Identificación de insumos:** Se utilizaron los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV-DANE 2018) y la información sobre Distribución de Venezolanos en Colombia de Migración Colombia.

**ii. Procesamiento de insumos:** Para los municipios de interés dada su concentración poblacional, se realizó una verificación de la presencia de población proveniente de Venezuela con base en los datos de Migración Colombia a nivel municipal.

A partir de los datos del Censo Nacional DANE 2018, se hizo la identificación de potenciales hogares a encuestar con base en el país de nacimiento de las personas censadas para poder ubicar, mediante el archivo de manzanas cartográficas del Censo, aquellas manzanas de los municipios de interés que potencialmente tienen población venezolana.

**iii. Resultado del procesamiento:** Se generó una base de datos/archivo con la identificación y georreferenciación de las manzanas idóneas para realizar el barrido de información, priorizándolas con base en el número de personas del hogar que cumplen con las características previamente mencionadas.

Para esta primera fase de recolección se realizó un barrido por las manzanas seleccionadas, indagando por personas de nacionali-





dad venezolana en cada manzana para visitarlas. Asimismo, se realizaron visitas y llamadas a personas referidas por aquellas previamente visitadas. De este modo, este primer barrido se realizó bajo un muestreo por ‘bola de nieve’.

Con base en la información del primer barrido, el equipo del GIFMM nacional asignó una muestra aleatoria para cada municipio con un nivel de confianza del 90% y margen de error del 10%, para un total de encuestas objetivo de 2.887.

El tamaño muestral alcanzado para los hogares fue de 2.387, lo que equivale a tener información de 9.219 miembros de hogar. Este número de encuestas no logró ser representativo a nivel de los departamentos seleccionados, por lo que la muestra y los resultados presentados deben tomarse como indicativos. Las encuestas fueron realizadas a los jefes/as de hogar, entendidas como las personas que por su edad, por ser el principal sostén económico de la familia, por tomar las decisiones en el hogar o por otras razones, son reconocidos/as por sus miembros como tales, siendo el hogar la unidad de medida del presente análisis. Alternativamente, también respondieron la encuesta personas que pudieran brindar respuestas en nombre del hogar y dieran información sobre éste.

Los departamentos seleccionados para esta recolección de información fueron:

- |                        |                               |
|------------------------|-------------------------------|
| <b>1.</b> Antioquia    | <b>9.</b> La Guajira          |
| <b>2.</b> Arauca       | <b>10.</b> Magdalena          |
| <b>3.</b> Atlántico    | <b>11.</b> Nariño             |
| <b>4.</b> Bogotá, D.C. | <b>12.</b> Norte de Santander |
| <b>5.</b> Bolívar      | <b>13.</b> Santander          |
| <b>6.</b> Boyacá       | <b>14.</b> Valle del Cauca    |
| <b>7.</b> Cesar        |                               |
| <b>8.</b> Cundinamarca |                               |

Los resultados presentados en este informe fueron analizados a través de un proceso conjunto realizado por un equipo de análisis compuesto por 8 organizaciones, en donde cada una contribuyó al ejercicio, de acuerdo con su experiencia sectorial. Adicionalmente, este proceso de análisis de los resultados contó con la retroalimentación de diferentes sectores y perspectivas geográficas a través de los GIFMM locales, que ayudaron a enriquecer los hallazgos aquí presentados. Por medio de este [enlace](#) es posible acceder a la nota metodológica, el cuestionario y la base de datos de la Séptima Ronda con la información de la población de interés del GIFMM.

*\*Cuando cite esta información por favor use el nombre de “GIFMM Colombia: Evaluación conjunta de necesidades para población con vocación de permanencia 2023”.*





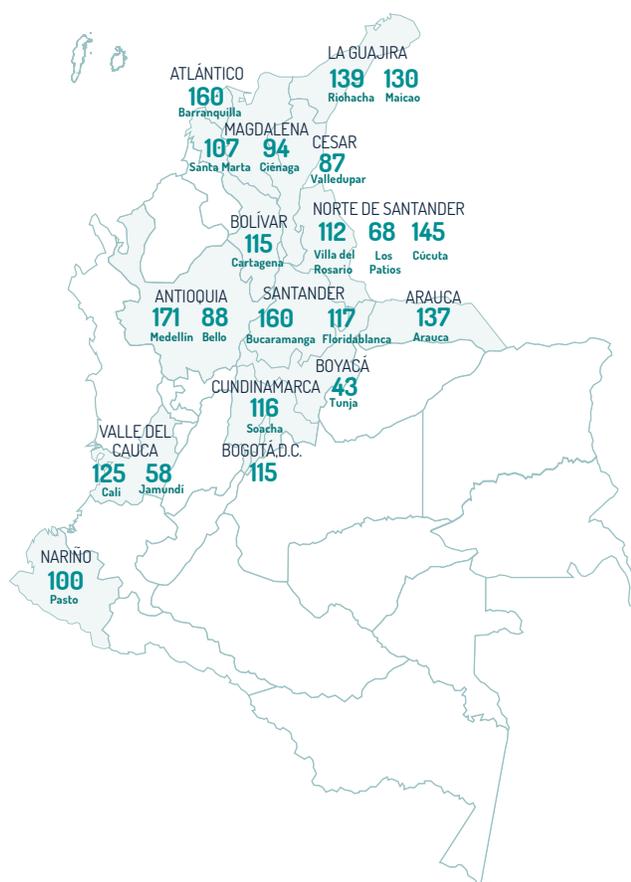
## ALCANCE Y LIMITACIONES

Para la realización de las encuestas en las ciudades de los departamentos elegidos, se tuvieron en cuenta tres consideraciones: **i)** socios con acciones en estas ciudades y equipo disponible para realizar encuestas, **ii)** retroalimentación de los GIFMM locales, pues son ellos quienes tienen información de primera mano sobre la ubicación de la población, y **iii)** la distribución de venezolanos en Colombia de Migración Colombia.

El diseño metodológico de la evaluación requirió la combinación de una serie de fuentes, variables, procedimientos de muestreo y consideraciones para ajustar el ejercicio al número mínimo de encuestas por socio; lo anterior, con el fin de cubrir, en diez días de recolección, la meta de encuestas establecida en los municipios elegidos, contando con un 90% de nivel de confianza y 10% de margen de error, usando como marco muestral la base maestra recopilada.

Después de revisar la distribución de la población, se eligieron 21 municipios para realizar la recolección en áreas urbanas:

Mapa 1. Municipios de recolección de información.



La unidad de medida de la recolección es el hogar, por lo que la información fue compilada a partir de la información brindada por un jefe de hogar o persona que podía contestar las preguntas por todos los miembros.

Para efectos del análisis, las desagregaciones en este reporte se encuentran por departamento. Cuando vea Cundinamarca, por favor notar que se refiere exclusivamente a la población de Soacha. Para el análisis de Boyacá tenga en cuenta que solo hay 43 datos.





# 1 CONTEXTO DE NECESIDADES EN COLOMBIA

En Colombia se encuentran residiendo cerca de 2.9 millones de personas de nacionalidad venezolana, de acuerdo con la última actualización de **Migración Colombia**<sup>1</sup>. Las regiones que tienen mayor concentración poblacional venezolana, refugiada y migrante, con vocación de permanencia son: Bogotá con 21%, Antioquia 14%; Norte de Santander 12%, Atlántico 7%, Valle del Cauca, 7%, La Guajira, 6%, entre otros departamentos con porcentajes inferiores.

A la fecha de publicación de este informe, el contexto económico y de política internacional deja entrever algunos signos de recuperación y restablecimiento de relaciones que, si bien son todavía austeros, hacen pensar en un escenario favorable para superar los rezagos que todavía persisten de la época de pandemia de COVID-19 y el consecuente brote inflacionario<sup>2</sup>, cuyos efectos agravaron la condición de necesidad de los refugiados y migrantes en el país.



1. *Migración Colombia, Distribución de venezolanas y venezolanos en Colombia, octubre 2022.*

2. *Banco de la República, Determinantes del brote inflacionario postpandemia, Julio 2023.*



En el primer semestre de 2023, Colombia presentó un crecimiento de 1,7% del Producto Interno Bruto con respecto al primer semestre de 2022. En este periodo las actividades de producción que más contribuyeron al crecimiento fueron actividades artísticas, de recreación y otras actividades de servicios, actividades de los hogares individuales, y actividades financieras y de seguros. Desde el gasto, en este mismo periodo, las actividades que crecieron fueron el gasto en consumo final y las exportaciones, mientras que las actividades que decrecieron fueron la formación bruta de capital fijo y las importaciones<sup>3</sup>. Este crecimiento, sin embargo, es mesurado si se compara con periodos anteriores e incluso si se compara por trimestre, por ejemplo, para el segundo trimestre de 2023 el crecimiento fue de 0,1% frente al mismo trimestre en 2022.

A nivel de mercado laboral, a julio de 2023, la tasa de ocupación creció 2,1 puntos porcentuales frente al mismo periodo en 2022, pasando de 56,5% a 58,6%. La tasa de desocupación, por su parte, tuvo una disminución de 1,6 puntos porcentuales frente al mismo periodo en 2022, pasando de 11,0% a 9,4%. Exceptuando junio y julio de 2023, el último mes en el que la tasa de desocupación se ubicó por debajo del 10% fue en agosto de 2019<sup>4</sup>. Para el periodo actual, las actividades laborales que más aportaron positivamente a la tasa de ocupación fueron la construcción, las actividades artísticas y de entretenimiento, y las relacionadas con comercio y reparación de vehículos.

A nivel inflacionario, desde mediados del año 2021 el país comenzó a enfrentar un aumento progresivo de los precios al consumidor, cuya cumbre más alta llegó en marzo de 2023 con 13,3%, variación que no se observaba desde hacía más de 20 años. Luego de esta fecha, el Índice de Precios al Consumidor ha venido disminuyendo hasta llegar en agosto de 2023 a 11,4%, cifra que sigue siendo alta, pero que parece marcar una tendencia hacia la baja. Para este último mes los rubros que se ubicaron por encima del promedio nacional fueron las bebidas alcohólicas y el tabaco, los alimentos y las bebidas no alcohólicas, la recreación y la cultura, y el transporte<sup>5</sup>. En el caso de los alimentos la variación fue del 12,4%, siendo éste uno de los principales rubros de gastos de los hogares más vulnerables, incluyendo los hogares de la población refugiada y migrante.

El peso colombiano, cuyo precio frente al dólar no sólo es de importancia para el sector financiero, sino que también alcanza a afectar al sector de alimentos debido a la importación de productos de consumo y de insumos para la producción de estos, en los últimos meses viene mostrando cambios en su tendencia. Aproximadamente desde septiembre de 2022 y hasta mayo de 2023 el precio del peso colombiano mostró una devaluación constante y sin precedentes, cuyos niveles rondaban los cinco mil pesos por dólar. Sin embargo, a partir de junio de 2023 la tendencia se invierte y la cotización del peso colombiano comenzó a rondar los cuatro mil por dólar.

*3. Departamento Nacional de Estadística, Producto Interno Bruto (PIB) nacional trimestral.*

*4. Departamento Nacional de Estadística, Empleo y desocupación.*

*5. Departamento Nacional de Estadística, Índice de precios al consumidor.*



Desde la política exterior, la normalización de las relaciones diplomáticas y la reapertura de las fronteras terrestres, marítimas y aéreas entre Colombia y Venezuela desde septiembre de 2022 marcaron el fin de un periodo de cierre de siete años. Con el restablecimiento de las relaciones se habilitó el paso vehicular facilitando las relaciones comerciales entre ambos países. Tanto es así que en los primeros cuatro meses de 2023 las exportaciones de Venezuela hacia Colombia se incrementaron 112%, y las importaciones de productos colombianos hacia Venezuela se incrementaron 33%, en comparación con el mismo periodo en 2022<sup>6</sup>. Los principales productos de origen venezolano fueron abonos, productos químicos orgánicos, combustibles y aceites minerales, mientras que los principales productos de origen colombiano fueron azúcares y artículos de confitería, materias plásticas, manufacturas, combustibles y aceites minerales.

Pese a esta relación comercial en crecimiento entre los dos países, los problemas de seguridad en las regiones de frontera persisten. A julio de 2023 se han presentado 56 masacres en Colombia con un saldo de 182 víctimas. De estos eventos, el 18% ocurrieron en departamentos de frontera con Venezuela (Cesar, La Guajira y Norte de

Santander). Para el mismo periodo en 2022, el número de masacres había sido de 58 con un saldo de 196 víctimas, habiendo ocurrido el 19% de estos eventos en regiones de frontera (Arauca, Cesar, La Guajira y Norte de Santander)<sup>7</sup>.

En términos de desplazamiento masivo o confinamiento, durante el 2022 se presentaron 155 eventos de este tipo. El 15% de estos eventos ocurrieron en departamentos de frontera con Venezuela (Arauca, Cesar, La Guajira, Norte de Santander y Vichada)<sup>8</sup>.

Frente a las muertes violentas, en los primeros siete meses de 2023 se han presentado en el país 16.711 casos, de los cuales el 48% corresponden a homicidios. Lo anterior representa un incremento del 7%<sup>9</sup> frente al mismo periodo de 2022 en donde se presentaron 15.682 muertes violentas.

Dado este panorama general, aunque hubo algunos avances en materia económica, las condiciones de la población se ven amenazadas por los altos niveles de inflación y la desaceleración económica, aunados a los riesgos en materia de seguridad que todavía son palpables en el territorio nacional y presentes en los territorios de frontera.

6. Cámara de Integración Económica Venezolano Colombiana (CAVECOL).

7. Indepaz, *Masacres en Colombia*.

8. Defensoría del Pueblo, *Informe sobre movilidad humana forzada en Colombia, 2022*.

9. Instituto Colombiano de Medicina Legal (INML), *Boletín estadístico mensual julio 2023*.



# 2 CARACTERIZACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS Y HOGARES

## PERFIL DEL ENTREVISTADO/A

### VOCACIÓN DE PERMANENCIA

De las 2.387 personas encuestadas, el 76,2% fueron mujeres con promedio de edad de 35 años. El promedio de edad para los hombres fue de 44 años. El 89% de las personas encuestadas (2.126) se consideraron como jefe/a de hogar, en este sentido, teniendo en cuenta que la mayoría de respondientes fueron mujeres, el 74,3% de los hogares contaron con jefatura femenina. El nivel educativo de los jefes/as de hogar es principalmente incompleto, el 35,7% culminó básica secundaria y el 30,1% cuenta con educación media y sólo un 5,9% tiene título universitario.

El 96,5% de las personas que mencionaron ser jefes/as de hogar tienen nacionalidad venezolana, de este porcentaje el 71,6% corresponde a jefaturas femeninas, situación que implica mayores vulnerabilidades para estos hogares, debido a que las mujeres son las principales encargadas de las actividades reproductivas y de cuidado y, por tanto, enfrentan mayores dificultades para ingresar al mercado laboral.

Por otra parte, el 80,1% de los encuestados manifestó no pertenecer a una etnia, 6,3% mencionó no saber, 5,5% manifestó ser indígena y 3,6% afirmó ser afrodescendiente.





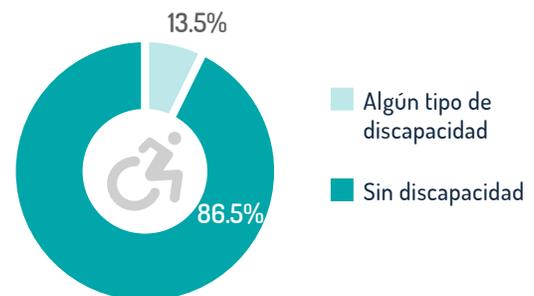
## Discapacidad

Para la caracterización de las personas encuestadas, se emplearon las preguntas del Grupo Washington, diseñadas con el propósito de identificar dificultades comparables a las experimentadas por personas con un riesgo mayor que la población general. En este sentido, estas preguntas abordaron seis actividades básicas: ver (incluso usando lentes o gafas), oír (incluso usando un audífono), caminar o subir escalones, recordar o concentrarse, bañarse o vestirse y/o comunicarse cuando se usa un lenguaje habitual.

Del total de las personas encuestadas, un 13,5% manifestó tener dificultades significativas o considerar que les resulta imposible realizar al menos una de las cuatro actividades básicas: ver (9,2%), oír (1,1%), caminar o subir escalones (4%), y/o recordar o concentrarse (1,8%, ver gráfica 1). De este 13,4%, el 76,3% corresponde al género femenino, en parte debido a la prevalencia de mujeres en la muestra,

como se mostró en el apartado Perfil del entrevistado/a. El 86,5% de personas restantes no presentan dificultades para realizar estas actividades o, en su caso, experimentan dificultades leves que no les impiden llevarlas a cabo. De este 13,4%, el 76,3% son mujeres, lo que se debe en parte a la prevalencia de las mujeres en la muestra, como se mostró en el apartado Perfil del entrevistado/a. El 86,5% de personas restantes no tienen ninguna dificultad, o tienen cierta dificultad, pero no les impide realizar dichas actividades.

Gráfica 1. Discapacidad de las personas encuestadas

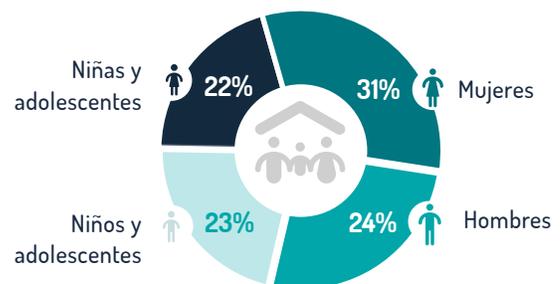


## Composición del hogar

En promedio, los hogares encuestados con vocación de permanencia están compuestos por 3,86 miembros, siendo este tamaño de hogar superior al promedio de miembros de familias colombianas, el cual corresponde a 3,14. De los integrantes de los hogares encuestados, 22,7% corresponde a niños y adolescentes, 21,9% a niñas y adolescentes, 24,4% a hombres adultos y 31,1% a mujeres adultas. De las familias encuestadas, el 19,7% tienen uno o dos miembros, el 49,7% tiene tres o cuatro miembros, y el 30,6% restante cinco miembros o más (ver gráficas 2 y 3). En promedio los hogares tienen un tiempo de llegada de 56 meses al territorio nacional (4,6 años). De igual manera, se

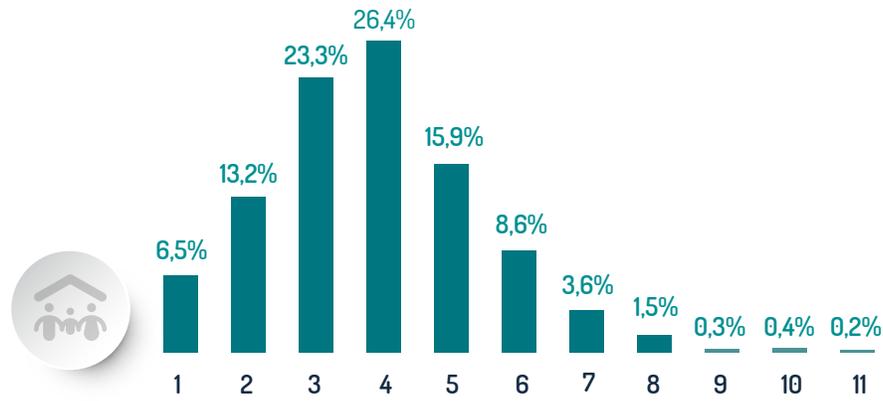
encontró que el 40,4% de los hogares llegaron hace más de 5 años, 40% entre 3 y 5 años atrás, 14,6% entre 1 y 3 años, y 5% hace menos de un año.

Gráfica 2. Composición del hogar según sexo y edad





Gráfica 3. Composición del hogar según número de miembros



El 83,5% de las personas al interior de los hogares tienen nacionalidad venezolana. En ese sentido, para 1.347 hogares (57,6%), la totalidad de los miembros son venezolanos/as, mientras que en los 1.013 (42,4%) hogares restantes tienen una composición familiar mixta. Se encuentra, además, que los hogares mixtos están compuestos en promedio por 4,4 miembros, mientras que los hogares que están compuestos en su totalidad por venezolanos tienen en promedio 3,5 miembros.

Adicionalmente, los hogares mixtos tienen un tiempo de llegada de 11 meses superior a los hogares compuestos en su totalidad por venezolanos. De igual manera, la proporción de niños, niñas y adolescentes (NNA) dentro de los hogares mixtos es 8% mayor que en los hogares venezolanos.

Por otro lado, se identifica que el 2% de las mujeres de los grupos de hogar se encuentran embarazadas, mientras que el 10,5% de las mujeres se encuentran lactando.

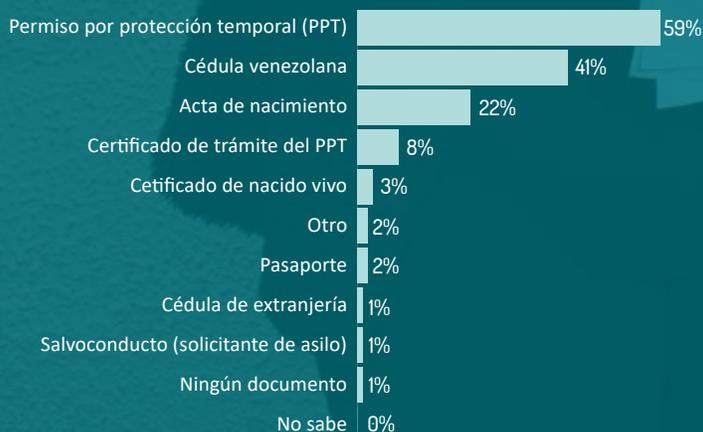


# 3 DOCUMENTACIÓN Y ETPV

## ESTATUS REGULAR

El 59% de las personas de los hogares encuestados cuenta con un plástico PPT y el 8% con un certificado de trámite del PPT, mientras que en el 2022<sup>10</sup>, al consultarles sobre la etapa del ETPV en la que se encontraban, el 50% indicó que ya contaba con el PPT<sup>11</sup>. Respecto a otros documentos de identificación que les otorgue un estatus regular en el país, el 2% tienen pasaporte, 1% portan cédula de extranjería y 0,7% salvoconducto de solicitante de asilo.

Gráfica 4. Tenencia de documentos

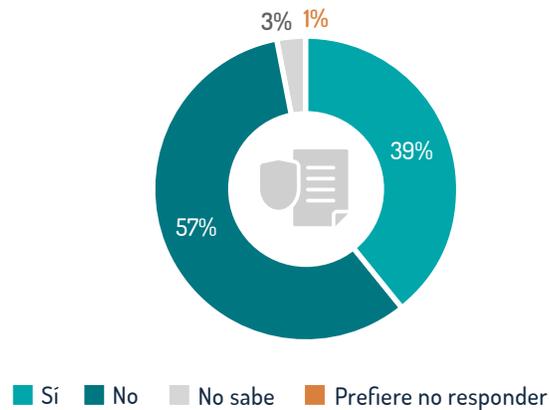


10. Al momento de implementar la 6ta ronda de Evaluación de Necesidades, Migración Colombia no había creado el Certificado de trámite del PPT.

11. 6ta Ronda de Evaluación de Necesidades del GIFMM – Vocación de Permanencia.



Gráfica 5. Acceso a bienes y servicios con certificado del trámite del PPT



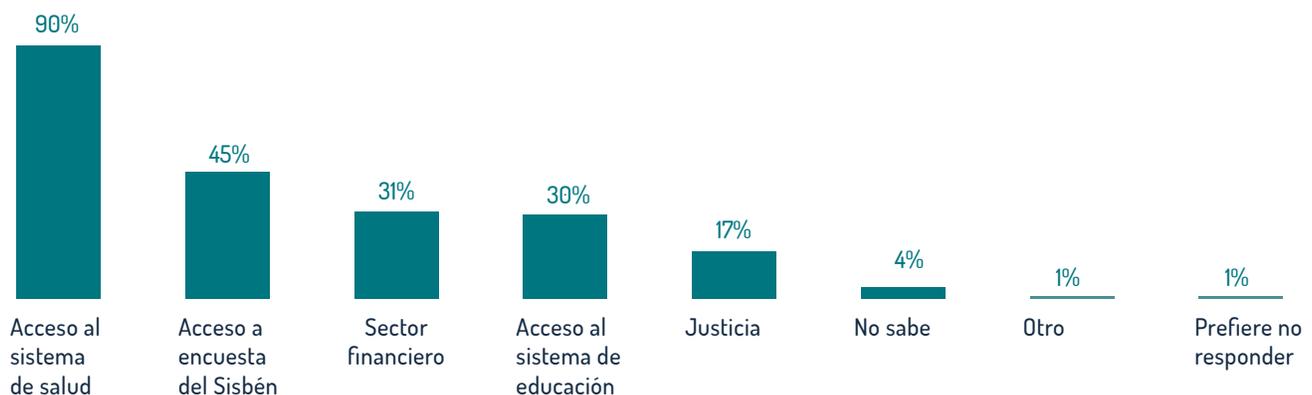
El 32% de las personas encuestadas no cuenta con ningún documento de regularización migratoria emitido por el Estado colombiano. De estas personas, el 35% ingresó al país a través de pasos fronterizos oficiales entre el 29 de mayo de 2021 y el 28 de mayo de 2023, por lo que cumplen con los requisitos para acogerse al Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos hasta el 24 de noviembre de 2023.

En la Encuesta Pulso de la Migración se consultó sobre los motivos por los que las personas no cuentan con un documento de regularización migratoria y se encontró

que en el 28% de los casos las personas tienen un documento de regularización en trámite, el 17% dice no necesitarlo, el 8% indica que les falta información y el 6,7% no cumple los requisitos.

Aun cuando Migración Colombia emitió un comunicado anunciando la validez del certificado de trámite de PPT como documento para acceso a bienes, servicios y derechos, más de la mitad de las personas encuestadas señalaron que no han logrado tal acceso mediante este certificado.

Gráfica 6. Barreras de acceso a bienes y servicios con certificado del trámite del PPT



Las barreras más recurrentes de acceso a servicios y derechos para aquellos con certificado de trámite corresponden a salud, y en menor medida SISBEN (programas sociales), sector financiero, educativo y de justicia.

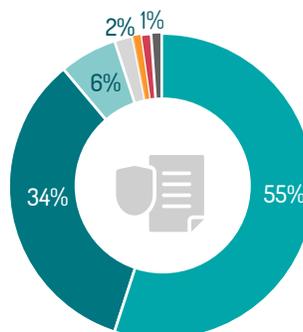


## Solicitud de asilo



De las personas venezolanas que hacen parte de los hogares encuestados, solo el 0,7% cuenta con salvoconducto por solicitud de asilo, lo cual es consistente con el Pulso Migratorio del DANE, donde se indica que el 0,3% de las personas encuestadas cuenta con este documento. Al consultar con los hogares sobre el acceso al procedimiento de solicitud de asilo en Colombia, la mayoría indicó no haberlo requerido (55%) o no conocer el proceso (34%).

Gráfica 7. Solicitud de asilo en Colombia



- No lo ha requerido, no necesita
- No conoce el proceso
- No ha podido acceder
- Está en proceso de solicitud
- La solicitud fue rechazada
- Prefiere no responder
- Ha renunciado al proceso de solicitud



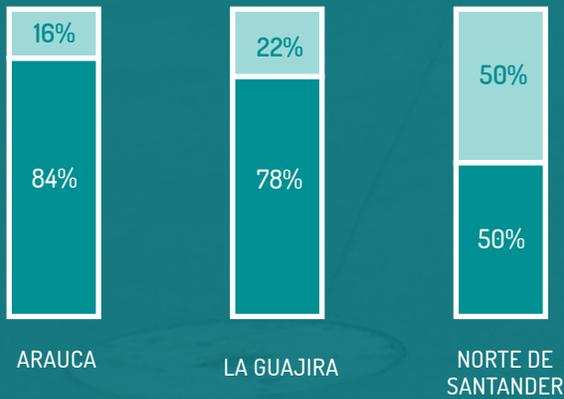
# 4 RESIDENCIA Y MOVIMIENTOS

Entre la población con vocación de permanencia encuestada, el 93% de los hogares ingresaron por los principales departamentos de frontera del país (Norte de Santander 45%, La Guajira 39%, y Arauca 9%).

El 65% de los hogares reportó que la mayoría de sus miembros ingresaron de forma irregular a través de pasos fronterizos no oficiales, como trochas. Esta proporción cambia con relación al departamento por el que entraron, como lo ilustra la gráfica a continuación. Los hogares que ingresaron por Norte de Santander, lo hicieron en mayor frecuencia por pasos oficiales.

Gráfica 8. Porcentaje de hogares según forma de ingreso al país y departamentos

- A través de un paso fronterizo oficial (**regular**)
- A través de pasos no oficiales, como trochas (**irregular**)





Asimismo, la proporción de hogares encuestados que ingresaron irregularmente cambia según el periodo de entrada, en este sentido, lo que reportan los hogares indica que entre más reciente es el ingreso, hay una mayor disposición a entrar de manera irregular. Entre quienes entraron antes de 2015, el 53% ingresó por pasos irregulares, quienes entraron entre 2015 y 2019 el 64% ingresaron de esta forma, y entre los hogares que ingresaron a partir de 2020 el 69% lo ha hecho de forma irregular. Estos cambios se pueden explicar por las diferentes restricciones fronterizas que se han impuesto en los pasos oficiales a partir de 2015 y especialmente por los cierres de la frontera Colombia-Venezuela, siendo el más reciente en 2020 como medida para la contención del contagio por COVID-19.

No obstante, esta tendencia es particularmente diferente a las evidenciadas en las rondas anteriores. En las evaluaciones previas se había identificado que la población con vocación de permanencia había ingresado en su mayoría por pasos regulares, mientras que el ingreso por pasos irregulares había estado principalmente motivado

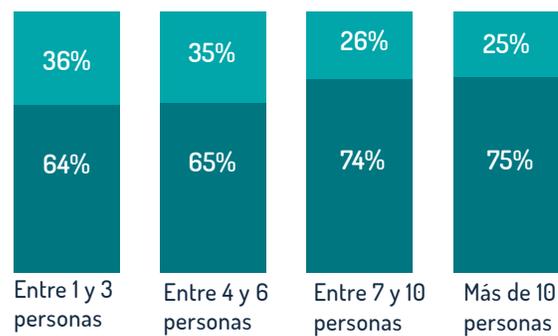
El ingreso por pasos fronterizos no oficiales implica condiciones más precarias de tránsito, mayores riesgos de protección y mayores barreras de acceso a la documentación y regularización. Por ejemplo, para los hogares que debieron caminar para llegar a su destino no es muy diferente la proporción en relación a quienes entraron por pasos oficiales (40,4%) y quienes entraron por pasos irregulares (41,1%). No obstante, entre quienes entraron por pasos irregulares, reportan con más frecuencia que utilizaron transporte de carga para el tránsito (7,5%) y transporte fluvial (6,8%), y es menos frecuente la utilización transporte público terrestre (62%), en comparación con quienes entran por pasos regulares.

Los medios de transporte más utilizados para llegar al primer destino dentro del país son el transporte público (utilizado por el 64% de los hogares), y el desplazamiento a pie (utilizado por el 41% de los hogares). No obstante, en los últimos años, el

por las medidas de cierre de frontera y barreras de paso, durante la emergencia de COVID – 19.

Los hogares más numerosos han ingresado con mayor frecuencia a través de pasos no oficiales. En contraste, los hogares menos numerosos ingresan en mayor medida por pasos oficiales, como ilustra la gráfica 9. Por otro lado, de los hogares conformados entre 1 y 3 miembros, el 64% ingresó por un paso no oficial, mientras que para los hogares que tienen más de 7 miembros, el 74% ingresaron igualmente por puntos no oficiales.

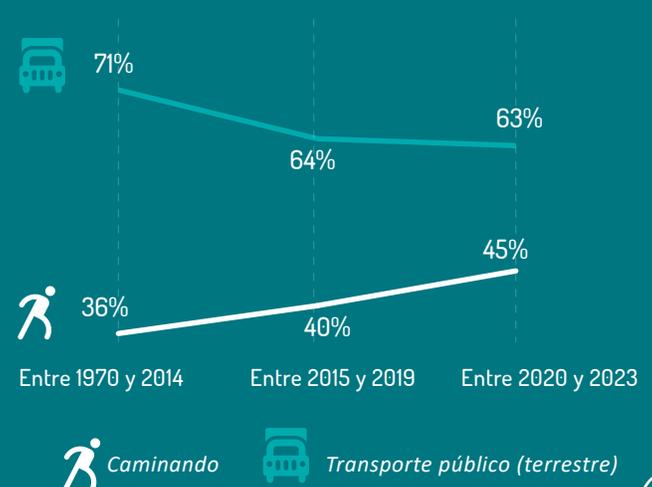
Gráfica 9. Porcentaje de hogares según forma de ingreso al país y tamaño del hogar



- A través de un paso fronterizo oficial (regular)
- A través de pasos fronterizos no oficiales, como trochas (Irregular)

deterioro de las condiciones de tránsito ha hecho que la proporción de hogares que debe caminar hacia su destino aumente hasta en un 45% para quienes entraron al país a partir de 2020.

Gráfica 10. Medios de transporte más frecuentes según periodo de ingreso al país.

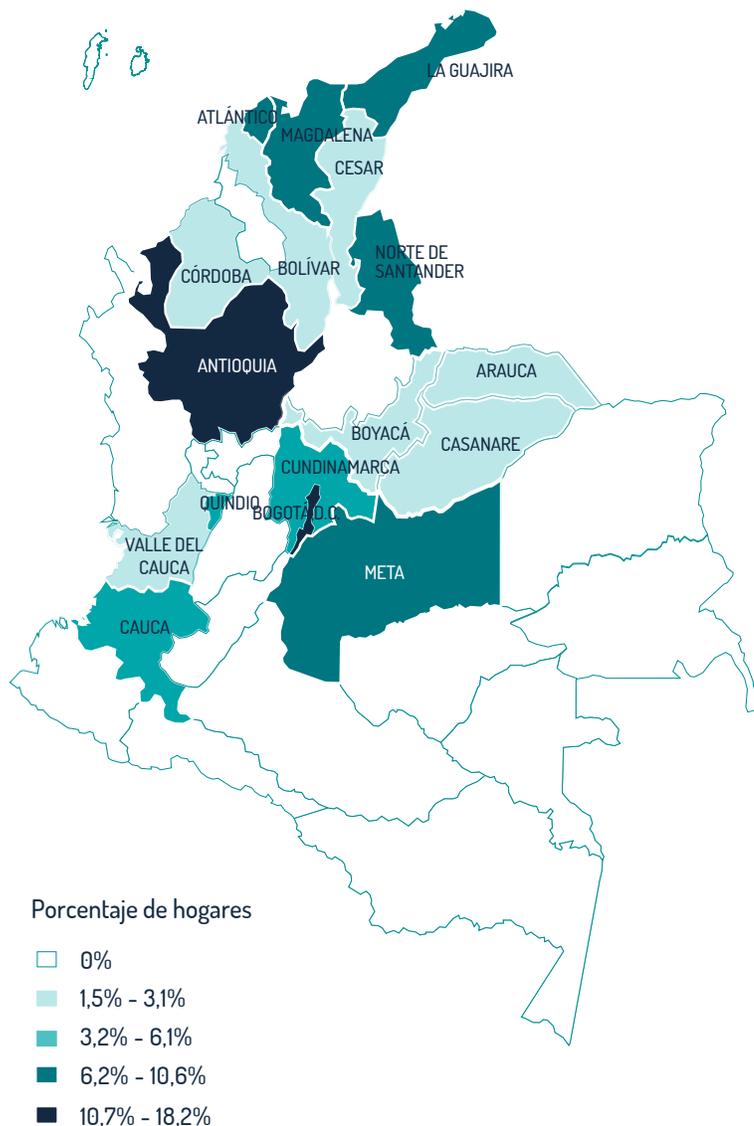




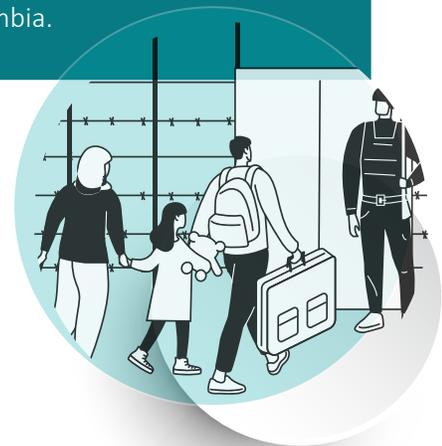
Respecto a la residencia actual de los hogares con vocación de permanencia, son en su mayoría hogares estables en tanto que el 72% de los hogares no ha cambiado de lugar de residencia en el último año. Entre quienes cambiaron de lugar de residencia, el 22% sólo cambió de barrio, mientras que el 3% cambió de municipio y otro 3% vivía en otro país.

Entre quienes cambiaron de residencia en el último año y vivían en otro país (3%), el 90% vivía en Venezuela, 5% en Ecuador, 2% en Perú y 1% en Chile. Mientras que quienes cambiaron de municipio (3%) dentro de Colombia en el último año, 18% vivía en Bogotá, 15% en Antioquia, y 11% en Norte de Santander, principalmente.

Mapa 2. Porcentaje de hogares que cambiaron su lugar de vivienda en los últimos 12 meses, según el departamento donde vivían antes



Para quienes llegaron a Colombia en el último año, la ubicación del trabajo fue el principal motivo para cambiar su lugar de residencia (39%), seguido por alimentos (21%) y el temor por la situación general de violencia o inseguridad (11%). Mientras que, entre quienes cambiaron de lugar de vivienda dentro de Colombia, expresaron que la principal razón fue trabajo (44%), seguido por el temor por la situación general de violencia o inseguridad (14%), y acompañar a otros miembros del hogar (11%). El acceso a alimentos fue la motivación para el 2% de esta población, en contraste con quienes salieron de otro país para vivir en Colombia.



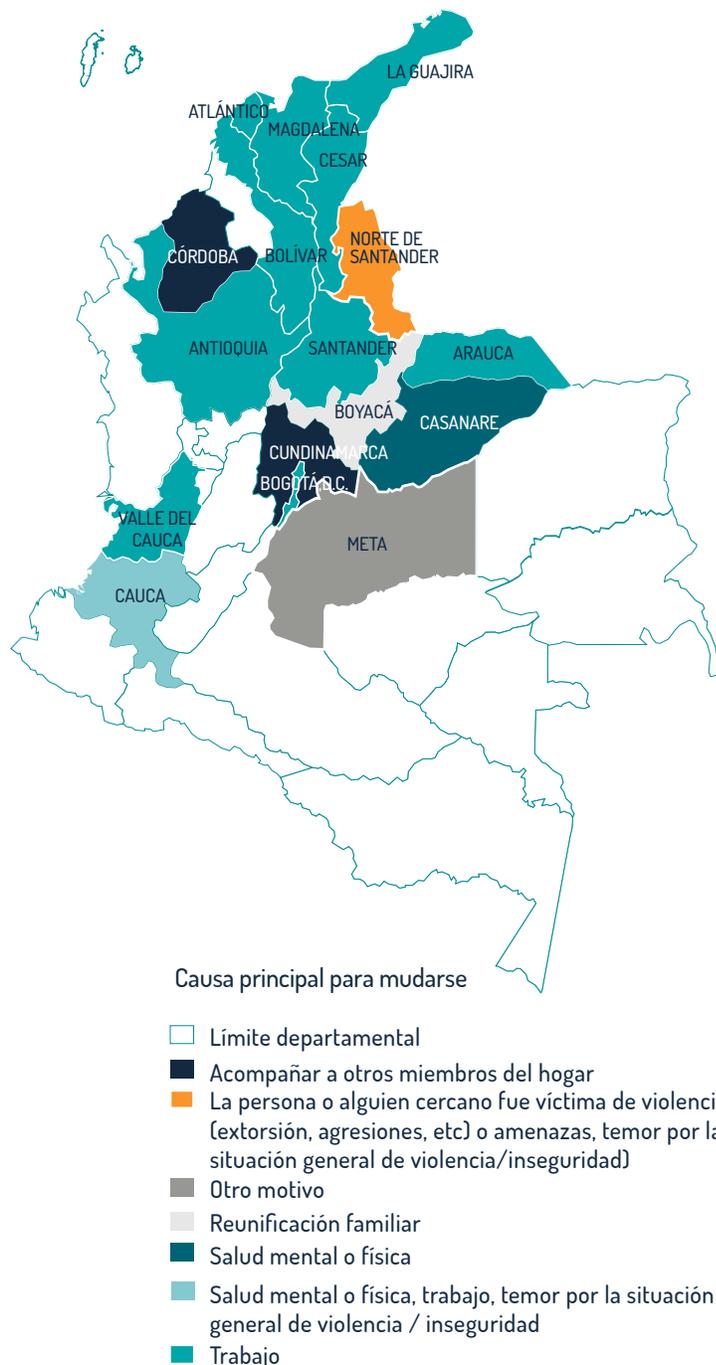


Según lo expuesto en el mapa a continuación, para los departamentos en donde vivían quienes cambiaron de lugar de residencia, se evidenció que la principal razón en el cambio de lugar de vivienda correspondió a la falta de trabajo. No obstante, otras razones como la reunificación familiar (Boyacá), la salud física y mental (Cauca y Casanare), el temor por la situación general de violencia o inseguridad (Cauca, Norte de Santander) y acompañar a otros miembros de la familia (Córdoba y Cundinamarca) fueron otros motivos igual de frecuentes, comparado con aquellos motivados por el acceso a trabajo.

Como evidencian los datos, el desplazamiento por situaciones relacionadas con violencia e inseguridad, es más frecuente entre quienes cambiaron su lugar de vivienda dentro de Colombia. Los departamentos dónde vivían las personas que salieron por estas razones son: Antioquia, Atlántico, Bogotá, Cauca, Cundinamarca, Magdalena, Norte de Santander y Arauca.

Respecto a las intenciones futuras de los hogares encuestados, en el 8% de los hogares al menos un miembro quiere moverse del lugar de vivienda actual en el próximo mes y en el 10% de los hogares hay intención de mudarse en los próximos 6 meses. Entre los hogares que tienen la intención de mudarse el próximo mes, 6 de cada 10 quieren trasladarse a otro barrio dentro de la misma ciudad y 2 de cada 10 tienen la intención de retornar a Venezuela. Esta tendencia, en comparación con las evaluaciones de necesidades de los años anteriores (7% de intención de retorno), evidencia una menor disposición a retornar.

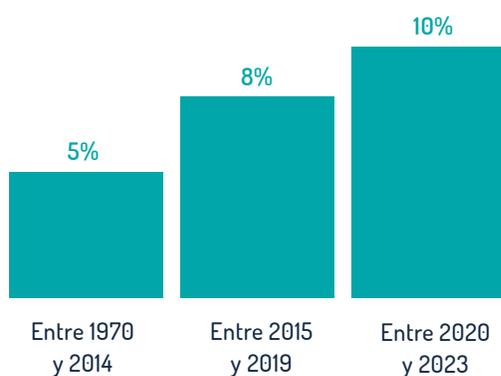
Mapa 3. Razón más frecuente por la que cambiaron su lugar de vivienda en los últimos 12 meses, según el departamento donde vivían antes





Para el 9% de los hogares que tienen una mujer como jefa de hogar, hay una mayor disposición a cambiar su lugar de vivienda en el próximo mes, dirigida especialmente a cambiarse de barrio dentro del mismo municipio. Por otra parte, los hogares que llegaron hace más tiempo, tienen menor disposición a cambiar de lugar de vivienda en el corto plazo y menor intención de retorno, como ilustra la siguiente gráfica.

Gráfica 11. Porcentaje de hogares que tienen intención de cambiar su lugar de residencia en el próximo mes (según año de llegada)



Entre quienes tienen la intención de moverse a otro lugar en el próximo mes, 39% quiere hacerlo debido al aumento de los precios en bienes y servicios básicos. Por su parte, el 18% no tiene acceso o tiene acceso reducido a ingresos. Otras razones expresadas por los hogares encuestados son el desalojo del lugar donde vivía (6%), una oferta laboral (5%), no tener acceso a alimentos (4%) y discriminación (3%), entre otras. La discriminación es la razón más frecuente entre quienes quieren cambiar de departamento.





# 5 CURSO DE VIDA

## ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA

### 1. Contexto

La primera infancia es un periodo fundamental, irremplazable e imposterable del curso de vida del desarrollo humano. En este momento se crean las bases para el desarrollo de capacidades, habilidades y potencialidades que permiten a las niñas y los niños asumirse como seres sociales, singulares, culturales y diversos, con capacidades para aprender, relacionarse consigo mismos y con su entorno y participar activamente en la sociedad.

El desarrollo físico, emocional y cognitivo de niñas y niños está determinado en gran medida por las experiencias que viven en sus primeros años, las cuales a su vez dependen de la calidad de los entornos donde transcurre su vida, incluyendo su hogar, los espacios públicos, los entornos educativos y de la salud. Las niñas y los niños que experimentan un comienzo saludable, afectuoso y enriquecido en sus primeros años, incluso desde la concepción, construyen sistemas biológicos fuertes y conexiones neuronales robustas que les permiten desarrollar capacidades de aprendizaje y habilidades para el resto de la vida (ver figura 1). En contraste, cuando las niñas y niños están expuestos a condiciones adversas, como las situaciones de emergencia humanitaria, generan un estrés tóxico, que tiene efectos negativos sobre su desarrollo cognitivo y su salud física y emocional.<sup>12 13</sup>

Figura 1. Etapas del curso de vida de la primera infancia



Fuente: Desarrollado a partir de la Ruta Integral de Atenciones de los Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Política de Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre ((Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF).





La atención integral de la primera infancia, en el marco de la Política Pública para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre, es entendida como el conjunto de acciones intersectoriales planificadas y sostenidas que suceden en cada uno de los lugares que transcurre la vida de las niñas y niños, generando condiciones de calidad que favorecen su desarrollo integral de acuerdo con su edad, su situación y territorio. La atención integral de los niños y niñas entre los 0 y los 5 años y de sus familias, permite

fortalecer las habilidades de los cuidadores principales para dar respuesta acertada ante las necesidades más urgentes de este grupo; así como, mejorar también en ellos y sus familias la resiliencia para hacer frente a continuas amenazas. La atención a la primera infancia también contribuye en la prevención de situaciones de negligencia y violencias; así como, para garantizar, a través de la educación inicial, oportunidades de aprendizaje para su desarrollo presente y su continuación a la educación formal.

### SEGUIMIENTO AL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA PARA GOBIERNOS NACIONAL

En el marco de la Política Pública para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre, el gobierno nacional ha priorizado 13 atenciones que deben ser garantizadas a todas las niñas y niños de primera infancia, incluidos los refugiados y migrantes de Venezuela. De acuerdo con los datos del Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia del Ministerio de Educación Nacional, de los 2.7 millones de niños y niñas registrados en este sistema, el 53% reciben al menos seis

atenciones. Sin embargo, una mirada particular a los 160 mil niños y niñas refugiados y migrantes de Venezuela registrados en el sistema indica que apenas el 8% de ellos tiene cubiertas al menos seis atenciones y en promedio, cada uno de estos niños y niñas accede a dos atenciones de las 13 priorizadas. A continuación (ver tabla 1) se presenta una comparación del porcentaje de cobertura de las atenciones entre niños y niñas colombianos de 0 a 5 años con relación a los refugiados y migrantes provenientes de Venezuela.

**Tabla 1. Atenciones proporcionadas por el Estado Colombiano a niños y niñas de primera infancia según su nacionalidad <sup>14</sup>**

Atenciones priorizadas	Colombianos	Refugiados y migrantes
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	84%	41%
Acceso a modalidades de educación inicial en el marco de una atención integral (no incluye hogares comunitarios)	54%	52%
Acceso a unidades de servicio de educación inicial con ambiente pedagógico cualificado	8%	15%
Acceso a unidades de servicio de educación inicial con agentes educativos cualificados	20%	24%
Niños y niñas con familias en procesos de formación	44%	38%
Seguimiento nutricional	43%	30%
Recreación	1%	0%
Registro civil de nacimiento	97%	52%
Acceso al Programa de Alimentación Escolar (PAE)	5%	7%
Vacunación	62%	23%
Valoración de crecimiento y desarrollo	37%	15%
Con acceso a libros especializados para la primera infancia	56%	49%



La infancia es la etapa siguiente del curso de vida, en la que se consolida y expande el proceso de desarrollo de las niñas y niños entre 6 y 11 años, donde se materializa el tránsito a nuevos desarrollos y aprendizajes que potencian sus capacidades. Posteriormente, la adolescencia es la etapa de las personas entre 12 y 17 años (figura 2), caracterizado por ciclos de autoaprendizaje para definir su personalidad y carácter, y como fin último lograr la

autonomía, independencia y construcción de identidad<sup>15</sup>. La adolescencia es una segunda ventana de oportunidad, en términos de crecimiento y desarrollo neurológico y simultáneamente puede ser de alta vulnerabilidad para el ser humano. En esta etapa es posible subsanar posibles vulneraciones ocurridas en la primera infancia, construir y potenciar las habilidades y conocimientos necesarios para la vida adulta.

Figura 2. Rangos de edad indicativos del curso de vida de la infancia y la adolescencia



Realizar acciones diferenciadas dirigidas a adolescentes en el marco de crisis humanitarias permite garantizar la protección de derechos de acuerdo con sus necesidades y a las vulneraciones específicas identificadas. Además, las y los adolescentes tienen el potencial para convertirse en apoyo a sus familias y comunidades en contextos de alta vulnerabilidad y es posible encontrar formas de potenciar su creatividad para resolver problemas y contribuir a solventar las situaciones generadas por las crisis<sup>16</sup>.

Las siguientes subsecciones buscan analizar la trayectoria y ventana de oportunidades de las niñas, niños y adolescentes dentro de sus entornos, como sujeto de derechos, en los temas referentes a protección, educación, seguridad alimentaria, nutrición y salud para así, determinar las barreras y necesidades de esta población frente al cumplimiento de sus realizaciones. La información que se va a presentar en la presente sección del reporte se resume en la tabla 2

12. Center on the Developing Child at Harvard University, *The Science of Early Childhood Development*, noviembre 2007. <https://bit.ly/3A1iYxZ>.

13. "A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential",

*Nurturing care for early childhood development (UNICEF, WHO, World Bank Group)*, consultado el 9 de noviembre 2022, <https://nurturing-care.org/>.

14. Cluster/sector de Educación en Emergencias, *Dashboard Caracterización Beneficiarios Primera Infancia en Emergencias*, julio 2022. <https://bit.ly/3WHfUB3>.

15. Convenio Universidad Pedagógica Nacional - Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (UPN-CINDE), *Primera infancia y política pública en Colombia*, marzo 2018. <https://bit.ly/3teAhl3>.

16. ACDI/VOCA, Proyecto Migración Venezuela, USAID. *Caracterización de la niñez y adolescencia migrante en Colombia*, abril 2021. <https://bit.ly/3fTl4JA>.



Tabla 2. Análisis situacional: tipos de atenciones vs. perfiles de atención

Indicadores	Alcance del indicador	Gestantes	Primera infancia	Infancia	Adolescencia
Derecho a una identidad (documentación)	Persona		X	X	X
Cuidado de la primera infancia	Persona		X		
Asistencia educación inicial, preescolar, básica y media	Persona		X	X	X
Consumo de alimentos	Persona	X	X		
Atenciones nutricionales	Persona	X	X	X	
Prácticas de alimentación infantil en niñas y niños de 0 -23 meses	Persona		X		
Frecuencia de comidas en niños y niñas de 6 meses a 59 meses	Persona		X		
Vacunación	Persona		X		
Problemas de salud	Persona		X	X	X
Salud mental	Persona		X	X	X
Salud sexual y reproductiva	Persona		X		X
Higiene menstrual	Persona				X
Acceso a sanitario niños	Persona		X		
Riesgos de protección	Persona		X	X	X

## 2. Caracterización



### Niños, niñas y adolescentes (NNA)

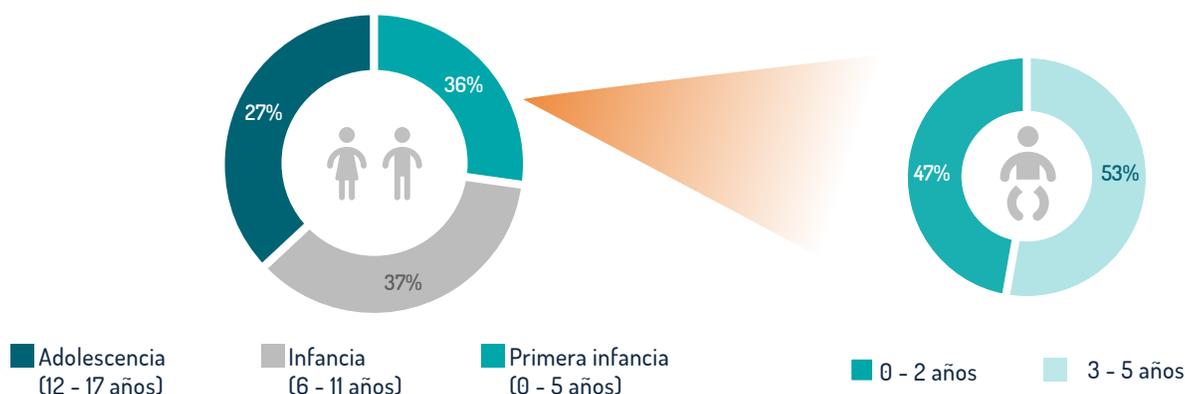
Del total de los niños, niñas y adolescentes reportados en la evaluación (4.103), el 36% (1.483) son niños y niñas de primera infancia entre los 0 y los 5 años, 37% (1.534) entre los 6 y los 11 años y 26% (1.086) entre los 12 y los 17 años. Del total de los niños y niñas de primera infancia incluidos (1.483), el 47% (695) están entre los 0 y los 2 años y el 53% (788) entre los 3 y los 5 años.



Tabla 3. Distribución de niñas, niños y adolescentes en vocación de permanencia

Tipo	Niños	Niñas	Total
Primera infancia	748	735	1.483
Infancia	780	754	1.534
Adolescencia	560	526	1.086
Total General	2.088	2.015	4.103

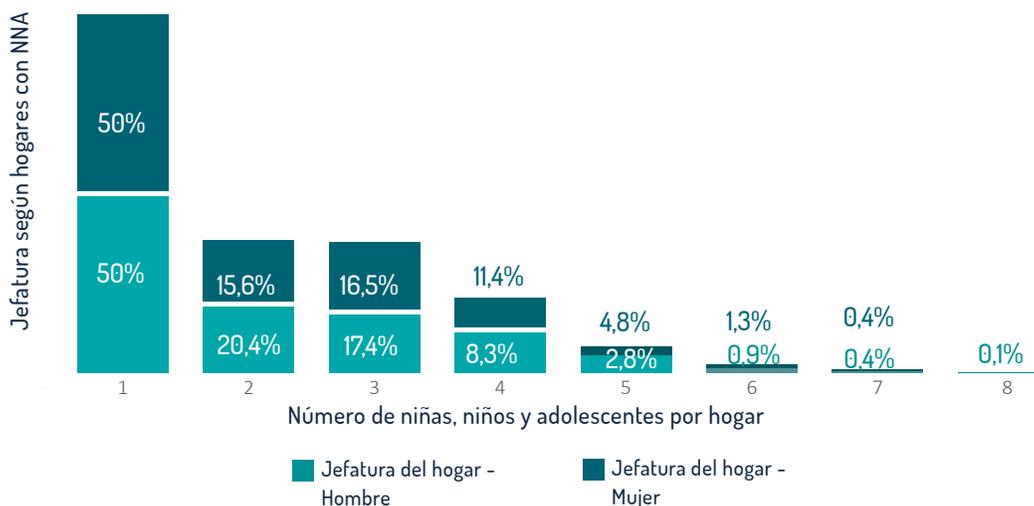
Gráfica 12. Proporción de niños y niñas de primera infancia, infancia y adolescencia identificados en la evaluación



De los 2.387 hogares entrevistados, el 62 % incluyen al menos una niña y/o niño de primera infancia, el 64% tiene al menos una niña y/o niño entre 6-11 años y el 45% una persona adolescente. Se destaca que, el 88% de los hogares refugiados y migrantes con niños y niñas, tienen entre 1 a 3 niñas, niños y/o adolescentes. Por su parte, 64 hogares entrevistados tienen incluso más de 5 niñas, niños y/o adolescentes. El 28% de los hogares evaluados tienen jefatura masculina, frente al 72% de los hogares con

jefatura femenina. De esta manera, como demuestra en la gráfica 13, los hogares con mayor número de niñas, niños y adolescentes con quienes tienen jefatura femenina, de estos, el 18% tiene mas de 4 niños y niñas; mientras que solo el 12% de los hogares con jefatura masculina tienen más de 4 niños y niñas. El mayor número de niños, niñas y adolescentes en los hogares con jefatura femenina, sugiere mayor carga de cuidado e inequidad para las mujeres.

Gráfica 13. Proporción de niños y niñas de primera infancia, infancia y adolescencia según jefatura del hogar





De las niñas y niños de primera infancia, el 7,8% pertenecen a hogares que se autorreconocen como indígenas y el 2,7% como negros o afrodescendientes. El 52,3% de las personas a cargo de los niños y las niñas de primera infancia son jóvenes entre 18 y 29 años. El 39% de estos jóvenes tienen bachillerato completo y el 3,7% tiene alguna discapacidad.

En lo que respecta a niñas, niños y/o adolescentes entre 6-17 años, el 7,9% pertenecen a hogares que se autorreconocen como indígenas y el 3,8% como negros o afrodescendientes. El 50% de las personas a cargo de los niños y las niñas son adultos entre 30 y 40 años. El 31% de estos adultos tienen bachillerato completo y el 9% tiene alguna discapacidad.



## Personas gestantes

Durante la evaluación se encuestaron 65 gestantes; 23,1% (15) se reconoció como indígena y/o negra, afrocolombiana o afrodescendiente. De los departamentos en donde se realizó la evaluación, La Guajira (23,1%), Santander (13,8%) y Antioquia (9,2%) tuvieron los mayores porcentajes de gestantes. El promedio de edad de las gestantes fue

26 años, destacando que 11% (7) estaba entre los 12 y 17 años y 20% (13) entre 19-22 años. Del total de hogares encuestados (2,387) el 2,7% (65) tenían gestantes, el 2,2% (52) tenían jefatura de personas gestantes y el 1,8% (43) además de ser gestantes y jefes de hogar, viven con otros niños, niñas y adolescentes en el hogar.



### 3. Análisis de necesidades



#### Niños, niñas y adolescentes

##### *Derecho a una identidad*

El derecho a la identidad permite que niñas y niños tengan un nombre, una filiación y una nacionalidad desde su nacimiento. Adicionalmente, es la puerta de entrada para la garantía de derechos esenciales como la salud, la educación, la alimentación y protección. El 99% de las niñas, niños y

adolescentes de 0-17 años con vocación de permanencia cuentan con algún documento de identidad. Este dato es más alto en contraste con la población encuestada durante el 2022, en donde en promedio, entre el 92%-95% de las niñas, niños y adolescentes de 0-17 contaban con algún documento.

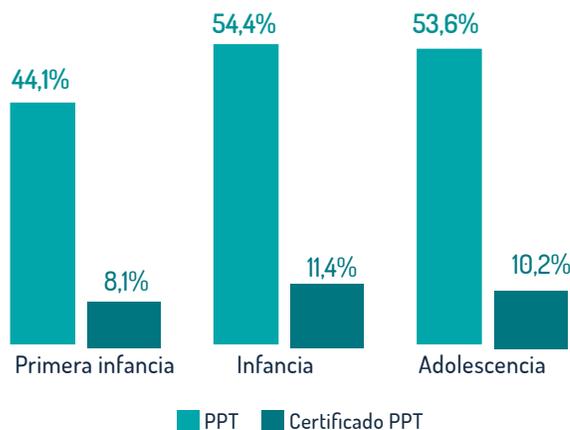
Gráfica 14: Documento de identidad en los NNA entre 0 y 17 años



Se destaca que 17 niñas, niños y adolescentes no cuentan con ningún documento, de estos, el 29% (5) pertenecen a primera infancia, 41% (7) pertenecen a infancia y 29% (5) son adolescentes. En primera infancia se identifica que 2 niñas y/o niños entre 0-2 años no cuentan con ningún documento de identidad, es decir, que se encuentran en un estado de riesgo de apatridia. La apatridia afecta el acceso a derechos como, la educación, el bienestar social, la atención médica, así como las libertades de circulación.

Como resultado de los esfuerzos nacionales en materia de regularización, se identifica que más del 40% de las niñas, niños y adolescentes cuentan con Permiso de Permanencia Temporal (PPT) y más del 8% se encuentran en trámite del PPT. De esta manera, el 52,2% de las niñas y niños entre 0-5 años, el 65,8% de las niñas y niños entre 6-11 años y el 63,8% de los y las adolescentes cuentan con PPT y/o certificado PPT, lo que les permite acceder a la oferta de servicios del Estado y de instituciones privadas, y les permite permanecer, transportarse, ingresar y salir del territorio colombiano.

Gráfica 15: Niños, niñas y adolescentes que tienen PPT/Certificado de trámite de PPT





En diciembre del 2022, a través de la resolución 4278 de 2022 de Migración Colombia<sup>17</sup>, se adoptó el formato de Certificación de Trámite del Permiso por Protección Temporal (PPT) como documento de identificación para los nacionales venezolanos dentro del territorio, con esta resolución, el certificado permitiría también acceso de servicios ofrecidos por el Estado mientras se decide y otorga el documento final de acuerdo con los términos<sup>18</sup>.

Por otra parte, cabe señalar que aún el 48% de las niñas y niños entre 0-5 años, el 34% de las niñas y niños entre 6-11 años y el 36% de las/los adolescentes no han iniciado con el proceso de solicitud del PPT, por lo que estas niñas, niños y adolescentes tienen limitaciones para acceder a los servicios que ofrece el Estatuto Temporal de Protección, al no cumplir con lo señalado en el artículo 2 de la Resolución 971 de 2021<sup>19</sup>.

De esta manera, más del 50% de los niños cuentan con PPT y/o se encuentran en proceso de adquirirlo, esto refleja avances en materia de regularización. Es relevante

resaltar que el proceso de EPTV continúa abierto para niños, niñas y adolescentes que se encuentren matriculados en una institución educativa<sup>20</sup>, en cuyo caso el RUMV estará habilitado durante toda la vigencia del Decreto 216 de 2021 (hasta el 30 de mayo de 2031); esto evita que los derechos de los (NNA) a la educación, salud, identidad y participación se pongan en riesgo.

También se identifica que en el 8.9% de los casos de refugiados y migrantes con nacionalidad venezolana, si bien algún adulto en el hogar cuenta con el PPT/Certificado de PPT, no todas las niñas, niños y adolescentes tienen este documento; así mismo, en el 12,9% de los hogares ningún niño, niña y/o adolescente tiene ese tipo de documentación aunque alguno de los adultos del hogar si; También se identifica que en los hogares donde los adultos no cuentan con PPT o su certificado de trámite, el 14.7% de los niños, niñas y adolescentes tampoco lo tienen y solo el 3.1% si lo tienen.

Tabla 4: Hogares con adultos y niños, niñas y adolescentes que tienen PPT/Certificado de trámite de PPT

Población observada con/ sin PPT y/o Certificado PPT		Hogares con niñas, niños y/o adolescentes			
		Todos tienen PPT/ Certificado PPT	No todos los NNA tienen PPT/ Certificado PPT	Ninguno tiene PPT/ Certificado PPT	Son colombianos
Adultos	Adultos con PPT/ Certificado PPT	43.1%	8.9%	12.9%	11.8%
	Adultos sin PPT/ Certificado PPT	3.1%	0.8%	14.7%	4.7%

17. Resolución 4278 de 2022 de Migración Colombia:

[https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%2FConexionContent%2FWCC\\_CLUSTER-210612%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased](https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%2FConexionContent%2FWCC_CLUSTER-210612%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased)

18. El otorgamiento de este certificado fue temporal, hasta el 30 de abril de 2023, además de los requisitos solicitados en la Resolución 971 de 2021.

19. Resolución 971 de 2021: i) venezolanos en situación migratoria regular, con algunos de estos documentos vigentes: PIP, PTP, PEP, PEP-FF; ii) venezolanos con salvoconducto SC-2, que estén en trámite del reconocimiento de la condición de refugiado; iii) venezolanos en condición migratoria irregular, que hayan ingresado al país antes del 31 de enero de 2021; iv) venezolanos que hayan ingresado a Colombia por un puesto de control migratorio entre el 31 de enero de 2021 y el 28 de mayo de 2023.

20. Se consideran otros requisitos incluidos los establecidos en la Resolución 971 del 2021 como: i) estén vinculados a un proceso administrativo de restablecimiento de derechos; y ii) estén vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes.

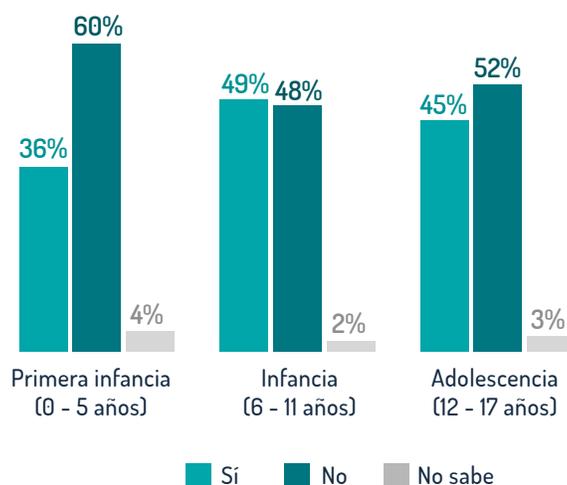


A junio del 2023, según datos de Migración Colombia el 6,4% (49.861) de las niñas, niños y adolescentes refugiados y migrantes venezolanos entre 0 a 17 años se encontraban en la etapa de pre-registro del ETPV. Los departamentos con mayor número de pre-registros dado el porcentaje de población refugiada y migrante venezolana residiendo en estos territorios son: Bogotá (19%), Antioquia (15%) y Norte de Santander (8%). El pre-registro, a su vez, prevalece mayor en niños, niñas y adolescentes entre 8 a 17 años y es muy similar entre sexos. Sin embargo, estos avances deben verse con cautela, dado que el pre-registro no es indicativo de contar con el PPT, el cual podría permitir el registro al Sistema de

Seguridad Social en salud y pensión, acceso al sistema financiero, acceso al sistema educativo, acceso a rutas de atención en caso de vulneración de sus derechos, entre otros<sup>21</sup>.

Solo el 60% de los niños y niñas en primera infancia que cuentan con el certificado de trámite de PPT han podido acceder a la oferta de servicios del Estado, como se muestra en la gráfica 16. Para los casos de niñas y niños de 6-11 años y adolescentes de 12-17 años, el 48% y 52% respectivamente, tampoco han logrado acceder a servicios.

*Gráfica 16: Niños, niñas y adolescentes que tienen certificado de trámite de PPT que han podido acceder o no a la oferta de servicios del Estado*



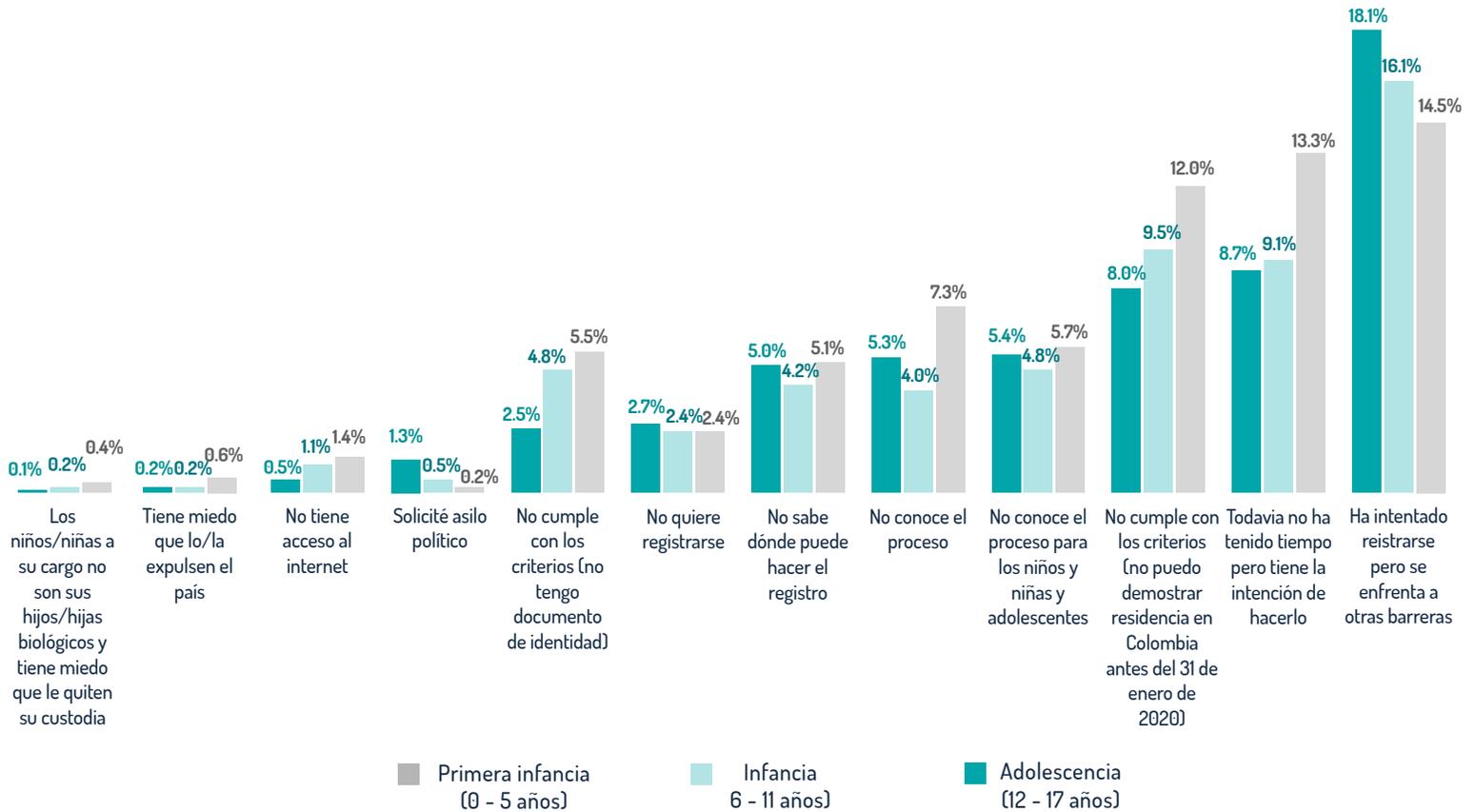
Dentro de los servicios a los que no han podido acceder este grupo poblacional se encuentran principalmente: servicios de salud (89% primera infancia; 90% infancia y 89% adolescentes), afiliación al SISBEN (48% primera infancia; 43% infancia y 29% adolescentes), educación (37% primera infancia; 25% infancia y 31% adolescentes) y a rutas de justicia ante vulneración de derechos (11% primera infancia; 14% infancia y 13% adolescentes).

En los hogares con niños, niñas y adolescentes hay personas que no se han registrado en el Permiso de Protección Temporal, las principales razones para no haberse registrado son: (1) porque se ha intentado registrar, pero se enfrenta a otras barreras, porque todavía no ha tenido tiempo, pero tiene la intención de hacerlo; (2) porque no cumple con los criterios (no puedo demostrar residencia en Colombia antes del 31 de enero de 2021); (3) porque no conoce el proceso para los niños y niñas y adolescentes; (4) porque no sabe dónde puede hacer el registro. Algunas de estas barreras persisten desde el 2022.

21. Migración Colombia, Tablero Preregistros ETPV. <https://tabsoft.co/3v6ODev>



Gráfica 17: Razones por las que niños, niñas y adolescentes no han iniciado con el proceso del PPT



Que las niñas, niños y adolescentes estén vinculados al ETPV, permite el acceso a la oferta de servicios del Estado, aunque no garantiza su calidad. A partir del análisis intersectorial, se identifica que las atenciones propias de un sector pueden influir en el acceso a servicios de otro sector, fortaleciendo así el desarrollo integral de los niños y las niñas. Así mismo, también puede evidenciar cómo la falta de acceso a ciertos servicios en un sector puede agravar la carencia de acceso a otros servicios en otro sector, lo que podría poner al niño o niña en una situación de mayor riesgo respecto a su desarrollo integral. Frente a esto, se identifica que tener PPT cumple con el objetivo de ser la puerta de entrada para el acceso a derechos básicos.

Por ejemplo, los niños y niñas en primera infancia que tienen PPT, tienden a tener mayor acceso a varias de las atenciones observadas: intervenciones nutricionales (31% vs 21% sin PPT), aseguramiento en salud (71% vs 9% sin PPT), educación inicial y preescolar (77% vs 44% sin PPT) y vacunación (64% vs 56% sin PPT). Para el caso de niñas y niños de 6-11 años, aquellos niños y niñas con PPT presentan un mayor acceso: intervenciones nutricionales (22% vs 19% sin PPT), aseguramiento en salud (66% vs 16% sin PPT), y educación básica (92% vs 72% sin PPT). Finalmente, para los/las adolescentes, tener PPT representa un mayor acceso al aseguramiento en salud (68% vs 14% sin PPT) y educación secundaria (79% vs 51% sin PPT). Ver análisis nominal por atenciones para curso de vida (final del capítulo).



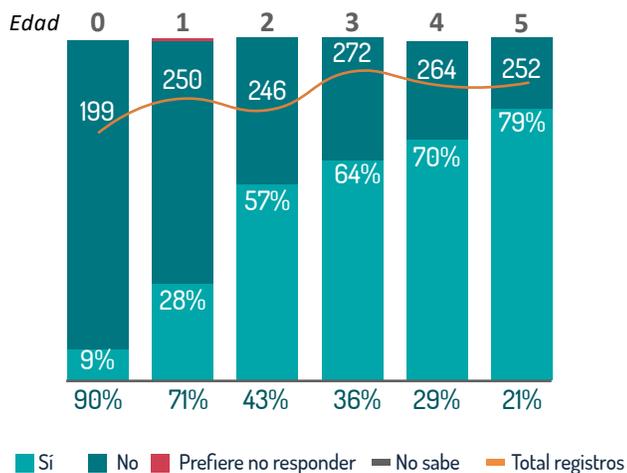
# EDUCACIÓN



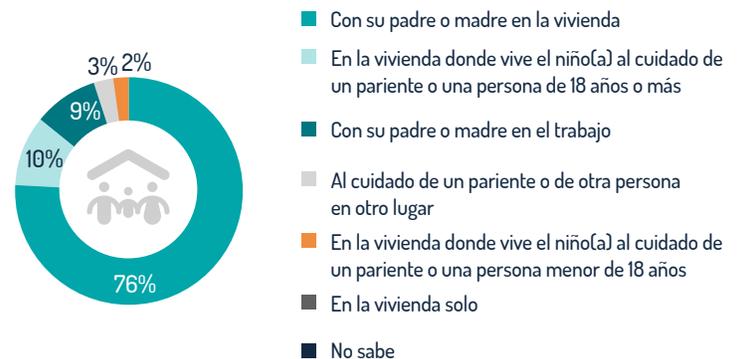
## Cuidado y acceso a educación inicial

Del total de los niños y niñas de 0 a 5 años de los hogares con vocación de permanencia, el 47% no se encontraban asistiendo a jardín, hogar comunitario, centro de desarrollo infantil o preescolar en el momento de la encuesta. Este porcentaje mejoró con respecto al 2022 en donde el 64% de los niños y niñas no asistían a estos servicios. Para este año, la mayor brecha se encuentra entre los niños de 0 a 2 años (33%) mientras que en la de 3 a 5 años es del 29%. (ver gráfica 18). Cabe destacar que los departamentos con menor porcentaje de asistencia son Cundinamarca (72%), Arauca (62% y Santander (58%). En contraste, los de mayor porcentaje de asistencia son Nariño (71%) y Atlántico (67%).

Gráfica 18. porcentaje de asistencia de niños y niñas de 0 a 5 años a educación inicial y preescolar por edad simple



Gráfica 19. En dónde y con quién permanecen al cuidado los niños y niñas la mayor parte del tiempo

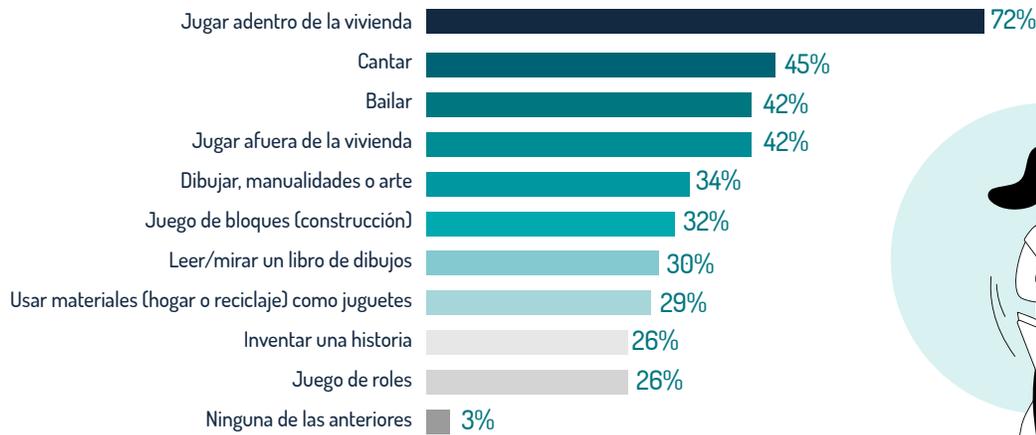


De los niños y niñas que no asisten, el 86% está al cuidado de su padre, madre o una persona mayor de 18 años, en la vivienda y el 3% al cuidado de un pariente u otra persona en otro lugar. El 2% de los niños y niñas están al cuidado en la vivienda por una persona menor de 18 años y el 10% reportaron estar al cuidado de su padre o madre en su lugar de trabajo, de los cuales el 50% son niños y niñas de 0 y 1 año. En condiciones de ausencia de oferta, esta situación puede constituirse en un riesgo de vulneración a sus derechos.

El entorno del hogar se constituye en el primer espacio de desarrollo de los niños y niñas en la primera infancia. Las experiencias y los tipos de interacciones que tienen los niños y las niñas con sus familias son la base para la construcción de su seguridad y autonomía. Los hogares informaron que las actividades que más realizan con sus hijos e hijas son jugar dentro de la vivienda (72%), cantar (45%) y bailar (42%). Las actividades que menos se realizan son aquellas relacionadas con acceso a materiales para el desarrollo y aprendizaje.



Gráfica 20. Actividades que realizan las familias con niños y niñas de 0 a 5 años en su hogar

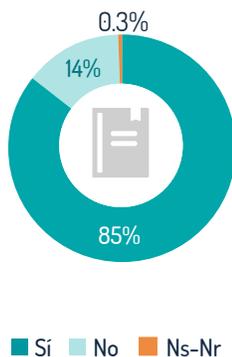


## INFANCIA (6 A 11 AÑOS)

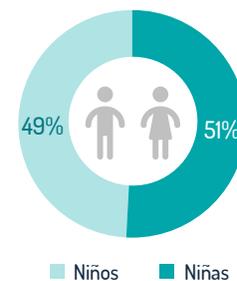
### Acceso a educación inicial

Respecto a la asistencia escolar de las y los niños y niñas con edad entre 6 y 11 años, se observó que el 85% de los NN se encuentran matriculados en una escuela o colegio, el 14% de los niños y niñas señaló que no están estudiando, y finalmente, el 0,3% expresó no saber o no respondió. Estos indicadores contrastan con los resultados del año 2022, en donde se encontró que el 24% de los niños y niñas no asistían al colegio o escuela, es decir una reducción de 10 puntos porcentuales, respecto al año anterior.

Gráfica 21. Niños y niñas entre 6 a 11 matriculados en la escuela/colegio



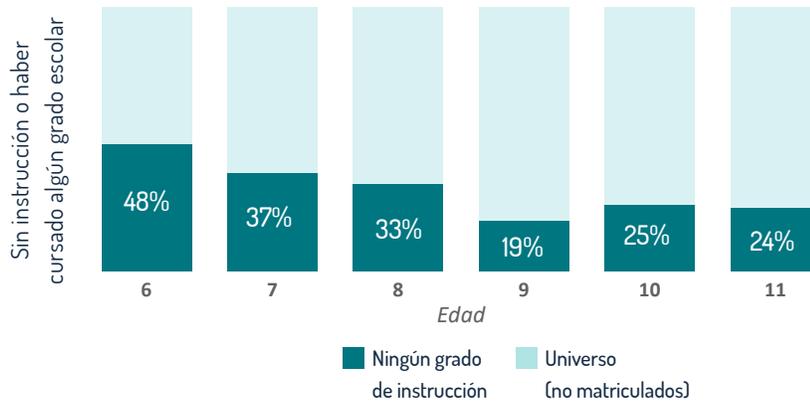
Gráfica 22. NN 6 - 11 años que NO se encuentran matriculados según sexo



Del total de niños y niñas que no se encuentran estudiando, el 51% corresponde a niñas.



Gráfica 23. Niños y niñas entre 6 y 11 años que NO se encuentran matriculados y nunca han ingresado al sistema educativo

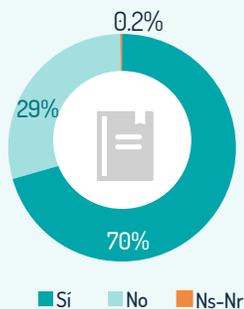


Con relación a los niños y niñas que no están matriculados en una escuela o colegio en edad de 6 a 11 años, se encontró que el 32% nunca ha ingresado al sistema educativo o cursado algún grado. Las mayores proporciones de los niños y niñas con esta situación, que adicionalmente se constituye en una condición de extraedad, se presentan en edades de 6 (48%), 7 (37%) y 8 años (33%).

## ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)

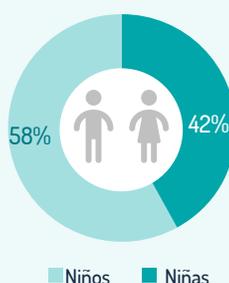
### Acceso a educación inicial

Gráfica 24. Niños, niñas o adolescentes (NNA) entre 12 y 17 matriculados en la escuela/colegio



Con relación a niños, niñas o adolescentes (NNA) de 12 a 17 años, se identificó que el 70% se encuentran matriculados en una escuela o colegio, el 29% afirmó no estar matriculados y un 0,2% expresó no saber o no respondió. Estos indicadores contrastan con los resultados del año 2022, en donde se encontró que el 37% de los niños y niñas no asistían al colegio o escuela, es decir una reducción de 8 puntos porcentuales, respecto al año anterior.

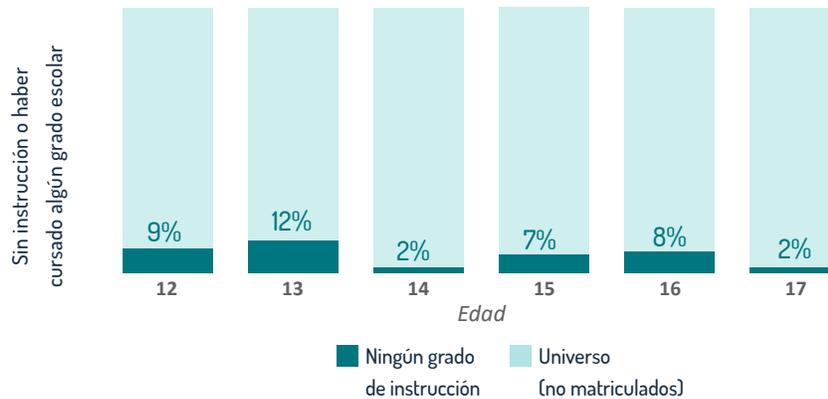
Gráfica 25. NNA 12 - 17 años que NO se encuentran matriculados según sexo



Del total de niños, niñas o adolescentes que no están estudiando en una escuela/colegio en edad entre 12 y 17 años, la mayor proporción corresponde a hombres con un 58%.

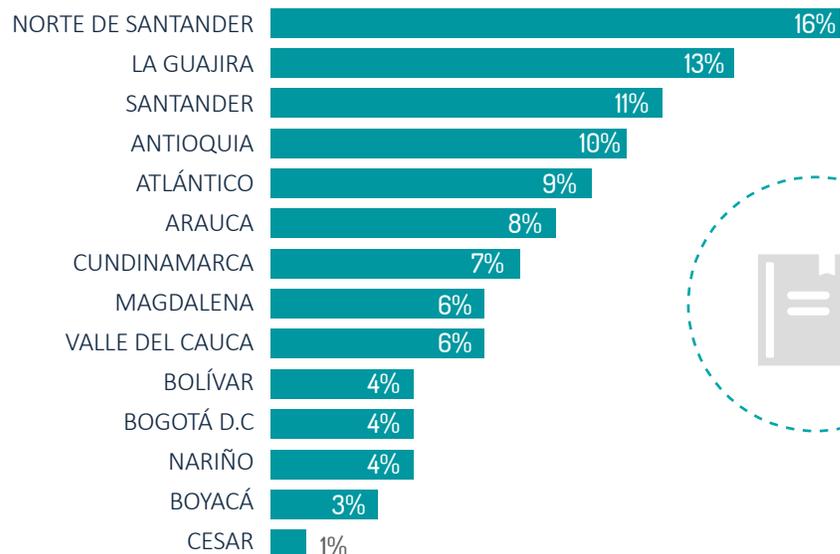


Gráfica 26. Niños, niñas y adolescentes de 12 a 17 años que NO se encuentran matriculados y nunca han ingresado al sistema educativo



Del total de NNA que no se encuentran matriculados en una escuela o colegio en edades de 12 a 17 años, se observó que el 6% nunca ha ingresado al sistema educativo o cursado algún grado. Las mayores proporciones con esta dinámica se presentan en los NNA que tienen 13 años (12%), 9 años (9%) y 16 años (8%).

Gráfica 27. NNA 6 - 17 años que NO se encuentran matriculados según departamento



Del total de niños, niñas y adolescentes que no se encuentran matriculados en una escuela/colegio en edades de 6 a 17 años, la mayor proporción se encuentra en Norte de Santander con el 16%, seguido de los departamentos de La Guajira (13%), Santander (11%) Antioquia (10%) y Atlántico (9%).

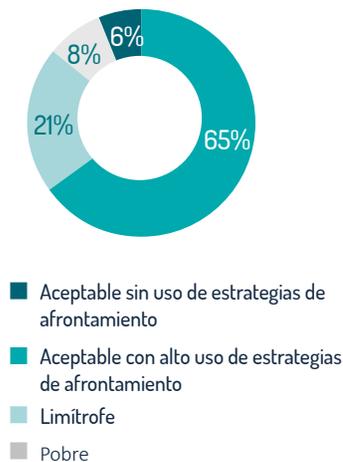


# SEGURIDAD ALIMENTARIA (SAN) Y NUTRICIÓN



## Personas gestantes

Gráfica 28. Consumo de alimentos en las gestantes con vocación de permanencia

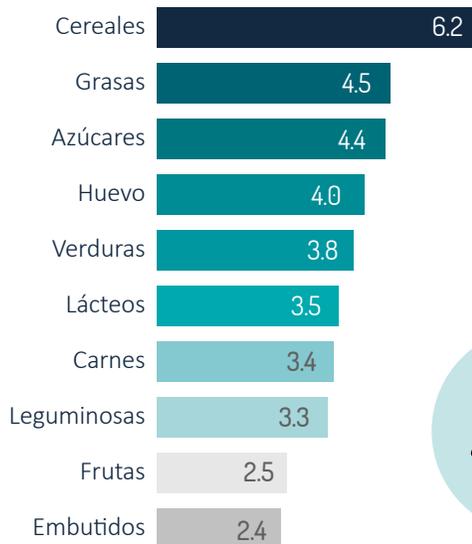


### CONSUMO DE ALIMENTOS

El 8% de las gestantes tuvo un consumo pobre de alimentos y el 21% al límite, lo que indica que sólo el 6% de las personas gestantes tuvo un consumo variado de todos los grupos de alimentos sin tener que acudir a estrategias de afrontamiento ante la falta de alimentos o el dinero para comprarlos.

El 65% de las gestantes tuvo que acudir a estrategias de afrontamiento como consumir alimentos menos preferidos o más baratos, disminuir el tamaño de las porciones, restringir el consumo de alimentos para que consuman los niños y pedir alimentos prestados o contar con la ayuda de familiares o amigos.

Gráfico 29. Promedio de días de consumo de grupos de alimentos por semana para las personas gestantes en vocación de permanencia



El reporte del consumo según grupos de alimentos refleja que los cereales fueron los de mayor consumo (6,2 días) seguido de las grasas (4,5 días) y azúcares (4,4 días). Aunque el consumo de cereales y grasas aportan energía necesaria dentro de la alimentación diaria, deben ser incluidos dentro de una alimentación equilibrada con otros grupos de alimentos. Los azúcares y grasas deben controlarse, el exceso puede tener efectos negativos para la salud y riesgo de enfermedades como la diabetes gestacional, aumento excesivo de peso y del riesgo de complicaciones para la gestante y el desarrollo del feto<sup>22</sup>.

En cuanto al número de comidas al día, el 60% de los hogares con gestantes consumieron 2 comidas al día o menos, este resultado indica las limitaciones para cubrir los requerimientos de energía y nutrientes específicos en la etapa gestacional.



## ATENCIÓNES NUTRICIONALES

Gráfico 30. Intervenciones nutricionales reportadas por las personas gestantes con vocación de permanencia



La suplementación con micronutrientes fue la intervención nutricional más reportada por las gestantes (53,8%) seguida de la evaluación nutricional (50,8%), mientras que las intervenciones como la desparasitación y el manejo preventivo del bajo peso se refirió en muy baja proporción (6,2% y 1,5% respectivamente).

Al comparar este resultado con la Evaluación Conjunta de Necesidades 2022, el porcentaje de gestantes que no accedieron a intervenciones nutricionales fue levemente mayor en 2023 (32.3%) que en 2022 (31,6%).

Al comparar los resultados por tipo de atención respecto al año 2022, la suplementación se reportó en mayor proporción 53.8% frente al 40,8% reportado en 2022. Llama la atención que el acceso a intervenciones como el manejo preventivo del bajo peso fue de sólo 1.5% en 2023 frente al 20,7% de 2022, la desparasitación fue 6,2% en 2023 frente al 12,6% en 2022 y las orientaciones en lactancia materna se reportó en el 29,2% en 2023 frente al 34,5% de 2022.

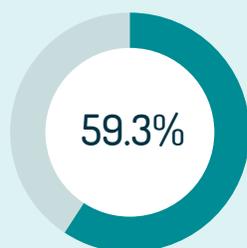
## Prácticas de alimentación infantil

### CONSUMO DE ALIMENTOS

#### Lactancia materna exclusiva

Sólo el 57,1% de las madres brindó lactancia materna exclusiva a los niños y niñas entre 0 y 5 meses de edad (n=84). La lactancia materna reduce la mortalidad, reduce la posibilidad de tener sobrepeso y obesidad y mejora el desarrollo infantil, por esto es una práctica recomendada en el 100% de los bebés menores de seis meses de edad.

57.1%



#### Lactancia materna complementaria

Sólo el 59,3% continuó con la lactancia materna luego de los 6 meses de edad del bebé. La leche materna puede proporcionar la mitad o más de las necesidades energéticas y nutricionales de un niño entre las edades de 6 y 12 meses, y un tercio de las necesidades entre los 12 y los 24 meses<sup>23</sup>.



## Dieta Mínima Aceptable



Para evaluar las prácticas de alimentación infantil se recomienda calcular la dieta mínima aceptable. Este indicador incluye la frecuencia mínima de alimentos y diversidad mínima de la dieta de los niños y niñas de acuerdo con su edad, también tiene en cuenta si está siendo amamantado o no. Es recomendado por la OMS y UNICEF y permite evaluar la calidad y cantidad de los alimentos ofrecidos a los bebés menores de 2 años.

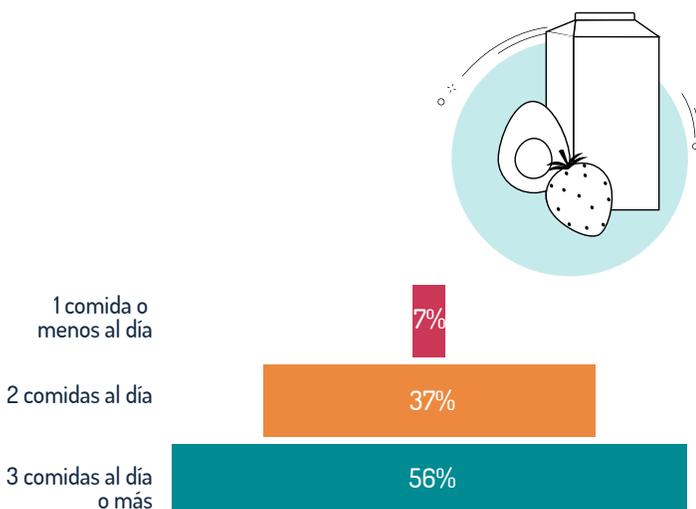
De los 337 niños y niñas entre los 6 y 23 meses, sólo 1 de cada 5 niños y niñas (24%) tuvo una dieta mínima aceptable, es decir que el 76% no tuvo una alimentación

variada ni con la frecuencia de consumo recomendada. Este porcentaje es inferior al reportado en la Evaluación Conjunta de Necesidades del 2022 (38,3%).

El 63,4% de los casos se mencionó el uso del tetero o biberón para ofrecer algún alimento. El biberón interfiere y afecta la práctica adecuada de la lactancia materna y está relacionado con el incremento de la morbilidad y mortalidad infantil por enfermedades diarreicas e infecciones que conlleva el uso de este utensilio<sup>24</sup>.

## Frecuencia de comidas en niños y niñas de 6 meses a 59 meses

Gráfica 31. Frecuencia de comidas en niños y niñas de 6 meses a 59 meses



Sólo el 37% de los niños y niñas consumieron 3 comidas al día, el 63% consumió 2 comidas al día o menos, de los cuales el 7% consumió 1 comida al día.

El consumo insuficiente de alimentos puede disminuir las posibilidades de cubrir los requerimientos de energía y nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, además aumenta el riesgo de deficiencias de nutrientes críticos como el Hierro y la Vitamina A en este grupo de edad.

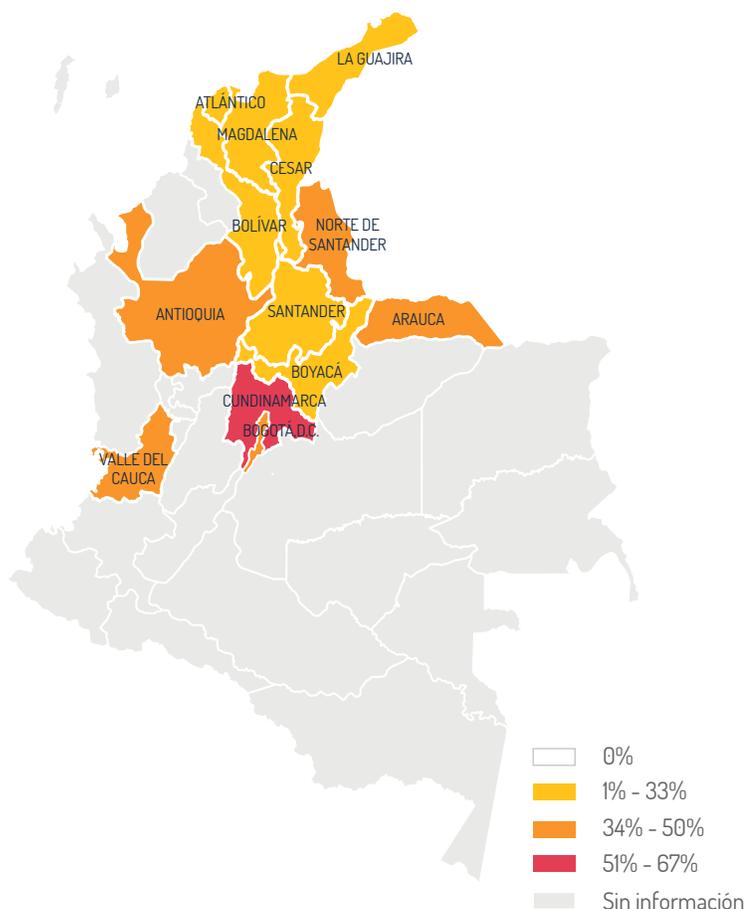
24. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. WHO y UNICEF. Disponible en : [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf)



## Atenciones nutricionales en niños y niñas de 0 a 4 años



Mapa 4. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 4 años sin acceso a intervenciones nutricionales por departamento



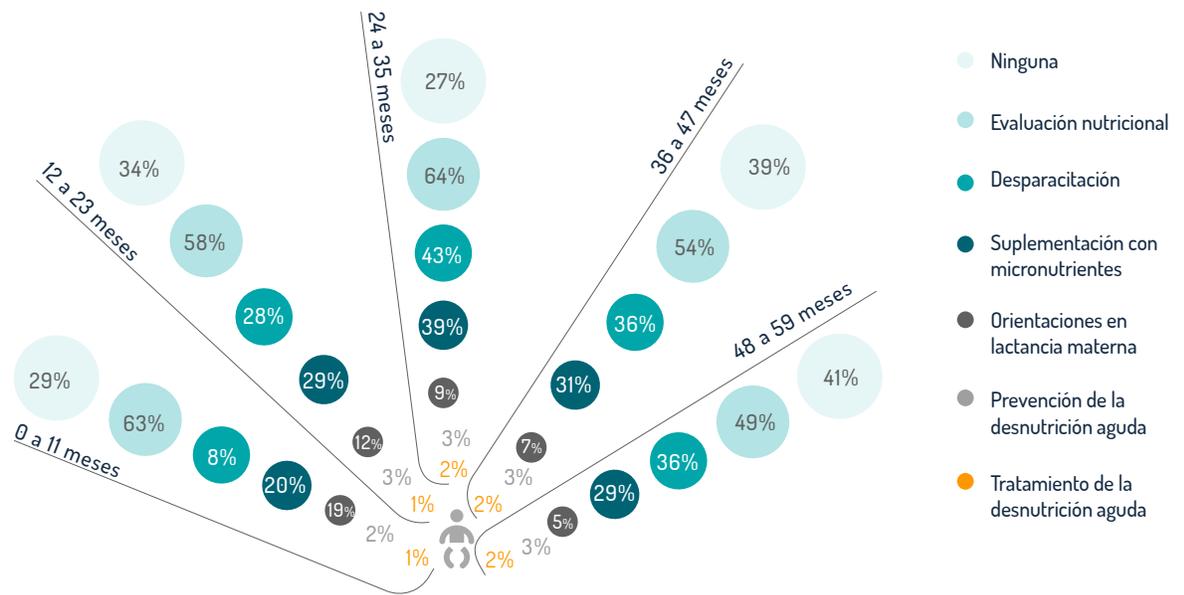
De los 1.231 niños y niñas menores de 5 años de los hogares encuestados, el 34% refirió no haber recibido intervenciones nutricionales en los últimos 3 meses. En comparación con la evaluación del 2022, esta brecha aumentó 7 puntos (27,3% en 2022).

La atención más reportada fue la evaluación nutricional con 57% seguida de la desparasitación (31%) y la suplementación con micronutrientes (30%). El manejo preventivo y tratamiento de la desnutrición aguda se reportaron en menor proporción (3% y 1% respectivamente). Las orientaciones en lactancia materna sólo se reportaron en el 10% de los niños y niñas.

Los departamentos con mayores brechas en atenciones nutricionales fueron Cundinamarca (67%), Bogotá (50%), Antioquia (47%), Arauca (40%) y Norte de Santander (41%).



Gráfico 32. Atenciones nutricionales reportadas por las madres, los padres o cuidadores de niñas y niños de 0 a 4 años de edad migrantes con vocación de permanencia según grupo de edad.



Al analizar las atenciones nutricionales por grupos de edad, los niños y niñas entre los 4 y 5 años reportaron los porcentajes más bajos de acceso a atenciones nutricionales en los últimos 3 meses (39% y 41% respectivamente).

La evaluación nutricional fue la más reportada en todos los grupos de edad con un promedio del 58%, en los niños y niñas menores de 2 años hubo más suplementación que desparasitación mientras que en los de 3 y 4 años la desparasitación fue mayor. En todos los grupos de edad, intervenciones como el manejo preventivo (3% en

promedio) y el tratamiento de la desnutrición aguda (1% en promedio) estuvieron muy por debajo de lo esperado.

Los niños recibieron mayor evaluación nutricional (58,8%), suplementación con micronutrientes (31,9%) y tratamiento preventivo para la desnutrición aguda que las niñas (55,7%, 28,3%, 1,9% respectivamente). Según la pertenencia étnica, el 8% (93) de los hogares con niños y niñas menores de 5 años se reconocieron como indígenas, y de este grupo, el 28% no refirió ninguna atención nutricional.

## Atenciones nutricionales a niños y niñas de 5 a 9 años de edad

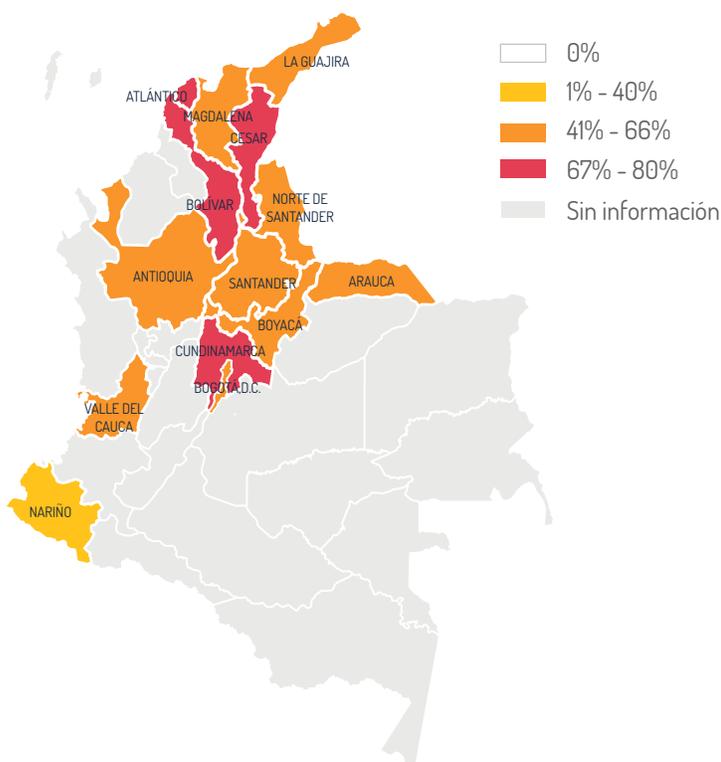
Gráfico 33. Atenciones nutricionales reportadas por las madres, los padres o cuidadores de niñas y niños de 5 a 9 años de edad migrantes con vocación de permanencia



De los 1348 niños y niñas entre los 5 a 9 años encuestados, el 58,5% no accedió a intervenciones nutricionales en los últimos 3 meses, siendo casi el doble de los niños y niñas menores de 5 años. La atención más reportada fue la evaluación nutricional (32%) seguida de la desparasitación (24,1%) y la suplementación con micronutrientes (17,4%). Intervenciones como el tratamiento preventivo (1,6%) y el tratamiento de la delgadez (1,2%) fueron las atenciones que se reportaron en menor proporción.



Mapa 5. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años sin acceso a intervenciones nutricionales por departamento.



Los departamentos con mayores brechas en atenciones fueron Cundinamarca (78%), Atlántico (72%), Bolívar (68%) y Cesar (67%), todos por encima del 67% de niños y niñas sin acceso a intervenciones nutricionales. Nariño (39%) y La Guajira (42%) tuvieron porcentajes menores a otros departamentos pero las cifras se encuentran por encima del 39% para este grupo de edad.

Según la perspectiva de género, las niñas recibieron mayor evaluación nutricional (33,2%) y tratamiento preventivo para la desnutrición aguda (2,3%) que las niñas (31%, 0,9% respectivamente), mientras que intervenciones como la suplementación con micronutrientes fue mayor en los niños (18%) que en las niñas (16,7%).

Según la pertenencia étnica, el 9% (n=119) de los hogares con niños y niñas entre los 5 y 9 años se reconocieron como indígenas, y de este grupo, el 47,9% no refirió ninguna atención nutricional.

## SALUD



### Mensajes clave

Se registraron más de cien niñas y niños “cero dosis” (que no han recibido ninguna vacuna entre los 0 y 5 años), Esto aumenta la probabilidad de contraer enfermedades prevenibles y pone en riesgo a las niñas/os y a la población en general.

La fiebre e infección se presentó como el síntoma más recurrente en niños/as de 0 a 5 años, lo que puede estar relacionado con las condiciones de movilidad, las condiciones precarias de vida y falta de acceso a servicios de salud adecuados en las que se encuentran las niñas y niños refugiados y migrantes.

El miedo, la ansiedad y la depresión son síntomas y problemas de salud mental que se encuentran relacionados con las condiciones de vida y las situaciones traumáticas que viven las personas refugiadas y migrantes y fueron los principales problemas que reportaron los grupos de hogares con personas en primera infancia, infancia y adolescencia.

Aunque las enfermedades crónicas no transmisibles se concentran en la población adulta o en la vejez, las enfermedades respiratorias crónicas fueron las más reportadas en niñas, niños y adolescentes y se ha demostrado



que la exposición al humo del tabaco o la contaminación del aire en entornos superpoblados o insalubres puede aumentar el riesgo de enfermedades respiratorias crónicas, como el asma, en niños y niñas refugiados y migrantes.

La orientación en temas de salud sexual y salud reproductiva y el uso de anticonceptivos fueron las principales necesi-

dades en salud sexual y salud reproductiva de los hogares con adolescentes y jóvenes, esto se corresponde con la evidencia donde las necesidades relacionadas con el conocimiento y la comprensión sobre los derechos sexuales y reproductivos son las más reportadas por las personas refugiadas y migrantes especialmente aquellas entre los 15 y 29 años.

## Vacunación de niñas y niños entre los 0 y 5 años

La garantía del cumplimiento de los esquemas de vacunación en la primera infancia es importante para disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles, así como su propagación. Las vacunas también previenen la discapacidad, que puede afectar al crecimiento y el desarrollo cognitivo de los niños y niñas<sup>25</sup>.

Los niños y niñas “cero dosis” son aquellos que no han recibido su primera vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DTP1). Los niños sub vacunados son aquellos que recibieron una dosis, pero no una tercera dosis protectora. Algunas enfermedades están resurgiendo en países donde se habían logrado controlar, y al mismo tiempo se están registrando aumentos de casos en países que aún no habían conseguido erradicarlas, un ejemplo de ello son los brotes de cólera, sarampión y poliomielitis<sup>26</sup>.

De los 1483 niñas y niños entre los 0 y 5 años de edad que se encontraban en los hogares con vocación de permanencia, el 7% (101) no contaba con esquema de vacunación (niños “cero dosis”). El 8% (16) de las niñas y niños que se encontraban en su primer año de vida no han recibido ningún biológico. El 19% (48) de las niñas y niños entre los 2 y los 5 años recibieron su última vacuna en el primer año de vida y no han recibido ningún otro biológico en los años posteriores (ver tabla 5).

Tabla 5. Niñas y niños entre los 0 y 5 años que han sido vacunados en sus primeros años de vida.

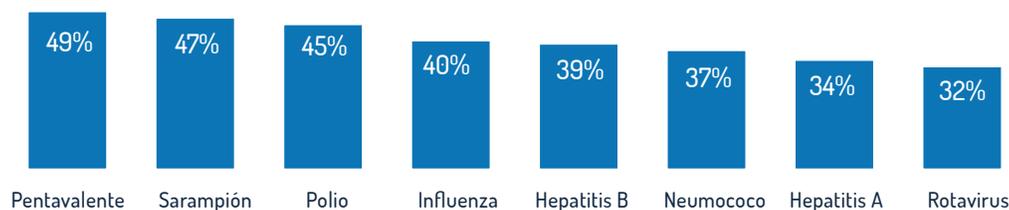
Edad actual	Edad de la última vacuna							Total No
	Sin vacuna	0	1	2	3	4	5	
0	8%	92%	0%	0%	0%	0%	0%	199
1	7%	42%	51%	0%	0%	0%	0%	250
2	5%	9%	44%	42%	0%	0%	0%	246
3	7%	6%	21%	40%	26%	0%	0%	272
4	7%	2%	13%	21%	31%	27%	0%	264
5	7%	1%	6%	5%	12%	41%	29%	252
<b>Total</b>	<b>7%</b>	<b>23%</b>	<b>23%</b>	<b>19%</b>	<b>12%</b>	<b>12%</b>	<b>5%</b>	<b>1.483</b>

25. Tomado de: <https://www.who.int/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-document---spanish.pdf>  
26. Tomado de: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2023>



De los 1.382 niños y niñas que recibieron al menos una vacuna en sus primeros cinco años de vida, el biológico Pentavalente<sup>27</sup> (49%), Sarampión (47%), Polio (45%), Influenza (40%) y Hepatitis B (39%) fueron los que más fueron administrados a esta población.

Gráfica 34. Vacunas recibidas por los niños y niñas en primera infancia (1.382). ¿Qué vacunas recibieron?



## Principales problemas de salud de las personas por curso de vida

En términos generales, los hogares con niñas y niños en la primera infancia e infancia reportaron un porcentaje mayor en problemas de salud como diarrea, vómito, dolores musculares, entre otros, comparado con hogares con adolescentes. De las 1.483 niñas y niños entre los 0 y 5 años, el 36% tuvo algún problema de salud, este porcentaje fue de 28% para el grupo entre 6 y 11 años (1534) y del 23% para los y las adolescentes (1086).

Al realizar un análisis de los principales problemas de salud reportados por curso de vida, se encontró que para los grupos de primera infancia e infancia, el principal problema de salud fue fiebre e infección (55% y 45% respectivamente), mientras que para los y las adolescentes fue dolores de cabeza (28%), (ver gráfica 35).

Después de la fiebre o infección, los principales problemas de salud reportados en el grupo de primera infancia fueron diarrea (27%), enfermedad con tos frecuente (25%), dificultad para respirar (24%) y vómito grave (21%). Para el caso del grupo de infancia, después de la fiebre y los dolores de cabeza, los problemas de salud más frecuentes fueron enfermedad con tos frecuente (19%), diarrea (18%), dificultad para respirar (18%) y vómito grave (17%). Por su parte, los y las adolescentes, después de los dolores de cabeza, refirieron

principalmente problemas como: fiebre o infección (26%), dolores musculares (18%), dificultad para respirar (11%), enfermedad con tos frecuente (10%) y diarrea (10%).

Es importante resaltar que, de acuerdo con las fuentes de información oficial (RIPS-029), en lo que va corrido de 2023 se atendieron 30.949 niños y niñas refugiados y migrantes menores de cinco años, el 18,6% por enfermedades respiratorias el 7,52% por enfermedades intestinales y parasitarias y el 6,15% por traumas o consecuencias de causa externa. En cuanto a curso de vida fueron atendidos 18.239 niños y niñas refugiados y migrantes de 6 a 11 años, con una frecuencia similar en diagnóstico referido a los niños y niñas entre 0 y 5 años de edad. (enfermedades respiratorias 16,06%, enfermedades intestinales y parasitarias 10,48% y traumas o consecuencias de causa externa 10,42%)<sup>28</sup>.

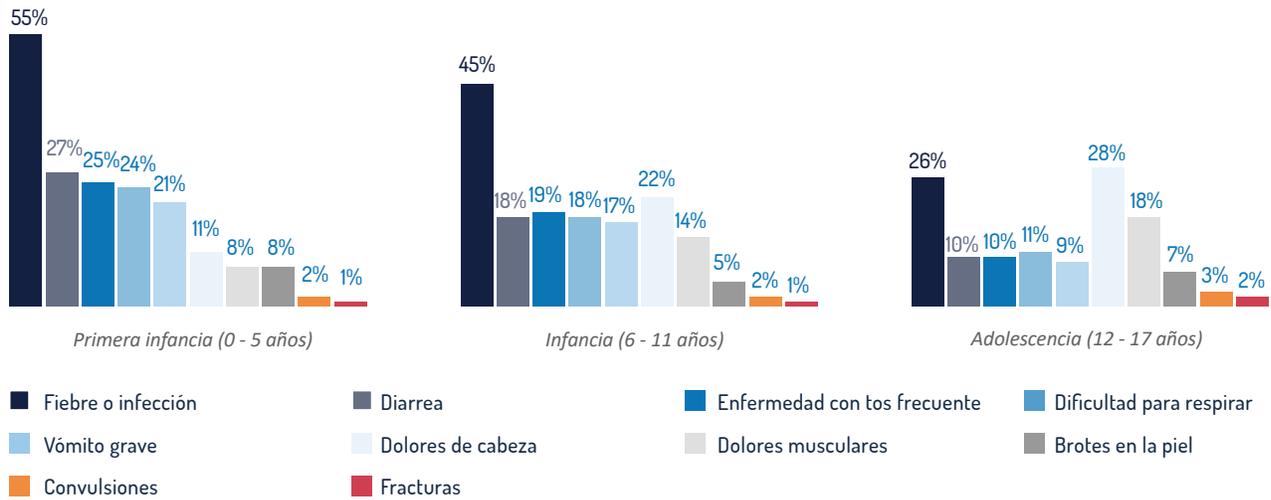
Las enfermedades transmisibles como infecciones, diarrea aguda y las lesiones de causa externa son un problema de salud frecuente de las niñas, niños y adolescentes refugiados y migrantes, lo que puede estar relacionado con las condiciones en las que viven, el escaso acceso a agua y la falta de acceso de servicios de salud adecuados<sup>29</sup>.

27. La vacuna PENTAVALENTE, también llamada quintuple, es importante para la población infantil menor a 5 años. Es una vacuna combinada que protege a los niños menores de cinco enfermedades: difteria, tos ferina, tétanos, Haemophilus influenzae tipo b y hepatitis B. Tomado de: <https://www.paho.org/es/historias/vacuna-que-protege-contra-cinco-enfermedades>

28. Circular 029. Base de datos Minsalud-SISPRO, consulta realizada en septiembre 2023



Gráfica 35. Principales problemas de salud de los niños, niñas y adolescentes por curso de vida



## Grupos de hogares que presentaron síntomas relacionados con problemas de salud mental por curso de vida

El 18% de los hogares con niñas y niños entre los 0 y 11 años refieren no tener ningún síntoma relacionado con problemas de salud mental, para el grupo adolescentes entre 12 y 17 años este porcentaje fue del 14%.

Del total de hogares con niñas, niños y adolescentes que refieren tener algún síntoma o diagnóstico relacionado con problemas de salud mental, el miedo (entre 50-52%), la ansiedad (40-45%), la depresión (34-39%), y el cansancio y baja energía (37-38%) fueron las respuestas más frecuentes. Lo que puede estar relacionado con el impacto en las condiciones de los movimientos de los hogares de la población refugiada y migrante venezolana que llega al país con niñas, niños y adolescentes.

Respecto a las cifras oficiales de atención a población refugiada y migrante se observó que para niños y niñas entre 6 a 11 años se registraron 654 menores con algún trastorno mental de comportamiento. De acuerdo al último

informe del Observatorio Nacional de Salud y Migración (ONSM), de 2019 a 2021, se notificó 3% de enfermedades relacionadas con salud mental en curso de vida de infancia (188.910) donde las causas más habituales de consulta fueron trastornos de ansiedad y estrés, trastornos emocionales y de comportamiento, autismo, episodios depresivos, intoxicación por consumo de SPA y otras causas<sup>29</sup>.

En cuanto a las atenciones en salud mental, de acuerdo con las cifras oficiales de SISPRO en el 2022 se atendieron 557 personas en curso de vida primera infancia, 1250 en infancia y 1414 adolescentes por diagnósticos relacionados con trastornos mentales<sup>31</sup>, lo que se corresponde con la evidencia que indica que los problemas relacionados con salud mental se hacen más notables a partir de la infancia y la adolescencia, lo que puede generar repercusiones en el desarrollo y bienestar de las niñas, niños y adolescentes<sup>32</sup>.

29. Tomado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>

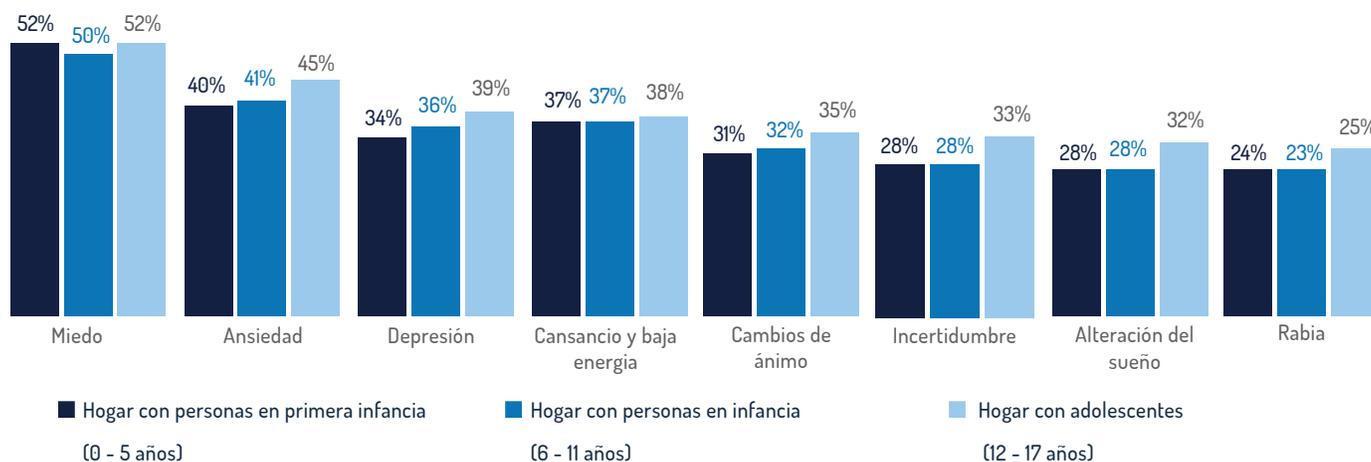
30. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/panorama-salud-ninos-ninas-adolescentes-migrantes-venezuela.pdf>

31. Circular 029. Base de datos Minsalud-SISPRO, consulta realizada en septiembre 2023

32. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/panorama-salud-ninos-ninas-adolescentes-migrantes-venezuela.pdf>



Gráfica 36. Grupos de hogares que presentaron síntomas relacionados con problemas de salud mental por curso de vida



## Personas con enfermedades crónicas por curso de vida

Aunque alrededor del 80% de las enfermedades crónicas no transmisibles se concentran en el curso de vida de la adultez y vejez, los resultados de la encuesta mostraron que existe un porcentaje entre el 1% y 4% de niñas, niños y adolescentes que han sido diagnosticados con una de estas patologías. Un estudio realizado por el ICBF encontró que, del total nacional en 2020, al 2,4% de las niñas, niños y adolescentes le han diagnosticado una enfermedad crónica y de estos, solo el 62,3% recibió tratamiento<sup>33</sup>.

De las 1.483 niñas y niños entre los 0 y 5 años, 143 de ellas (9,6%) han sido diagnosticadas con enfermedad renal, enfermedad cardiovascular o enfermedad respiratoria aguda u otra enfermedad crónica. Para el grupo de niñas y niños entre los 6 y 11 años, de las 1.534 personas en este grupo, 208 (13,5%) fueron diagnosticadas con hipertensión, diabetes, enfermedad renal, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica u otra. Para el grupo de adolescentes (1.086), 143 personas (13,1%) han sido

diagnosticadas de hipertensión, diabetes, enfermedad renal, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica u otra patología crónica. La enfermedad crónica más recurrente en los tres cursos de vida fueron las enfermedades respiratorias crónicas (ver gráfica 37) después de la categoría otra\*. Las enfermedades cardiovasculares se presentaron más en personas en primera infancia, comparado con quienes están en la infancia o en la adolescencia.

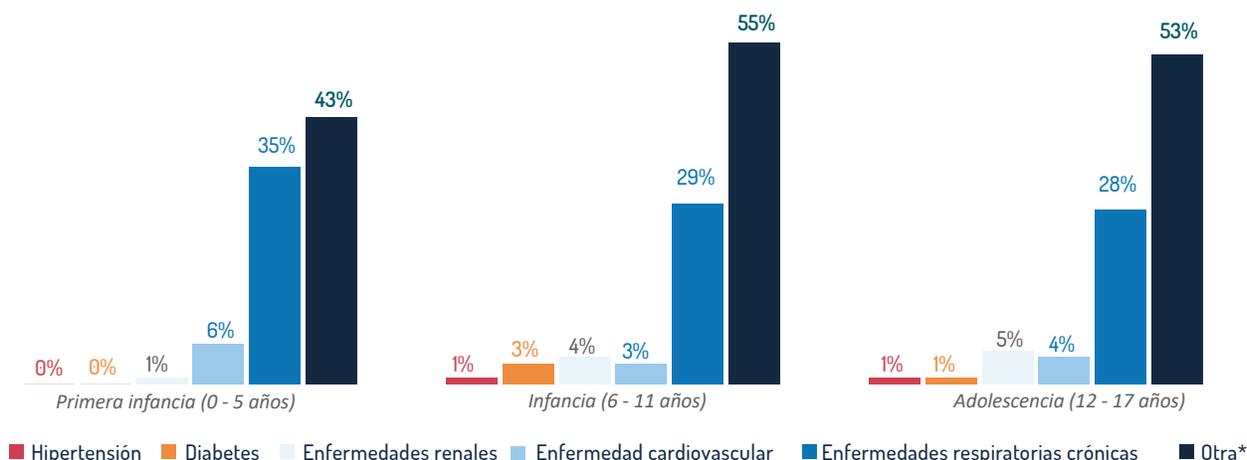
Lo anterior se corresponde con los datos oficiales de las atenciones en salud (RIPS) del año 2022, donde el principal diagnóstico de atención en los tres grupos de edad fueron las enfermedades respiratorias crónicas. Se atendieron 1.864 niñas y niños entre 0 a 5 años; 1.502 entre 6 y 11 años, y 378 adolescentes entre 12 y 17 años. Así mismo, la segunda causa más frecuente de consulta fueron las enfermedades del sistema circulatorio en los 3 grupos de edad<sup>34</sup>.

33. Tomado de: [https://www.icbf.gov.co/system/files/25042022\\_caracterizacion\\_nna\\_migrantes.pdf](https://www.icbf.gov.co/system/files/25042022_caracterizacion_nna_migrantes.pdf)

34. Circular 029. Base de datos Minsalud-SISPRO, consulta realizada en septiembre 2023



Gráfica 37. Personas entre los 0 y 17 años con enfermedades crónicas



\*La categoría Otra hace referencia a otro tipo de enfermedad crónica diagnosticado en las niñas, niños y adolescentes, diferente a hipertensión, diabetes, enfermedad renal, cáncer o VIH.

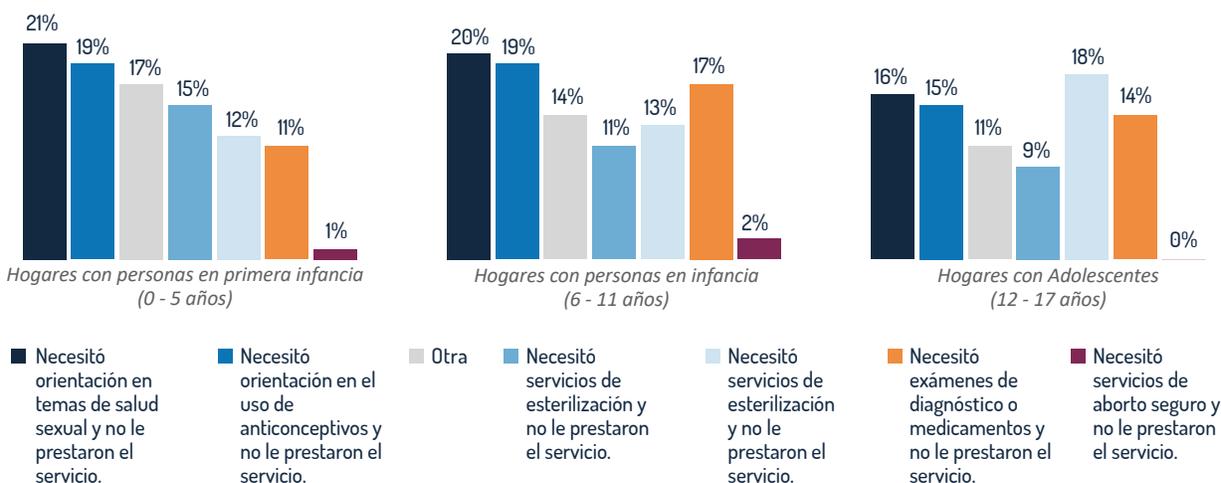
## Grupos de hogares con adolescentes que presentaron necesidades en salud sexual y salud reproductiva

En el caso de los hogares encuestados con adolescentes entre los 12 y 17 años, el 13% tuvieron una necesidad relacionada en salud sexual y salud reproductiva. Exámenes de diagnósticos o medicamentos (18%), orientación en temas de salud sexual (16%) y orientación en el uso de anticonceptivos (15%) fueron las necesidades que más refieren los adolescentes y no recibieron atención.

Un estudio liderado por la OPS/OMS encontró que las necesidades de información sobre derechos de salud

sexual y reproductiva están entre las principales necesidades, con un mayor riesgo en jóvenes de 15 a 29 años y personas de la comunidad LGBTIQ+ debido a la mayor vulnerabilidad y la exposición a espacios inseguros para su autocuidado, aseo personal e intimidad, necesidades de atención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, apoyo psicosocial por violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conflictos familiares y procesos de transición de género<sup>35</sup>.

Gráfica 38. Grupos de hogares que presentaron necesidades en salud sexual y salud reproductiva por curso de vida





## AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE (WASH)



### Gestión menstrual

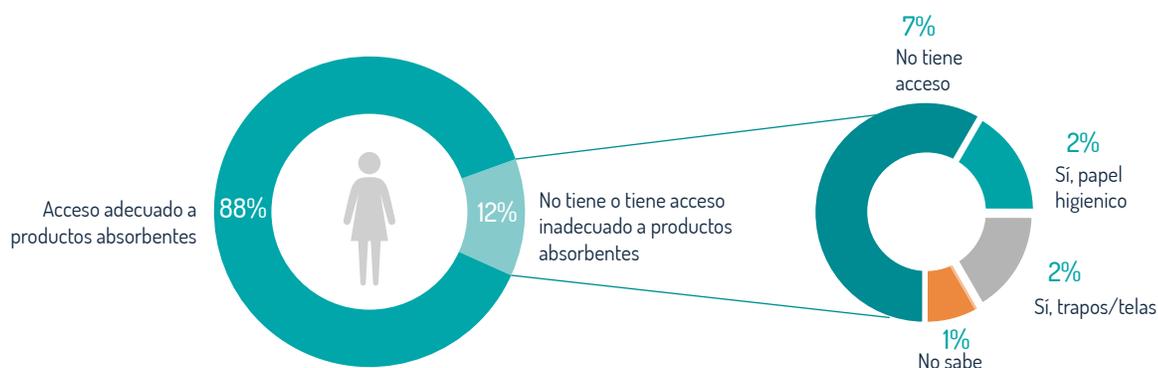
En cuanto a los hogares constituidos por niñas o adolescentes mayores de 9 años (836), cuando se le preguntó al jefe de hogar a cuál producto íntimo de higiene personal tuvieron acceso las niñas, mujeres y personas menstruantes en su hogar durante su última menstruación, se encuentra que la mayoría de las niñas y adolescentes tuvieron acceso adecuado a productos absorbentes (88%) tales como, toallas higiénicas, copa menstrual, tampones y/o protectores. El 12% restante, que resalta no tener acceso o tener acceso inadecuado a productos absorbentes, utilizan productos como papel higiénico y/o trapos o telas.

Independientemente de que los hogares con niñas, mujeres y personas menstruantes tengan o no acceso adecuado a productos absorbentes, se identifica que el 51% de ellos han tenido dificultades para adquirir los

elementos necesarios para atender el periodo menstrual, asociadas principalmente con el costo de los productos (97%), el 11% de los hogares con alguna mujer y/o niña suspendieron o interrumpieron sus actividades académicas a causa del periodo menstrual y el 11% no cuenta con acceso a instalaciones o con acceso limitado para el lavado de manos.

Según la evidencia, la dificultad para obtener los artículos adecuados, como el conocimiento e infraestructura amigable y funcional, incrementa la inasistencia escolar de niñas y adolescentes; y a su vez potencializa los riesgos de niñas y adolescentes a infecciones en su tracto urinario o su aparato reproductor. También, se encuentra que, al tener reducción en su movilidad por no contar con elementos de gestión menstrual, aumentan los riesgos de situaciones de abuso sexual.

Gráfica 39: Acceso a productos para la gestión menstrual que tienen los hogares con NNA





## Prácticas de defecación al aire libre

Gráfica 40: Lugares donde defecan los niños menores de 6 años



El 6.5% (89) de los niños y niñas menores de 5 años en hogares con vocación de permanencia tiene prácticas de defecación al aire libre, ya sea porque no cuentan con un servicio sanitario (4,9%) o porque el inodoro tiene descarga directa a fuentes de agua (1,6%) de acuerdo con la escalera de servicios del JMP. Este tipo de prácticas puede contaminar los alimentos, el agua y el medio ambiente, y puede propagar enfermedades. Junto con malas prácticas de higiene, la exposición a materia fecal puede generar diarreas o infecciones intestinales que siguen siendo una de las principales causas de mortalidad infantil, morbilidad, desnutrición y retraso en el crecimiento afectando negativamente al desarrollo cognitivo en la infancia. Así mismo, el acceso a fuentes con agua segura, el saneamiento y la higiene básicas, tanto a nivel de prácticas como de infraestructura del hogar proporcionan un entorno sano para evitar afectaciones sobre las niñas y niños<sup>37</sup>.

Además de generar afectaciones sobre la salud, las prácticas de la defecación al aire libre también pueden socavar la dignidad y seguridad de las personas,

especialmente de niñas y mujeres. Cuando se ven obligadas a recorrer grandes distancias para llegar a instalaciones higiénicas adecuadas, pueden incurrir en un mayor riesgo de sufrir actos de violencia<sup>38</sup>.

De esta manera, el 24% de los hogares con al menos una niña, niño o adolescente no cuentan con instalaciones para lavarse las manos o tiene un balde o ponchera. Por otro lado, el 8% de los hogares tiene condiciones limitadas de higiene, ya que, si bien cuentan con instalaciones, carecen de agua y/o jabón. Dentro del 21% de los hogares que manifestaron tener problemas con las instalaciones sanitarias, se identifica que los problemas más comunes son la insuficiencia de instalaciones (41,2%), la falta de acceso a instalaciones de saneamiento (18,5%), la limpieza (17,9%) y privacidad e inseguridad (15,6%).

Esta información se complementa con la evaluación realizada por el Programa Mundial de Alimentos, en donde el 19% de hogares con vocación de permanencia en donde viven mujeres y niñas reportaron haber tenido problemas de seguridad mientras hacían uso de los servicios sanitarios, siendo en el departamento de Arauca, donde los hogares de población refugiada y migrante tuvieron más eventos de inseguridad para las mujeres y/o niñas que usan los servicios sanitarios<sup>39</sup>.

Gráfica 41: Problemas en instalaciones sanitarias que manifiestan los hogares con niñas, niños y adolescentes



36. Tomado de: UNICEF - Saneamiento: El saneamiento es esencial para la supervivencia y el desarrollo de niños y niñas. <https://www.unicef.org/es/saneamiento>

37. Tomado de: Acción Contra el Hambre - Día Mundial del Retrete: "La defecación al aire libre, una de las principales causas de desnutrición".

<https://www.accioncontraelhambre.org/es/te-contamos/actualidad/dia-mundial-del-retrete-la-defecacion-al-aire-libre-una-de-las-principales-causas-de-desnutricion>

38. Tomado de: UNICEF - Saneamiento:

<https://www.unicef.org/es/saneamiento#:~:text=sea%20pr%C3%A1cticamente%20imposible.,Defecaci%C3%B3n%20al%20aire%20libre, enfermedades%20graves%20como%20el%20c%C3%B3lera>

39. ESAE-Programa Mundial de Alimentos (WFP)

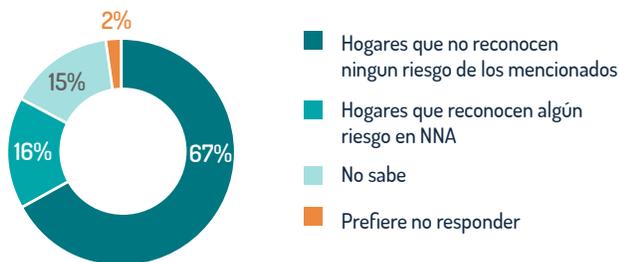


# PROTECCIÓN



## Riesgos de protección de la niñez migrante y refugiada en Colombia

Gráfica 42. Porcentaje de hogares que identificaron riesgos en NNA



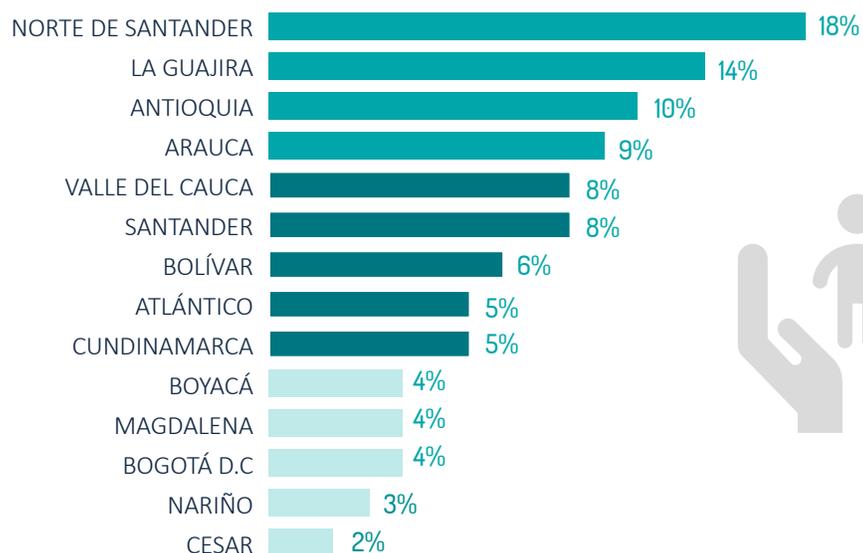
Como parte de la evaluación conjunta de necesidades realizada sobre la población migrante venezolana con vocación de permanencia, se buscó identificar riesgos de protección a los que niños, niñas y adolescentes se encuentran expuestos como: Reclutamiento, uso y utilización, solos o no acompañados, separados de sus padres, embarazo adolescente (14 a 18 años), embarazo

en menor de 14 años, madres adolescentes (14 a 18 años), madres menores de 14 años, violación o abuso sexual, explotación sexual, trata de personas, uniones tempranas, trabajo infantil, falta de documentación y discriminación por su nacionalidad.

Como resultado de esta evaluación de necesidades se encuentra que los niños, niñas y adolescentes refugiados y migrantes con vocación de permanencia siguen enfrentando riesgos de protección en sus hogares o en contextos comunitarios. El 16% de los hogares encuestados indicó haber conocido alguna niña, niño o adolescente que ha experimentado alguna amenaza o vulneración de sus derechos.

Los departamentos donde se identificaron con mayor frecuencia los riesgos de protección anteriormente mencionados fueron: Norte de Santander (18%, La Guajira (15%), Antioquia (10%) y Arauca (9%); seguidos de Valle del Cauca, Santander y Bolívar

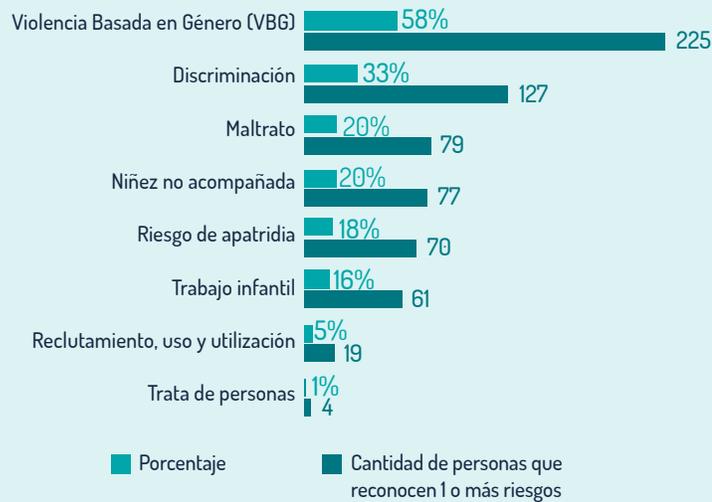
Gráfica 43. Departamentos donde se identificaron con mayor frecuencia riesgos en NNA





El 58% de los hogares que reconocieron riesgos en niños, niñas y adolescentes, asocian uno o más riesgos con algún tipo de violencia basada en género. Se identifica que las niñas y mujeres adolescentes experimentan riesgos diferenciales de protección por violencia sexual, ser madres gestantes siendo menores de 14 años y expuestas a uniones tempranas y matrimonios forzados. La discriminación por nacionalidad y los niños, niñas y adolescentes no acompañados y/o separados de sus padres también se encuentran dentro de los riesgos más frecuentes.

Gráfica 44. Cantidad de personas que reconocen 1 o más riesgos en NNA

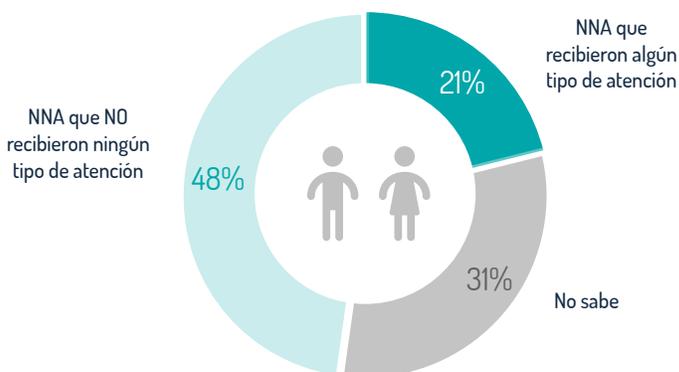


Los niños, niñas y adolescentes refugiados y migrantes con vocación de permanencia siguen enfrentando riesgos en el marco del conflicto armado y la violencia armada. El 5% de los hogares encuestados respondió haber identificado dinámicas de reclutamiento y utilización en sus comunidades. Además, un 1% reconoce afectaciones en protección de la niñez por dinámicas de trata y tráfico con fines de explotación sexual.

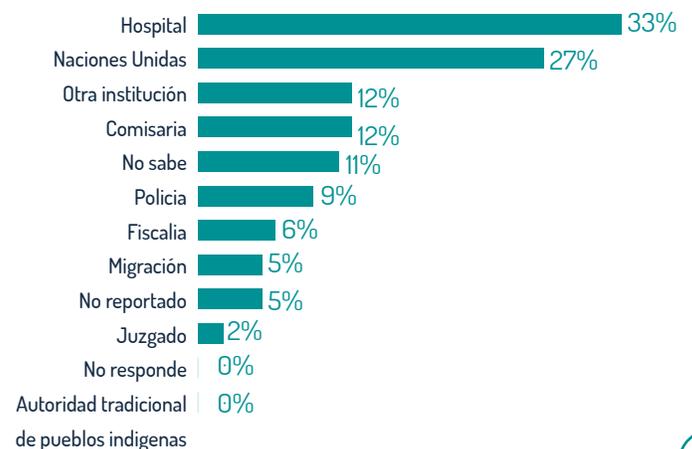
## Tipos de atenciones ante afectaciones de protección a niños niñas y adolescentes

El 48% de los hogares encuestados que reconocieron algún riesgo de los mencionados en niños, niñas y adolescentes, dicen no haber recibido ningún tipo de atención. Esto indica que solo 2 de cada 10 niños que presenta algún riesgo de protección ha recibido atención como: hospitalaria (33%), atención por alguna agencia de Naciones Unidas (27%) y otras instituciones (12%) (ver gráfica 45).

Gráfica 45. Atenciones a NNA en riesgo



Gráfica 46. Atenciones que recibieron NNA ante algún tipo de afectación de protección

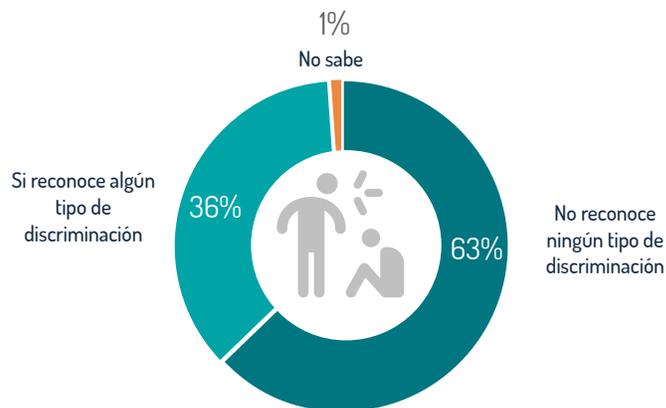




## Causas de discriminación en niños, niñas y adolescentes

Los hogares con vocación de permanencia reconocen la discriminación como el segundo riesgo más frecuente al que se enfrentan niños, niñas y adolescentes refugiados y migrantes. El 36% de los hogares que tienen al menos una niña, niño o adolescente han experimentado en los últimos 12 meses alguna situación de discriminación. Dentro de las principales razones por la que los hogares han sentido discriminación es por su nacionalidad, sin embargo, otras razones como el sexo, las condiciones de discapacidad y la orientación sexual persisten como motivos de discriminación sobre la población.

Gráfica 47. Porcentaje de hogares que en los últimos 12 meses, ha experimentado alguna situación de discriminación



Los contextos en los cuales los hogares refugiados y migrantes con niñas, niños y adolescentes presentan alguna discriminación son principalmente la calle (54%), instituciones educativas (12%) e instituciones de salud (6%). Espacios como las instituciones educativas, las instituciones de salud y otros espacios recreativos son entornos protectores de las niñas y niños que reducen otros riesgos asociados al reclutamiento, uso y utilización, entre otros.

Gráfica 48. Motivos por los cuales, en los últimos 12 meses, los hogares experimentaron discriminación



Gráfica 49. Porcentaje de hogares que reconocen discriminación en diferentes contextos



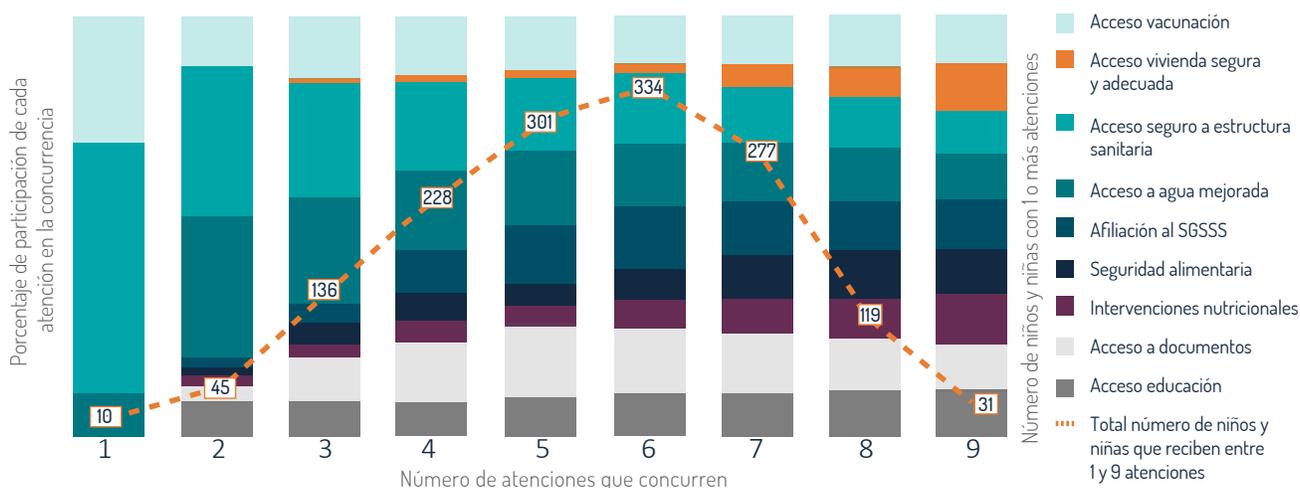


## Análisis nominal de la atención integral para la primera infancia, la infancia y la adolescencia\*

### Análisis de concurrencia de las atenciones en el marco de la atención integral:

El análisis de concurrencia de las atenciones busca evaluar la atención integral que reciben los niños y niñas refugiados y migrantes en diferentes etapas de su vida (primera infancia, infancia y adolescencia). Esto se realiza mediante la observación de indicadores que muestran si tienen acceso a un número específico de atenciones para el curso de vida. La gráfica 50 muestra, la cantidad de niños y niñas que reciben atenciones por frecuencia de atenciones que recibe cada niño. Las barras representan los tipos de atenciones más representativas para cada frecuencia de atención por niño. El objetivo ideal es que la curva se incline hacia la derecha, lo que significa que la mayoría de los niños reciben una atención integral, escenario en el cual se deberá evaluar la calidad y pertinencia de las atenciones.

**Gráfica 50. Análisis de la concurrencia de atenciones para la primera infancia**



En promedio, los niños y niñas de 0 a 5 años incluidos en la evaluación acceden simultáneamente a 5,4 atenciones de las 9 observadas. 2 (0,1%) niños y/o niñas no acceden a ninguna atención.

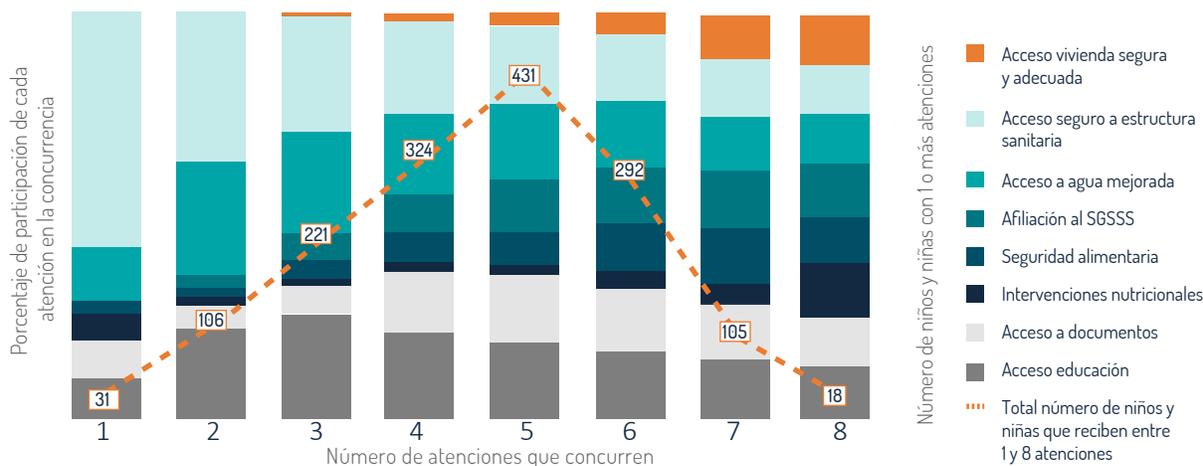
Las atenciones más comunes en términos de concurrencia son el acceso al agua mejorada y la disponibilidad de una estructura sanitaria segura. Esta situación se repite en los tres grupos de edad (0-5 años, 6-11 años y 12-17 años).

A medida que aumenta la concurrencia de atenciones, se observa un incremento en el acceso a documentos, educación inicial y vacunación.

Existe una brecha crítica en ciertos aspectos: De los 334 niños y niñas que reciben 6 atenciones, solo 48 de ellos tienen acceso a una vivienda segura, 140 acceden a atenciones nutricionales y 155 tienen un adecuado consumo de alimentos. Esta brecha es más pronunciada para los niños y niñas que reciben 5 atenciones o menos.



**Gráfica 51. Análisis de la concurrencia de atenciones para la infancia**

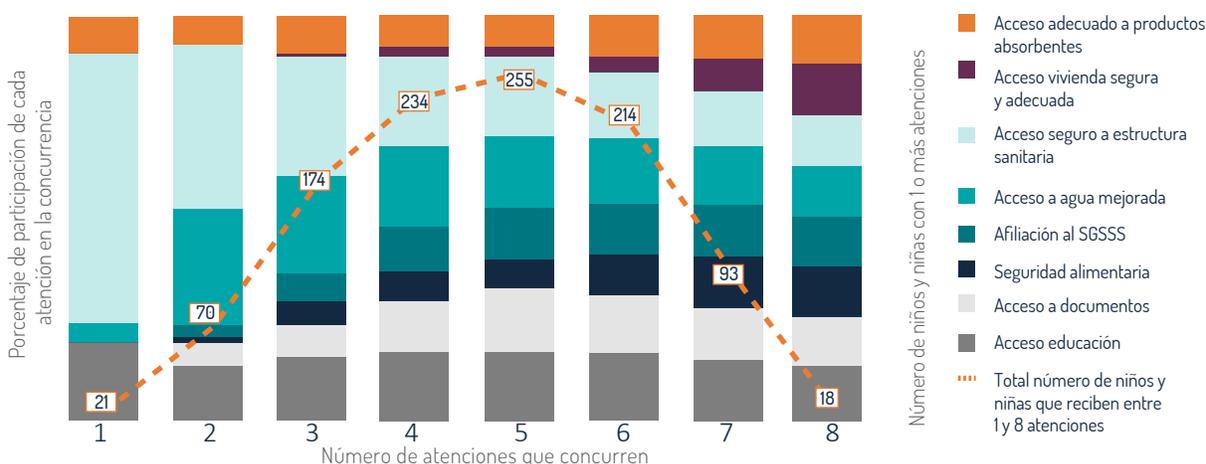


En promedio, las niñas y niños de 6 a 11 años incluidos en la evaluación acceden al tiempo a 4,4 atenciones de las 7 observadas. 6 niñas y/o niños no acceden a ninguna atención.

A medida que aumenta la concurrencia de atenciones, se observa un aumento en el acceso a la educación, la afiliación a salud y la obtención de documentación.

Existe una brecha crítica en ciertos aspectos: De los 431 niños y niñas que reciben 5 atenciones, solamente el 15% (65) de ellos cuentan con una vivienda segura. Además, el 44% (188) de los niños y niñas tienen adecuado consumo de alimentos, y solo el 10% (45) de los niños de 6 a 9 años tienen acceso a atenciones nutricionales. Esta brecha es más pronunciada para los niños y niñas que reciben 4 atenciones o menos.

**Gráfica 52. Análisis de la concurrencia de atenciones para la adolescencia**



En promedio, las niñas de 12 a 17 años tienen acceso a 5 de las 8 atenciones observadas, mientras que los niños tienen un promedio de 4,1 de las 7 atenciones.

A medida que aumenta la concurrencia de las atenciones, se observa un mayor énfasis en el acceso a la educación y la afiliación a salud.

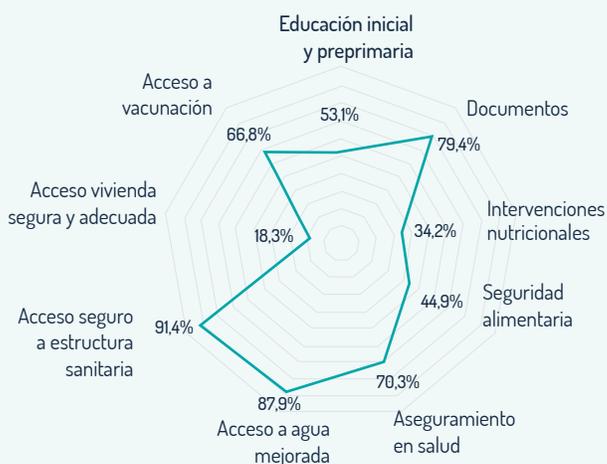
Se identifica una brecha crítica en ciertos aspectos: De los 234 niños y niñas que reciben 4 atenciones, solamente el 6% (16) de ellos cuentan con una vivienda segura y adecuada, y el 30% (70) tiene adecuado consumo de alimentos. Esta brecha es más pronunciada para los niños que reciben 3 atenciones o menos.



### Análisis de relaciones críticas entre atenciones

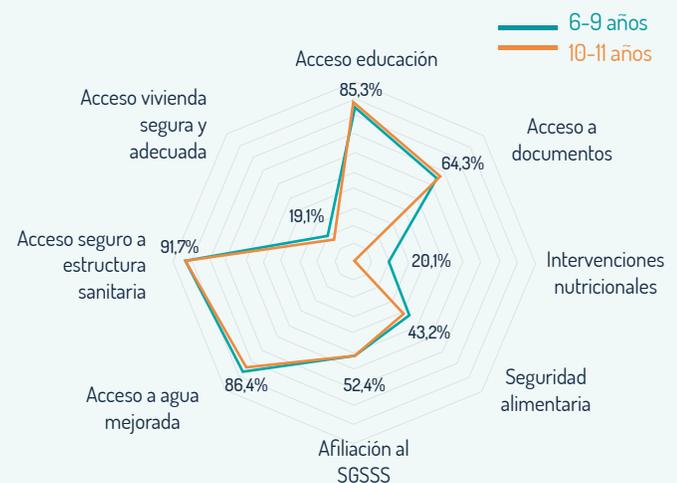
El análisis de posibles relaciones críticas tiene como objetivo examinar, desde una perspectiva intersectorial, cómo las atenciones propias de un sector pueden influir en el acceso a servicios de otro sector, fortaleciendo así el desarrollo integral de los niños y las niñas. Por otro lado, también puede evidenciar cómo la falta de acceso a algunos servicios puede limitar el acceso a otros servicios, lo que podría poner al niño o niña en una situación de mayor riesgo respecto a su desarrollo integral. A continuación, se presentan algunos ejemplos de estas relaciones críticas, los cuales se ampliarán en los informes correspondientes.

**Gráfica 53. Análisis de relaciones críticas entre atenciones para primera infancia**



- La asistencia de los niños y niñas a un servicio de educación inicial (53%), puede estar asociado a un mejor acceso a intervenciones nutricionales (41% vs el 26% sin asistencia a educación inicial). Esto puede evidenciar un resultado positivo en la gestión que se realiza desde las modalidades de educación inicial frente a la valoración nutricional y la oportuna atención nutricional de los niños y niñas en coordinación con los prestadores de servicios de salud.
- De los niños y niñas que no tienen acceso a agua mejorada (175), solo el 33% accede a intervenciones nutricionales y el 26% de sus hogares tuvo inseguridad alimentaria. Esta concurrencia puede aumentar el riesgo de desnutrición aguda y otras formas de malnutrición.
- De los 550 niños y niñas venezolanos se observa que tener PPT (52%) puede estar asociado a tener mayor acceso a varias de las atenciones observadas: intervenciones nutricionales (31% vs 21% sin PPT), aseguramiento en salud (71% vs 9% sin PPT), y educación inicial y preescolar (77% vs 44% sin PPT) y vacunación (64% vs 56% sin PPT). Esto indica que tener PPT cumple con un objetivo de ser la puerta de entrada para el acceso a derechos básicos.

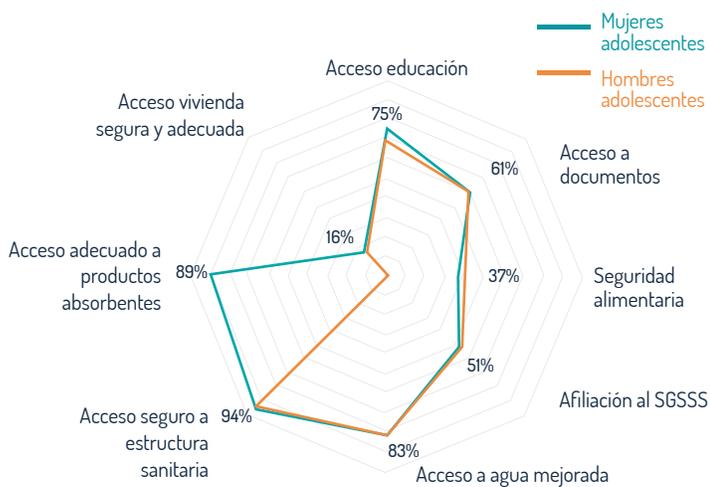
**Gráfica 54. Análisis de relaciones críticas entre atenciones para la infancia**



- De los 149 niñas y niños entre 6-9 años que no tienen acceso a agua mejorada, el 76% tampoco han tenido acceso a intervenciones nutricionales completas, lo que podría aumentar el riesgo de morbilidad asociada.
- De los 221 de las niñas y niños sin acceso a agua mejorada, el 38% (84) tiene un punto de toma de agua por fuera de la casa, de estos el 24% (20) manifiesta que el agua es de mala calidad. Esto podría estar asociado a riesgos a enfermedades vinculadas con la calidad del agua y a riesgos en protección.
- De los 955 niños y niñas venezolanos con PPT (67%) en todas las atenciones observadas se presenta un mayor acceso: intervenciones nutricionales (22% vs 19% sin PPT), aseguramiento en salud (66% vs 16% sin PPT), y educación básica (92% vs 72% sin PPT). Esto indica que tener PPT cumple con un objetivo de ser la puerta de entrada para el acceso a derechos básicos.



**Gráfica 55. Análisis de relaciones críticas entre atenciones para la adolescencia**



- El 89% (468 niñas) de las adolescentes entre 12-17 años tienen acceso adecuado a productos absorbentes, el 16% (76) no tiene acceso a agua mejorada y el 25% (118) no tienen instalaciones para lavarse las manos.
- El 86% (939) de los adolescentes presentan o habitan con algún miembro de la familia, que reporta síntomas relacionados con problemas de salud mental, de estos, el 79% (741) no han recibido atención frente a estos síntomas lo que puede estar asociado a que el 48% (357) no tiene aseguramiento en salud. A esta situación se suma que además el 45% (161) viven en hacinamiento dentro de las viviendas.

- De los 653 adolescentes venezolanos con PPT (65%) en todas las atenciones observadas se presenta un mayor acceso: aseguramiento en salud (68% vs 14% sin PPT), y educación secundaria (79% vs 51% sin PPT). Esto indica nuevamente que tener PPT cumple con un objetivo de ser la puerta de entrada para el acceso a derechos básicos.

#### \* Definiciones de las atenciones

**Educación inicial y preprimaria:** Niñas, niños y/o adolescentes (NNA) que se encuentran actualmente matriculado/as en el jardín, hogar comunitario, centro de desarrollo infantil, preescolar o colegio.

**Documentos:** Niñas, niños y/o adolescentes que cuentan con algún documento de identidad

**Intervenciones nutricionales:** Niños y niñas entre 0-9 años que recibieron intervenciones nutricionales completas, es decir, evaluación nutricional junto con alguna otra intervención como desparasitación o entrega de purgantes, vitaminas como hierro, vitamina A, vitaminas en polvo o jarabe, entrega de sobres amarillos para prevención de la desnutrición aguda, entrega de sobres rojos para tratamiento de la desnutrición aguda y/u orientaciones o información sobre lactancia materna a padres y/o cuidadores.

**Seguridad Alimentaria:** Hogares con alguna niña, niño y/o adolescente en un estado de seguridad alimentaria y/o seguridad alimentaria marginal.

**Aseguramiento en salud:** Niños, niñas y/o adolescentes que se encuentran afiliados a alguna entidad de seguridad social en salud.

**Acceso a agua mejorada:** Hogares con alguna niña, niño y/o adolescente que obtiene principalmente el agua para consumo humano de acueducto por tubería, carrotanque, de otra fuente por tubería, agua embotellada o en bolsa y/o de pila pública.

**Acceso seguro a estructura sanitaria:** Hogares con alguna niña, niño y/o adolescente que tiene servicio sanitario con conexión a inodoro conectado a alcantarillado y/o inodoro conectado a pozo séptico.

**Acceso a vivienda segura y adecuada:** Hogares con alguna niña, niño y/o adolescente con viviendas dignas y adecuadas, es decir aquellas que no presentan afectaciones en el lugar en el que vive.

**Acceso Vacunación:** Niñas y niños menores de 5 años que han recibido alguna vacuna durante el último año.

**Acceso adecuado a productos absorbentes:** Niñas entre los 12-17 años que utilizan productos absorbentes como, protectores, toallas higiénicas, tampón y/o copa menstrual.



# 6 ACCESO A BIENES Y SERVICIOS BÁSICOS

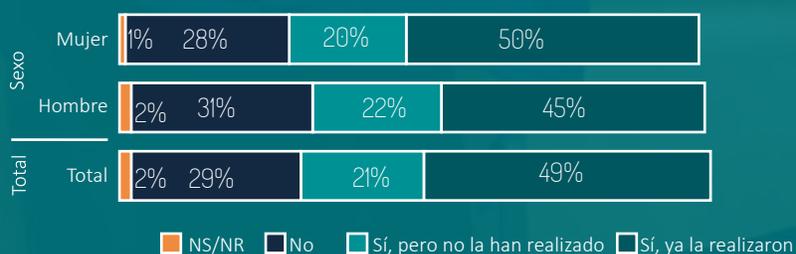
## ACCESO AL SISBÉN:

El Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de programas sociales-SISBEN- permite hacer una clasificación de la población de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos, quienes tienen peores condiciones son sujetos de diferentes ayudas estatales, dentro de las cuales una de la más importante es el aseguramiento en salud por medio del régimen subsidiado.

Uno de los primeros pasos para obtener la clasificación en el SISBEN es la solicitud de una encuesta que permite identificar y valorar distintos aspectos del hogar. La evaluación de necesidades indagó si la población refugiada y migrante había hecho una solicitud para que se les practicara esta encuesta en cada uno de los hogares. Los resultados indican que dentro los hogares en condición regular, a la mitad (49%) les realizaron la encuesta SISBEN y un 21% está a la espera de que le realicen la encuesta.

Por otro lado, la gráfica 56 también revela que los hogares en donde las mujeres son jefas de hogar hay una mayor proporción de hogares con encuesta SISBEN, comportamiento explicado principalmente por la mayor prevalencia de condiciones de vulnerabilidad en hogares con jefatura femenina.

Gráfica 56. Solicitud encuesta SISBEN por sexo del jefe de hogar





## MEDIOS DE VIDA



### Acceso al trabajo y condiciones laborales

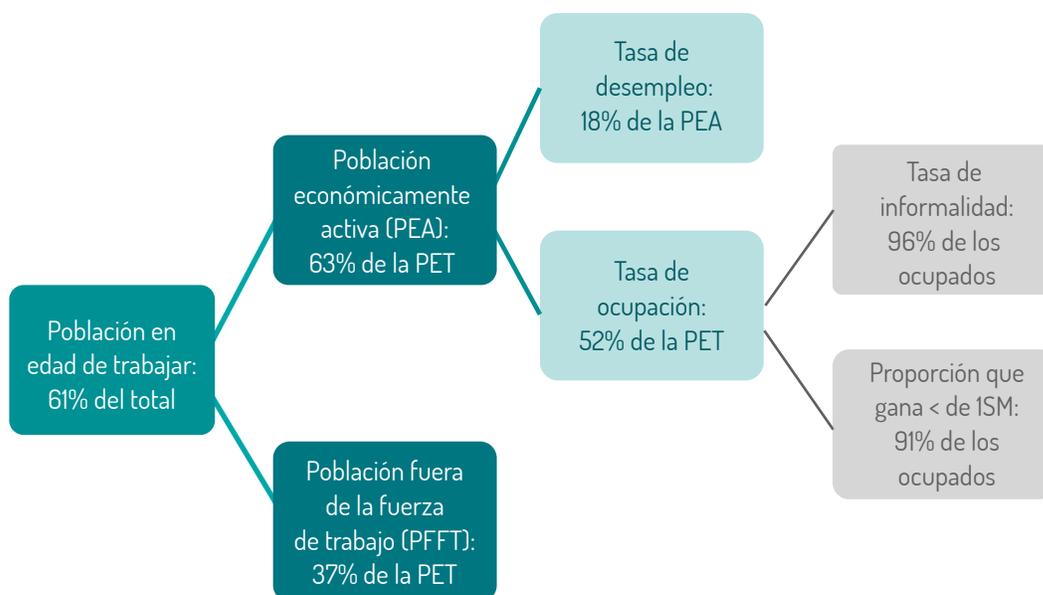
Los indicadores generales de mercado de trabajo muestran que las personas refugiadas y migrantes tienen dificultades para conseguir un trabajo y, para quienes se encuentran trabajando, sus condiciones tienen un alto grado de precariedad. También, se identifican grandes brechas por sexo, en donde las mujeres tienen menor acceso a trabajos y menores ingresos, solo en el número promedio de horas trabajadas por día las mujeres se acercan más a las 8 horas de trabajo que los hombres.

Del total de las personas refugiadas y migrantes un 61% corresponde a Población en Edad de Trabajar (PET), es decir, personas de 15 años o mayores. Dentro de la PET, el

63% participa en el mercado de trabajo (Población Económicamente Activa-PEA-) ya sea en condición de empleados o desempleados. La tasa de ocupación (TO) es del 52% para toda la población. La tasa de desempleo (TD) se ubicó en 18%.

A su vez, la gráfica 56 indica que las necesidades más críticas se encuentran en la calidad del empleo, dado que quienes tienen un empleo, son autoempleados o tienen un negocio en su mayoría son informales (96%) y con ingresos bajos, ya que de 10 personas que generan ingresos 9 obtienen remuneraciones inferiores al salario mínimo de 2023.

Gráfica 57. Estructura del mercado laboral





## Acceso al trabajo y condiciones laborales por género

Cuando se comparan los indicadores básicos del mercado laboral por sexo se encuentra que las mujeres participan menos en el mercado de trabajo (Tasa Global de Participación de mujeres es 46% vs 84% de los hombres), tienen tasas de desempleo más altas (19% para mujeres vs 16% para hombres) y por tanto tasas de ocupación más bajas (37% para mujeres vs 70% para hombres). Todas las brechas en los indicadores superan las diferencias que se registran a nivel nacional cuando se comparan estos indicadores entre hombres y mujeres.

Tabla 6. Condiciones laborales por sexo

	Hombres	Mujeres
	Indicadores generales	
Tasa global de participación	84%	46%
Tasa de ocupación	70%	37%
Tasa de desempleo	16%	19%
	Indicadores de la calidad del empleo	
Porcentaje que no cotiza a pensiones	93%	94%
Porcentaje que gana menos de 1 SM	91%	94%



Tanto hombres como mujeres ocupadas enfrentan un alto grado de precariedad en sus actividades económicas, en la medida que ambos tienen altos grados de informalidad acompañados con bajos ingresos. En estos dos aspectos se identifican menores diferencias entre hombres y mujeres. No obstante, un análisis de la Gran Encuesta Integrada de Hogares para las personas provenientes de Venezuela, evidenció que los ingresos laborales de las mujeres representan un 26% menos que el de los hombres.

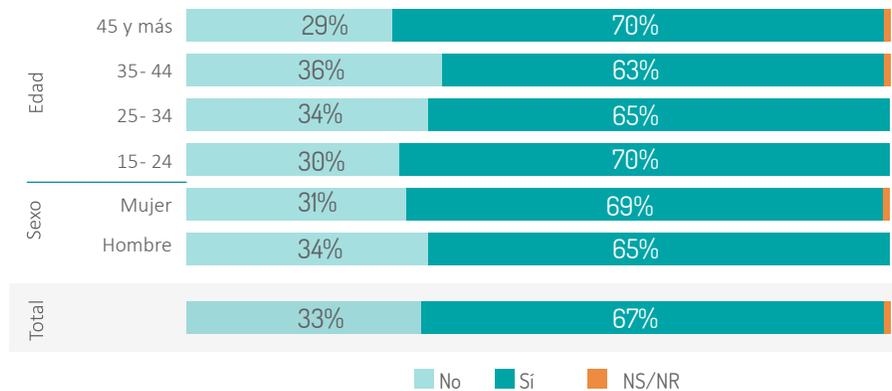
Las personas refugiadas y migrantes que se encuentran en los territorios de La Guajira, Arauca y Magdalena son las que tienen los indicadores más desfavorables. En estos tres departamentos, tanto en la TD, como en la TO y en la TGP se registran tasas más desfavorables comparadas con las tasas del nivel nacional.



## Dificultades en el trabajo

Dentro de las personas en edad de trabajar que han buscado trabajo, 2 de cada 3 (67%) reportan haber tenido dificultades para conseguir trabajo en los últimos 12 meses. Las dificultades más comunes son la documentación (45,1%), malas condiciones de trabajo (35,8%) y la discriminación (23,9%).

Gráfica 58. Población en Edad de Trabajar que ha buscado trabajo, con dificultades para conseguir trabajo por sexo y edad

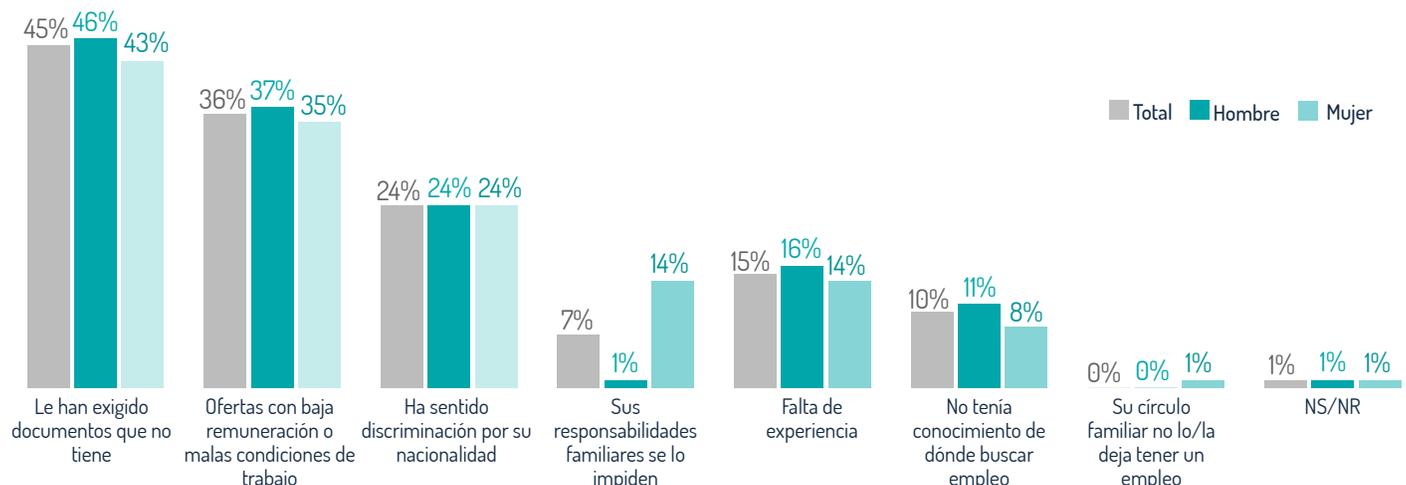


Cuando se observan los grupos poblacionales, son las mujeres quienes tienen mayores dificultades (69%) frente a los hombres (65%). Además, el 70% de las personas más jóvenes (15- 25 años) y las personas mayores de 45 años enfrentan mayores dificultades que las personas adultas entre 25 y 44 años. Las principales tres dificultades no varían de manera significativa entre los grupos poblacionales. Sin embargo, para las mujeres, la cuarta dificultad más frecuente fue la referente a las

responsabilidades familiares (14%), en contraste, solo el 1% de los hombres tienen este tipo de dificultad.

Por grupos etarios, resalta que las dificultades para las personas mayores de 45 años difieren de las de los grupos etarios más jóvenes. Para quienes tienen 45 años o más, la dificultad más frecuente son las bajas remuneraciones, falta de documentación, discriminación y falta de conocimiento sobre en dónde buscar empleo.

Gráfica 59. Porcentaje de personas con dificultades para conseguir trabajo por tipo de dificultad y sexo

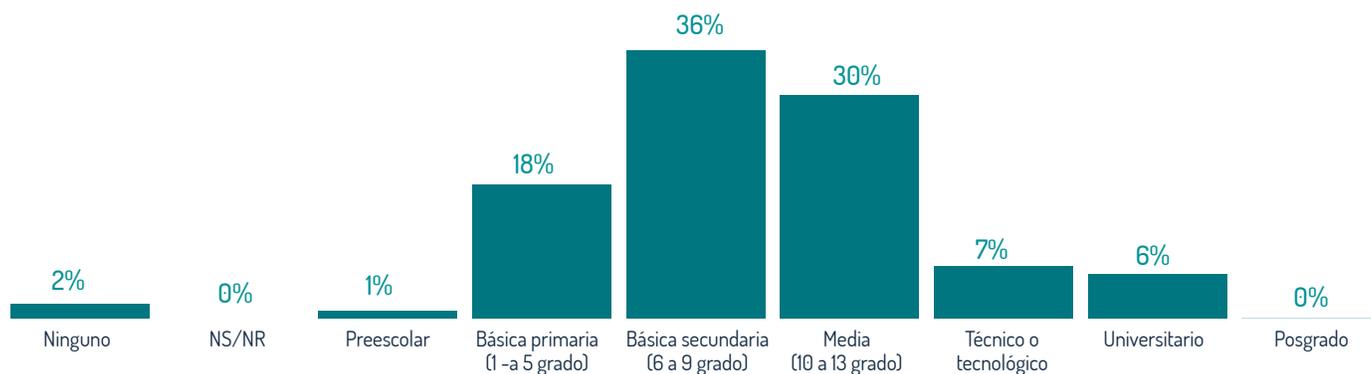




## Niveles educativos

Indagando sobre el último nivel educativo alcanzado por el o la jefe de hogar, se identifica que cerca de la mitad alcanzó un nivel de básica secundaria o menos y el 13% logró tener un título ya sea técnico, tecnológico o de educación superior, la homologación de los títulos de estos últimos niveles educativos puede ser importante para encontrar un empleo adecuado para los conocimientos adquiridos.

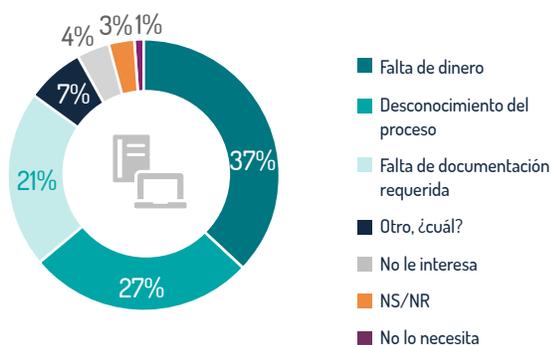
Gráfica 60. Último nivel educativo alcanzado por el o la jefe de hogar



## Homologación de títulos y certificación de competencias

La mayoría de las personas jefas de hogar con títulos de técnicos, tecnólogos y superiores obtuvieron su título en Venezuela (95%). No obstante, el 97% de estas personas no ha homologado su título. Dentro de las razones expresadas por las personas encuestadas para no haber hecho este proceso se encuentra en primer lugar la falta de dinero (37%). Por su parte, la falta de la documentación requerida (27%) y la falta de conocimiento (21%) son la segunda y tercera razón más frecuente dentro de los encuestados.

Gráfica 61. Razones para no homologar estudios



Además de los requisitos educativos, la validación de la experiencia laboral también es determinante para que las personas encuentren trabajos relacionados con sus habilidades. Dentro de las personas jefas de hogar que tienen un título ya sea técnico, tecnológico o de educación superior, 85% tienen experiencia demostrable en algún oficio. No obstante, de este grupo de personas solo el 4% ha certificado su competencia en su oficio, a través del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). La principal razón para no haber hecho este proceso es la falta de conocimiento (43%), seguido de la falta de documentación requerida (17%) y falta de dinero (12%).



## Ingresos

La principal fuente de ingreso reportada por los hogares es la proveniente del trabajo, negocio o actividad económica remunerada (78%), en segundo lugar, los préstamos y la deuda es una fuente de recursos para el 26% de los hogares y en tercer lugar, la fuente más utilizada es recibir recursos de la comunidad, amigos, familiares y donaciones, esto ocurre para el 15% de los hogares.

Gráfica 62. Principales fuentes de ingreso de los hogares



## Gastos

La mediana del gasto de los hogares fue de 1.095.000 pesos, es decir el 94% del salario mínimo<sup>40</sup> del año 2023, estos gastos incluyen arriendo, alimentos, agua, artículos domésticos no alimentarios de compra regular, servicios públicos, salud, educación, combustible, transporte y comunicaciones. Los rubros más costosos para los hogares son en primer lugar los alimentos (500.000 pesos mediana del gasto), en segundo lugar, los gastos de arriendo (370.000 pesos mediana del gasto) y

en tercer lugar los gastos para cubrir los servicios públicos (70.000 pesos).

La gráfica 63 ilustra la mediana de lo que representa cada rubro para los hogares. Por ejemplo, los alimentos representan el 45% del total de gastos de los hogares, seguido por el arriendo (32% del gasto total) y lo referente a bienes no alimentarios, servicios públicos, educación y combustible representan el 24%.

Gráfica 63. Mediana de la participación de cada rubro de gasto sobre el total de gasto



40. Según el Ministerio de trabajo el salario mínimo se estableció en \$ 1.160.000 para 2023, y el subsidio de transporte en \$140.606



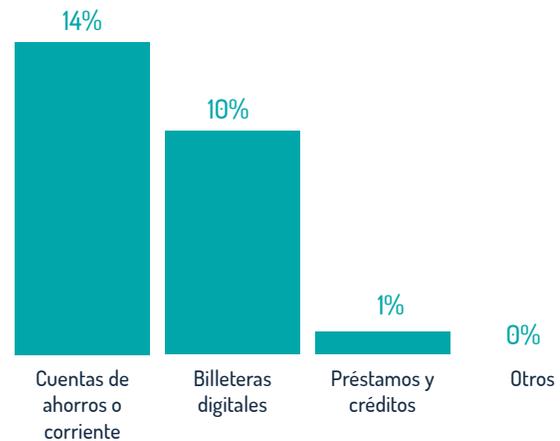
La falta de empleo en el lugar donde vive y el empleo mal pagado son las dos barreras más frecuentes para obtener recursos que le permitan satisfacer las necesidades del hogar, así lo afirmó el 38% y el 34% de los hogares respectivamente. Estas barreras pueden responder a condiciones del mercado de trabajo en Colombia, en donde hay tasas de desempleo altas y una alta informalidad, pero también pueden deberse a que las personas desconocen en dónde encontrar empleo. El resto de las barreras, aunque cobijan a menos hogares, reflejan ciertas vulnerabilidades; por ejemplo, para el 5% de los hogares la principal barrera son las obligaciones familiares y para un 3% de los hogares hay dificultades físicas para trabajar.

## Acceso a productos financieros

El acceso a cualquier producto financiero es bajo, del total de los hogares solo el 22% tiene acceso a algún producto. Dentro de los hogares que tienen algún producto financiero, los productos más frecuentes son las cuentas de ahorros y las billeteras digitales. En el primer caso, las cuentas de ahorros o corrientes con un 14%, además de facilitar los pagos y transacciones también proporcionan la posibilidad de tener un empleo formal, ya que mediante esta cuenta son posibles los pagos de nómina. Las billeteras digitales que representan un 10%, por su lado, aunque facilitan transacciones financieras, no son suficientes para los pagos de nómina. Lo que representa una barrera para la empleabilidad formal. No obstante, las billeteras digitales tienen mayor grado de flexibilidad en el acceso y recientemente estas mismas plataformas han habilitado la posibilidad de obtener microcréditos, lo que representa una oportunidad para que las personas accedan a otros productos financieros además de los depósitos.

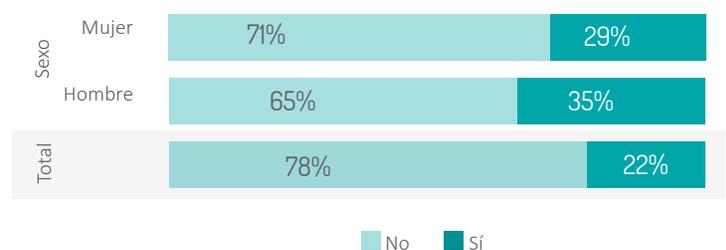
Como se muestra en la gráfica 64, el acceso a crédito es mínimo, solo el 1% de los hogares reportan tener préstamos o créditos ofrecidos por el sector financiero, de manera que el acceso a financiación de sus gastos se da de manera mayoritaria a través de proveedores o mecanismos informales.

Gráfica 64. Tipo de producto financiero que poseen los hogares.



El gráfico 65 evidencia que el acceso a productos financieros difiere por el sexo de la persona que es jefe/a de hogar, siendo las mujeres (29%) quienes tienen un menor acceso que los hombres (35%) a los servicios financieros.

Gráfica 65. Tenencia de algún producto financiero por sexo del jefe/a de hogar





# SEGURIDAD ALIMENTARIA (SAN)



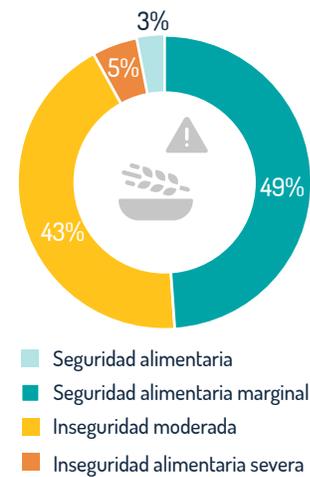
## Índice de seguridad alimentaria

La seguridad alimentaria se evaluó a través de dos medidas: **(i)** el análisis del consumo de los alimentos de los hogares (situación actual) y **(ii)** la capacidad de afrontamiento que incluye el análisis de la situación económica y de las estrategias que tiene que emplear el hogar ante la falta de alimentos o dinero para comprarlos<sup>41</sup>.

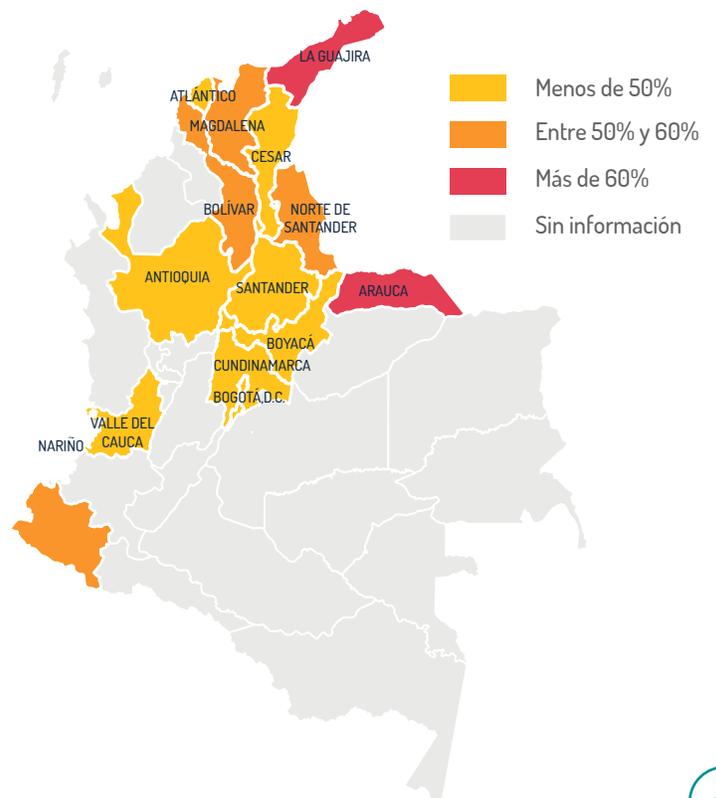
Los resultados obtenidos muestran que el 48,7% de los hogares de refugiados y migrantes tuvo inseguridad alimentaria (43,4% moderada y 5,3% severa). Estos hogares tienen brechas en el consumo de alimentos y agotamiento de sus medios de vida y deben acudir a estrategias de afrontamiento como comprar alimentos más baratos o a crédito y vender bienes personales, que pueden afectar la productividad a corto y largo plazo.

Al analizar los resultados de inseguridad alimentaria por departamento se encontró relación entre mayores porcentajes de hogares en inseguridad alimentaria y en la línea de pobreza, lo que indica limitaciones importantes en ingresos para la compra de alimentos y cubrir necesidades básicas. Preocupan particularmente Arauca (84% de hogares en inseguridad alimentaria), La Guajira (69%) y Bolívar (59%). Los departamentos de Norte de Santander, Magdalena y Nariño tuvieron el 50% o más de los hogares en inseguridad alimentaria (52,9%, 50,2% y 50% respectivamente).

Gráfica 66. Índice de Seguridad Alimentaria en hogares con vocación de permanencia



Mapa 6. Índice de seguridad alimentaria según departamento



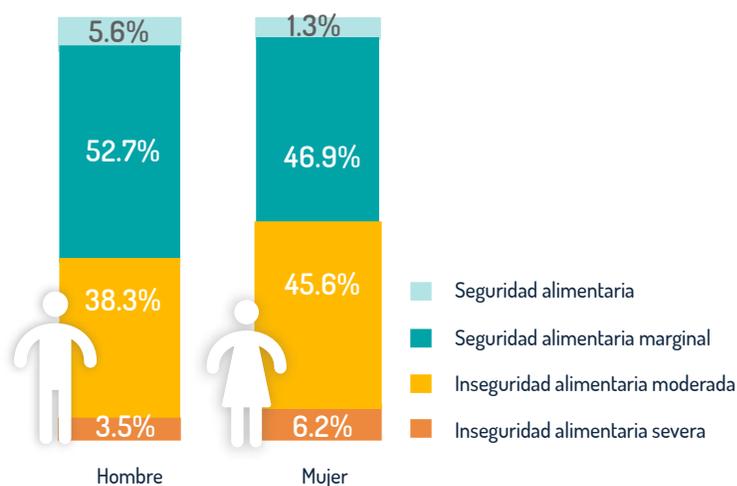
41. Se calculó teniendo en cuenta la metodología global CARI (Consolidated Approach for Reporting Indicators) de WFP. Esta metodología combina un grupo de indicadores de la seguridad alimentaria para generar un indicador compuesto – denominado Índice de la Seguridad Alimentaria (ISA)- que representa el estado general de la seguridad alimentaria de la población evaluada.



Se identificaron diferencias importantes al analizar los resultados por jefatura del hogar. Los hogares encabezados por mujeres presentaron mayores porcentajes de inseguridad alimentaria (51,8%) en comparación con los encabezados por hombres (41,8%). Además, en los hogares con jefatura femenina la inseguridad alimentaria severa es casi dos veces mayor a los de jefatura masculina.

Del total de hogares (3) con jefes con identidad de género clasificada en otro, el 100% tuvo inseguridad alimentaria moderada.

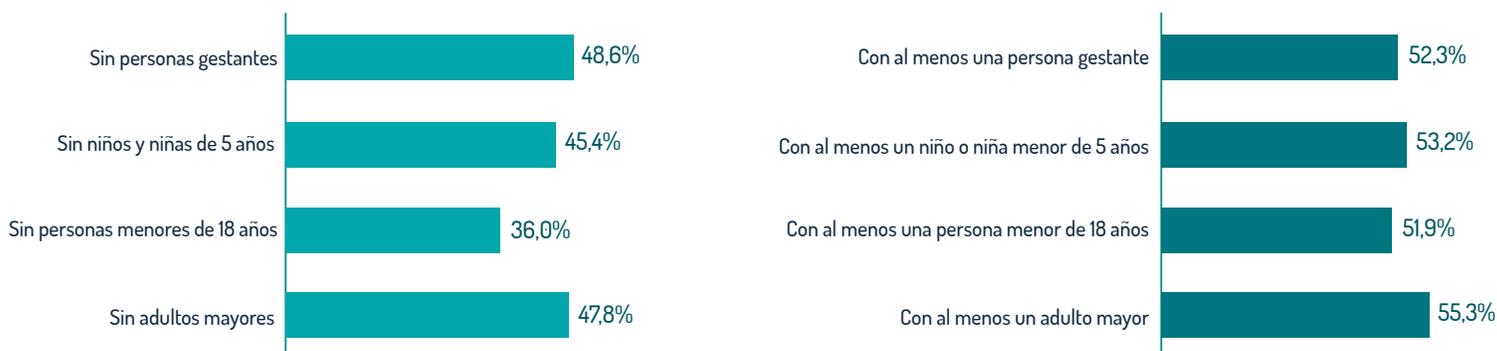
Gráfica 67. Índice de Seguridad Alimentaria según sexo del jefe del hogar



Los resultados por composición del hogar muestran que aquellos que tenían niños y niñas menores de 5 años (53,2%), adultos mayores (55,3%) y personas gestantes (52,3%) tuvieron mayores porcentajes de inseguridad alimentaria moderada o severa.

Los hogares sin personas menores de 18 años (36%) y sin adultos mayores (48,6%) tuvieron un porcentaje menor de inseguridad alimentaria. Incluso, las cifras estuvieron por debajo del porcentaje nacional, que fue de 48,7%.

Gráfica 68. Brechas de inseguridad alimentaria según características del hogar



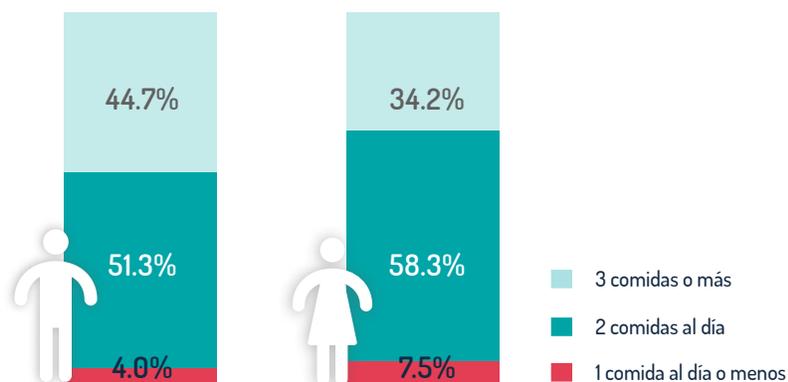


## Frecuencia de comidas al día

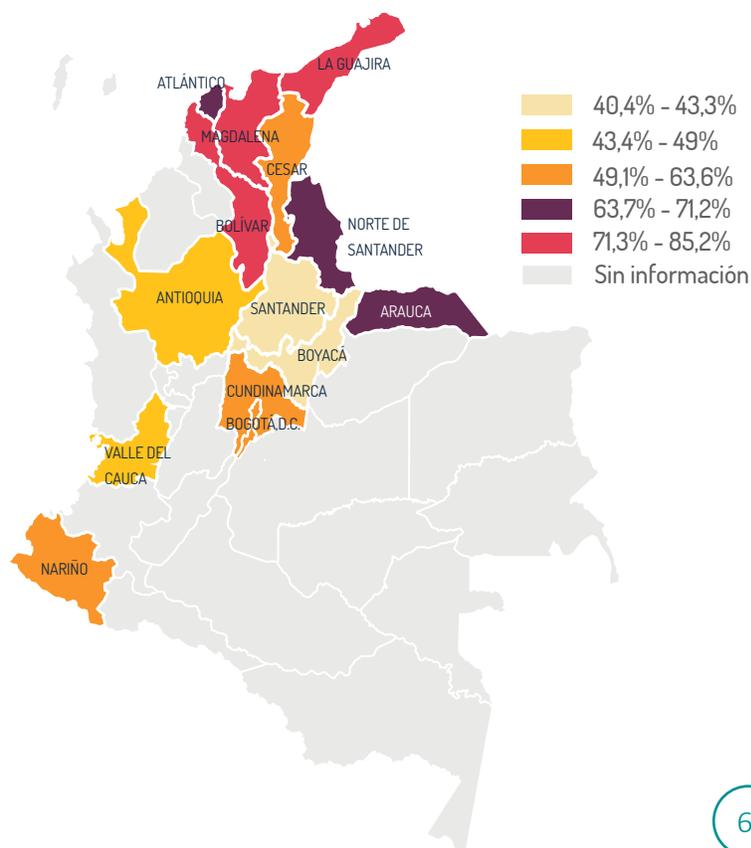
Al analizar el número de comidas consumidas en los últimos 7 días, el 62,5% de los hogares consumió 2 comidas al día o menos y en los de jefatura femenina el porcentaje es mayor (65,8%) comparados con los de jefatura masculina (55,3%). En los hogares (n=3) con jefatura clasificada como otro hubo una distribución del 33% en cada categoría.

El consumo de comidas por debajo de 2 veces al día puede indicar una limitada capacidad para cubrir los requerimientos de energía y nutrientes y el aumento de la vulnerabilidad alimentaria y nutricional de los hogares y sus integrantes.

Gráfico 69. Número de comidas consumidas por los hogares con vocación de permanencia al día según sexo del jefe del hogar



Mapa 7. Número de comidas consumidas por los hogares al día según departamento



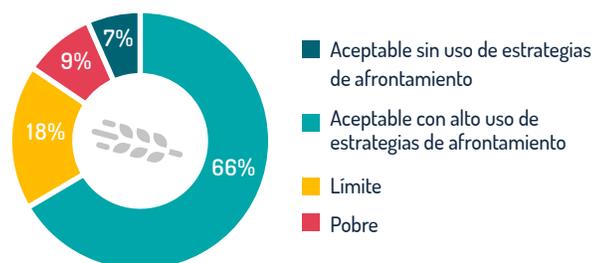
A nivel departamental los porcentajes más altos de hogares con consumo de dos comidas o menos al día se reportaron en Bolívar (85%), La Guajira (83%) y Magdalena (78%) Arauca (66,4%), Atlántico (71,3%) y Norte de Santander (63,7%), los cuales superaron el total nacional (62.5%).



## Consumo de alimentos

El 8% de los hogares tuvo un consumo pobre de alimentos y el 18% al límite, es decir que no tuvieron una alimentación variada. Sólo el 7% de los hogares tuvo un consumo de alimentos aceptable y el 67% tuvo que acudir a estrategias como comprar alimentos menos preferidos o más baratos (94%), reducir el tamaño de la porción (94%), pedir alimentos prestados (70%) y restringir el consumo de alimentos de los adultos para no afectar el de los niños y niñas (66%).

Gráfica 70. Consumo de alimentos de los hogares con vocación de permanencia



El reporte del consumo del huevo (4,1 días) fue mayor al de la carne (3,3 días) y ninguno se consume todos los días. El reporte del consumo de embutidos fue de 2,7 días a la semana, en igual proporción a los lácteos y más que las frutas (2,0 días).

Es importante continuar monitoreando el consumo de los embutidos, son productos ultra procesados más económicos y vistos erróneamente como similares a las carnes, pero con menor contenido protéico y mayor contenido de sal, grasa y aditivos relacionados con efectos nocivos para la salud<sup>42</sup>.

En relación con los grupos de alimentos más relevantes (leguminosas, verduras, carnes, lácteos y frutas) se identificó que su consumo fue igual o menor a 3 días. Estos grupos incluyen alimentos fuentes de proteínas, hierro, calcio y vitaminas que cumplen una función importante en la salud y nutrición adecuada. Sin embargo, el acceso a estos alimentos se ha visto afectado por el poder adquisitivo de los hogares. De acuerdo con los resultados del indicador de vulnerabilidad económica, el 65,4% de los hogares fueron clasificados en pobreza y de estos, el 15,7% estuvo en pobreza extrema<sup>43</sup>.

Gráfica 71. Promedio de días de consumo para cada grupo de alimentos durante la semana anterior



42. FAO 2020. El impacto de los alimentos ultraprocesados en la salud. Disponible en: <https://www.fao.org/3/ca7349es/CA7349ES.pdf>

43. La vulnerabilidad económica se mide clasificando un hogar con base en los niveles de pobreza definidos por el DANE.

Para ello se calcula el gasto mensual per cápita de los hogares y se compara con las líneas de pobreza del DANE.



# SALUD



## Mensajes clave

- La salud de las personas refugiadas y migrantes también está estrechamente relacionada con los determinantes sociales de la salud, como el empleo, los ingresos, la educación y la vivienda.
- Fiebre, infección, dolores de cabeza o dolores musculares son los problemas de salud generales que más refieren las personas con vocación de permanencia.
- El hospital o el puesto de salud público fue el principal lugar donde fueron atendidas las personas cuando presentaron un problema de salud. Habría que prestar especial atención en la población que se encuentra en áreas geográficamente dispersas con mayores barreras donde sí hay un puesto de salud, este no cuenta con las condiciones adecuadas o no se encuentra personal disponible en la atención.
- No estar asegurado en salud fue la principal barrera de las personas para acceder a un servicio de salud y, aunque aseguramiento no garantiza acceso efectivo a salud, no estar asegurado es un factor de riesgo para retrasar la detección y el tratamiento de enfermedades.
- La hipertensión y las enfermedades respiratorias crónicas son las enfermedades más frecuentes del grupo de vocación de permanencia.
- Los grupos de hogar presentan en su mayoría síntomas relacionados con miedo y ansiedad, y se ha demostrado que el estrés, la incertidumbre y las experiencias traumáticas relacionadas con la migración pueden aumentar el riesgo de trastornos de ansiedad y depresión, así como disminuir los factores de protección para los diferentes grupos poblacionales.
- La orientación en temas de salud sexual y salud reproductiva, exámenes diagnósticos, medicamentos y el uso de anticonceptivos fueron las principales necesidades en salud sexual y salud reproductiva de los grupos de hogares.

## Problema de salud de los miembros de los hogares

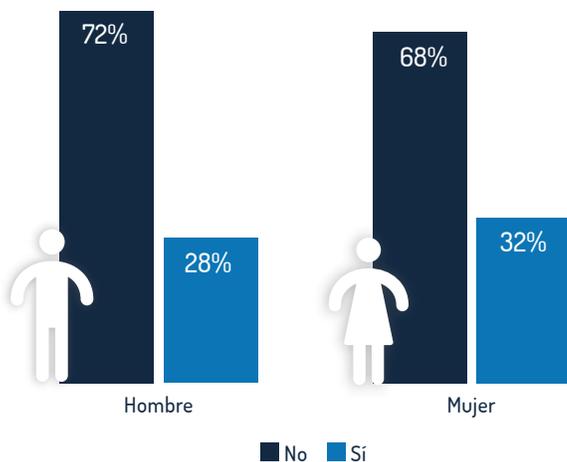
De las 9.219 personas representadas en el grupo de vocación de permanencia, alrededor del 30% tuvo un problema de salud relacionado con dolor muscular, dolor de cabeza, fracturas, diarreas, fiebre, vómito, entre otras. Del total de hombres, el 72% tuvo algún problema de salud y para el caso de las mujeres este porcentaje fue del 68% (gráfica 72).

Al realizar un análisis por departamentos, se encontró que Boyacá (48%), Arauca (38%), La Guajira (32%), Santander (33%), Norte de Santander (31%) y Cesar (31%), fueron los territorios donde más personas refieren tener un problema de salud relacionados con dolores musculares, dolores de cabeza, vómito, fiebre, fracturas, entre otros problemas comunes en la población refugiada y migrante que constantemente se encuentra en movimiento. Cabe mencionar que no todos los departamentos del país lograron participar de la encuesta, por tanto, no mencionarlos no implica que no haya necesidad, sino que sus datos no se incluyeron en el marco de este análisis.

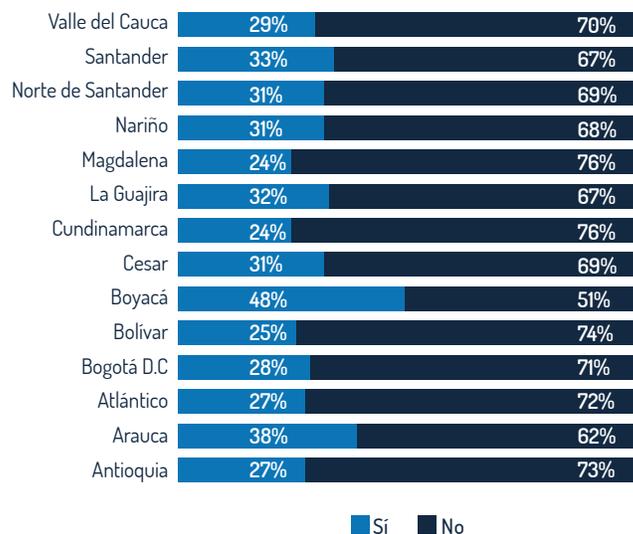
De acuerdo con un informe del Ministerio de Salud, los síntomas por los que más consultan las personas refugiadas y migrantes en urgencias son fiebre, dolores abdominales, dolores de cabeza y náuseas (10,5%) y fueron Norte de Santander, La Guajira y Arauca donde más consultan en este servicio<sup>44</sup>.



Gráfica 72. Personas que tuvieron un problema de salud como dolores, fiebres, fracturas, vómito, entre otros

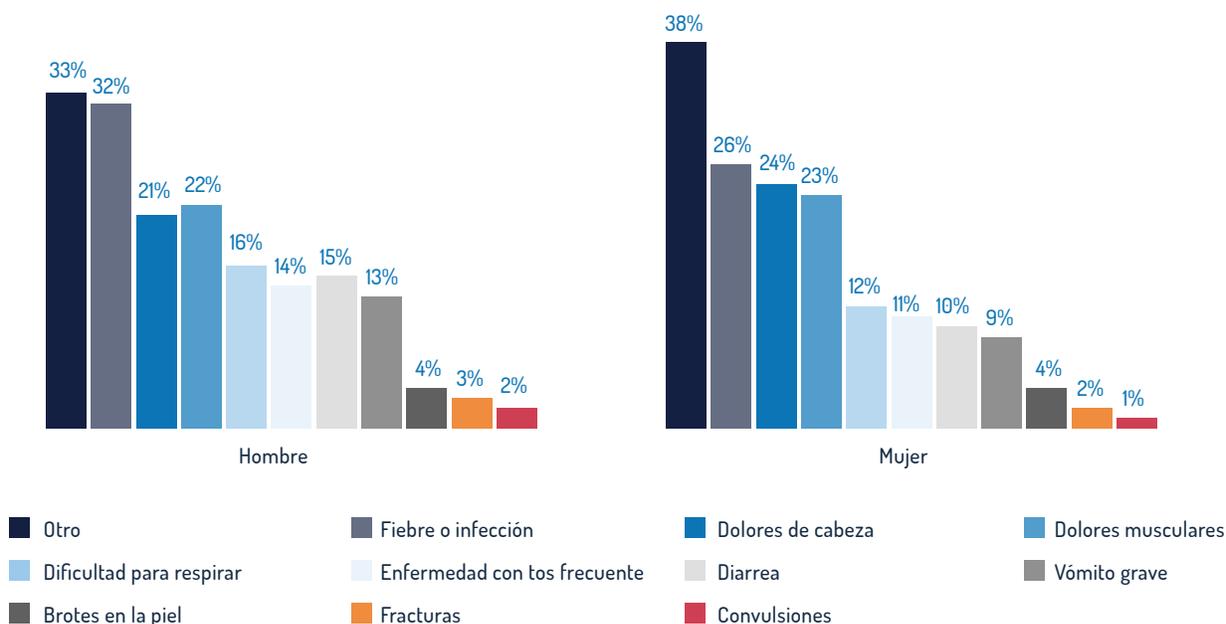


Gráfica 73. Personas que tuvieron un problema de salud por departamento



Se registra que 2.750 personas tuvieron algún problema de salud, el 56% fueron mujeres y el 43% hombres. Los problemas más frecuentes fueron dolores musculares (23%), dolores de cabeza (23%) y fiebre o infección (29%). Al realizar un análisis por sexo, se encontró que las mujeres refieren más dolores de cabeza (24% vs 21%) y dolores musculares (23% vs 22%), mientras que los hombres han tenido más fiebres o infecciones (32% vs 26%). Por su parte, se encontró que los hombres refieren tener más dificultad para respirar, enfermedad con tos frecuente, diarrea y vómito grave comparado con las mujeres (ver gráfica 73). De acuerdo a lo anterior, es clave resaltar la importancia de incluir atenciones para todos los grupos poblacionales, dada la necesidad que se presenta en salud, si bien existen diferencias, es importante garantizar un acceso equitativo y no dejar a nadie atrás.

Gráfica 74. Personas que tuvieron un problema de salud por sexo

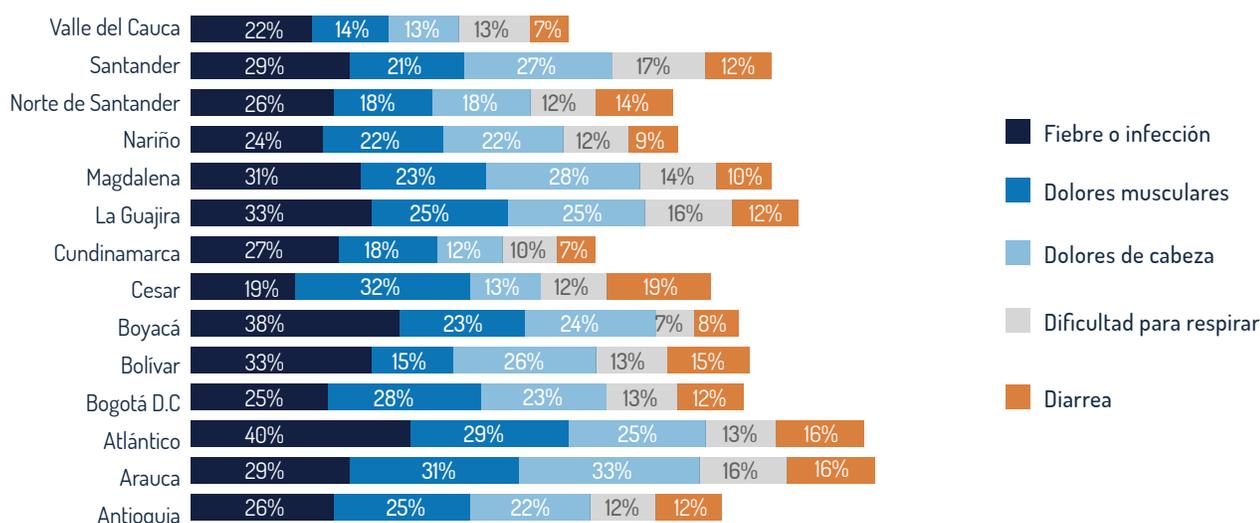




Fiebre, dolores musculares, dolores de cabeza, dificultad para respirar y diarrea, fueron los cinco principales problemas de salud reportados por las personas que hacían parte de los hogares con vocación de permanencia. Al revisar la distribución de estos problemas por departamento, se encontró que en Atlántico (40%), Boyacá (38%) y La Guajira (33%), la fiebre o infección fue el problema más reportado.

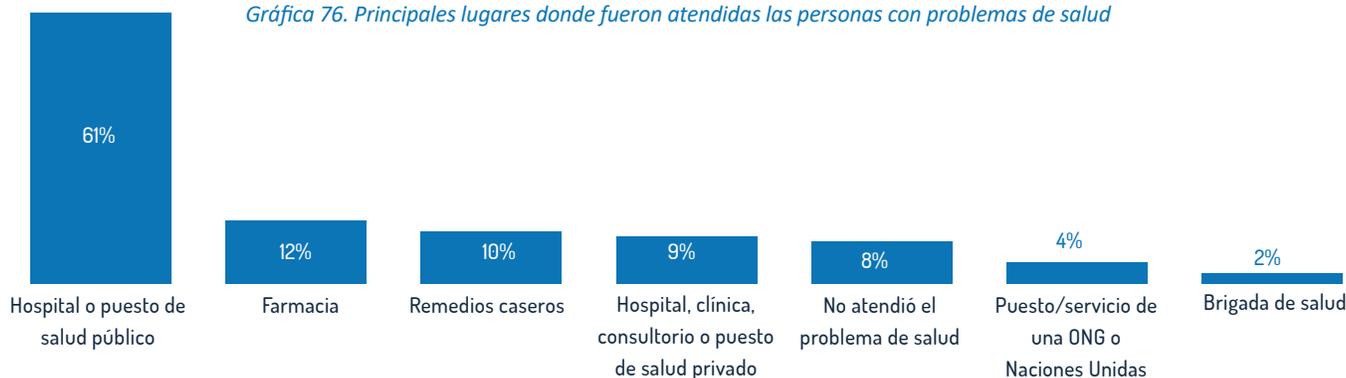
Para el caso de los dolores musculares, Cesar (32%), Arauca (31%) y Bogotá (28%) presentaron el mayor número de personas con este síntoma. La población que se encontraba en Arauca (33%), Magdalena (28%) y Santander (27%), reportaron principalmente dolores de cabeza. Santander (17%), La Guajira (16%) y Arauca (16%) han presentado principalmente problemas o dificultad para respirar. Y para el caso de diarrea, Arauca (16%), Atlántico (16%) y Bolívar (15%) fueron los departamentos con el mayor número de personas que refieren este problema.

Gráfica 75. Personas que tuvieron un problema de salud por departamento



Del total de personas que tuvieron problemas de salud, el 8% (212) no atendieron sus problemas de salud. El 82% restante fue atendido principalmente en un hospital o puesto de salud público, en la farmacia, con remedios caseros o en una clínica, consultorio o puesto de salud privado. De acuerdo con este proceso, si bien se debe continuar con respuestas resolutivas complementarias y resolutivas en los diferentes territorios en donde la capacidad es limitada, es clave lograr un nexus con desarrollo que permita reforzar las capacidades tanto comunitarias como institucionales.

Gráfica 76. Principales lugares donde fueron atendidas las personas con problemas de salud

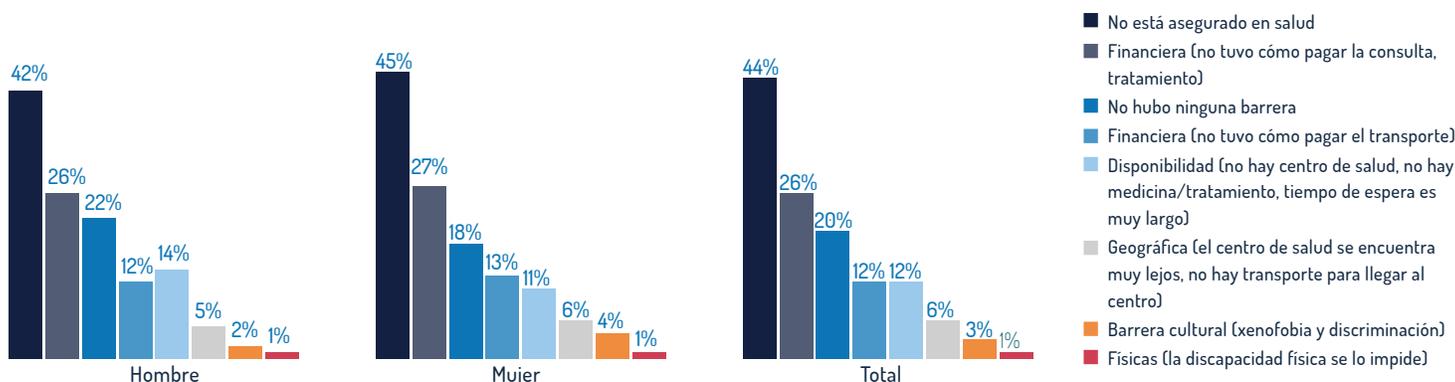




## Barreras para el acceso a servicios de salud

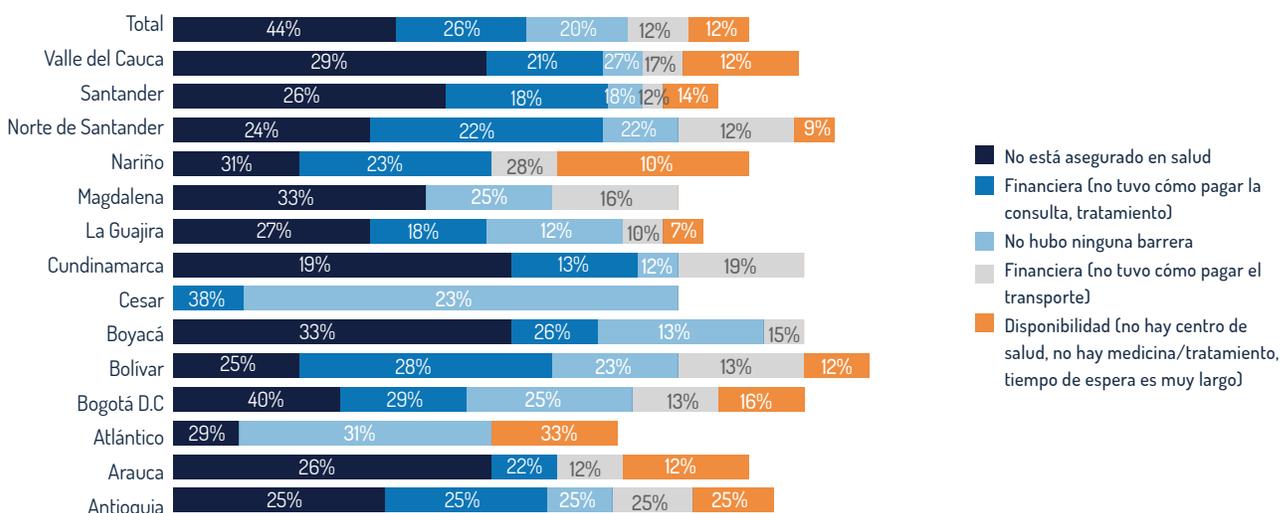
Alrededor del 20% de las personas que requirieron un servicio, no tuvieron ninguna barrera para acceder al servicio de salud. Por otra parte, quienes tuvieron dificultades para acceder, las principales barreras encontradas fueron: no estar asegurado (44%), barreras financieras por no tener cómo pagar la consulta o el tratamiento (26%) y no tuvieron cómo pagar el transporte o no había disponibilidad de un centro de salud, no había medicina o por tiempos de espera (12%). Al comparar estas barreras entre hombre y mujeres, se encontró que las mujeres tienen más barreras en aseguramiento y en términos financieros comparado con los hombres (ver gráfica 76). Es clave analizar esto alrededor de las economías de cuidado y sobrecargas en las tareas de cuidado con énfasis en el curso de vida.

Gráfica 77. Barreras para acceder al servicio de salud por sexo



En Valle del Cauca, Cundinamarca, Boyacá y Arauca más del 60% de las personas reportaron no estar aseguradas en salud, como la principal barrera para acceder al servicio de salud requerido. Las personas en el Cesar indicaron que sólo tienen barreras financieras (no tuvieron cómo pagar) para acceder a salud (14%). Norte de Santander (32%), Bolívar (50%) y Nariño (38%) fueron los territorios que más tuvieron dificultad para pagar la consulta o el tratamiento. En Cundinamarca (25%), Magdalena (25%) y Bolívar (25%) se encontró un mayor número de personas que mencionaron no tener cómo pagar el transporte. Por otro lado, no tener cerca un centro de salud, no haber medicina o el tiempo de espera era muy largo, fueron las barreras más frecuentes en las personas de Nariño (38%), Atlántico (25%) y Arauca (25%).

Gráfica 78. Barreras para acceder al servicio de salud por departamento

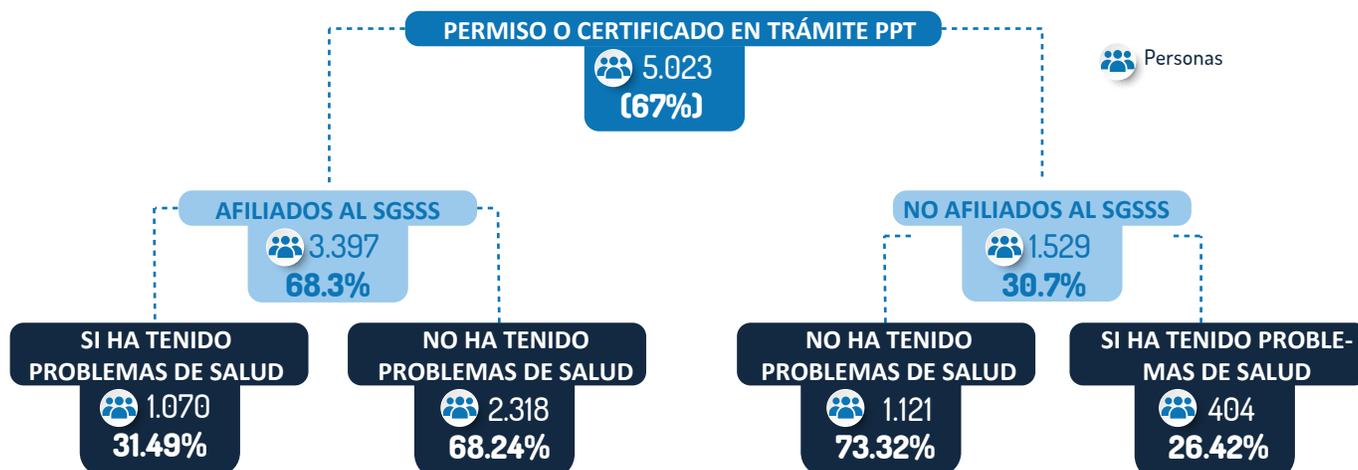




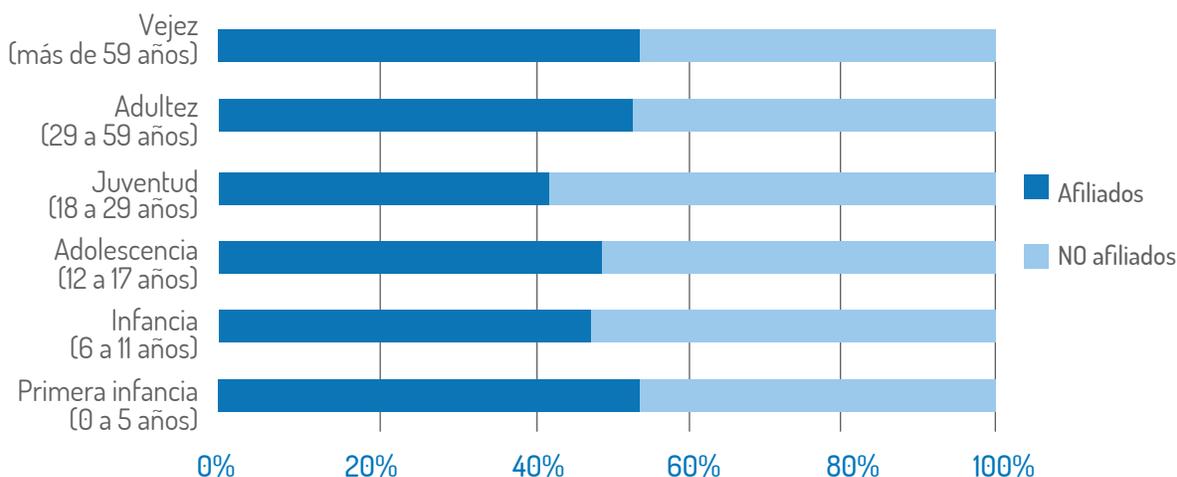
## Afiliación en salud

Del total de personas encuestadas, el 53,9% refirieron tener permiso o certificado en trámite PPT. De éstas, el 68% estaban afiliados al sistema de salud. Del total de personas afiliadas, el 32% sí ha tenido problemas de salud. Del grupo de personas no afiliadas, el 26% sí han tenido un problema de salud (ver gráfica 79). El curso de vida de infancia y juventud presentó un porcentaje mayor de personas no afiliadas respecto a los que sí cuentan con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin embargo, es importante recalcar que la afiliación no es una garantía de acceso real y efectivo a salud<sup>45</sup>. El 1,6% de las personas con vocación de permanencia mencionaron haber presentado alguna barrera para acceder al servicio de salud, siendo la más frecuente dificultad con la afiliación (44%). Dichas barreras podrían disminuir la calidad de vida de esta población, aumentar los años de vida con discapacidad y, por ende, el riesgo de muerte prematura.

Gráfica 79. Afiliación en salud



Gráfica 80. Afiliación en salud por curso de vida



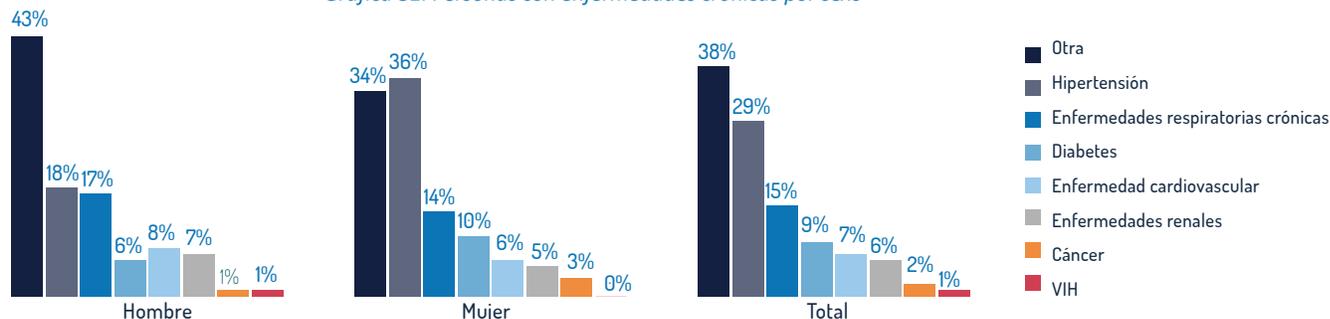


## Enfermedades crónicas

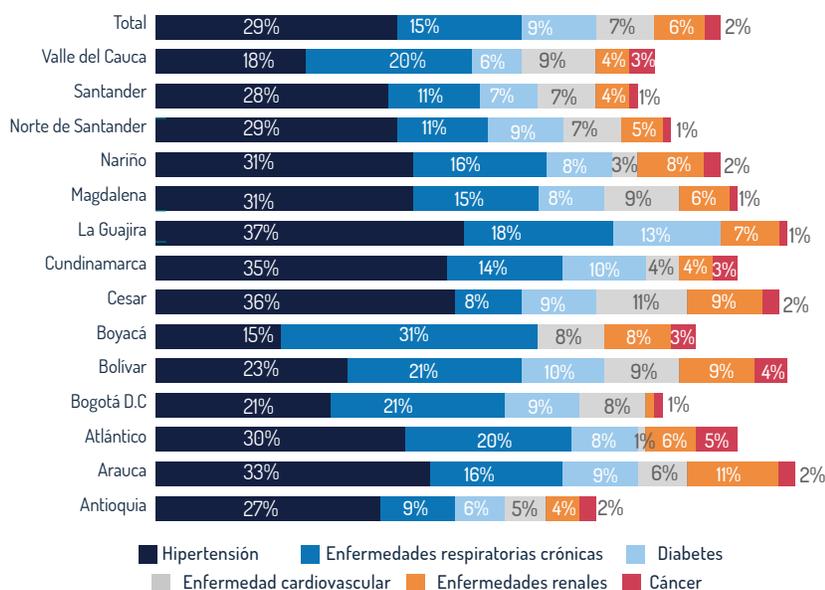
Las enfermedades crónicas comparten características comunes que pueden incrementar la vulnerabilidad de las personas con esas patologías cuando son personas refugiadas y migrantes, debido a las barreras en el acceso al diagnóstico, al tratamiento y al cuidado continuo. Estas vulnerabilidades se asocian a la necesidad de tratamiento continuo, a la posibilidad de aparición de complicaciones agudas que requieren atención médica inmediata y a la necesidad de cuidados paliativos<sup>46</sup>.

De las 9.219 personas en vocación de permanencia encuestadas, el 20,8% ha sido diagnosticada con alguna enfermedad crónica. De estas (1.918), el 29% refiere tener hipertensión, el 15% enfermedades respiratorias crónicas, el 9% diabetes y alrededor del 15% enfermedad cardiovascular, renal, cáncer o VIH. Al revisar los tipos de enfermedades crónicas por sexo, se encontró que las mujeres refieren tener más hipertensión (26%) comparado con los hombres (18%); los hombres han sido diagnosticados con enfermedades respiratorias (17%), más que las mujeres (14%), y diabetes es más alto en mujeres (10% vs 6%) y enfermedad cardiovascular y renal es mayor en hombres que en mujeres (ver gráfica 81).

Gráfica 81. Personas con enfermedades crónicas por sexo



Gráfica 82. Enfermedades crónicas por departamento



La distribución por departamento de las tres enfermedades crónicas más frecuentemente referidas por las personas en vocación de permanencia encontramos: los departamentos que presentaron el mayor número de personas diagnosticadas con hipertensión fueron; La Guajira (37%), Cundinamarca (35%), Cesar (36%) y Arauca (33%). Para el caso de enfermedades crónicas respiratorias, el mayor porcentaje de personas se presentó en Boyacá (31%), Bolívar (21%), Bogotá (21%), Atlántico y Valle del Cauca (20%). Por otra parte, personas con diagnóstico de diabetes, se presentó principalmente en La Guajira (13%), Cundinamarca (10%) y Bolívar (10%).

De acuerdo con las cifras oficiales del Ministerio de Salud (RIPS, 029), en el año 2022 se atendieron 35.812 personas refugiadas y migrantes por diagnóstico de enfermedad crónica. El 76% de estos diagnósticos se concentraron en las personas mayores de 18 años de edad y el mayor porcentaje de estas atenciones estuvieron concentradas en enfermedades del sistema circulatorio (hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, entre otras) y enfermedades del sistema respiratorio<sup>47</sup>.

45. Migración Colombia (octubre 2022)

46. Tomado de: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57790/9789275327517\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57790/9789275327517_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

47. Circular 029. Base de datos Minsalud-SISPRO, consulta realizada en septiembre 2023

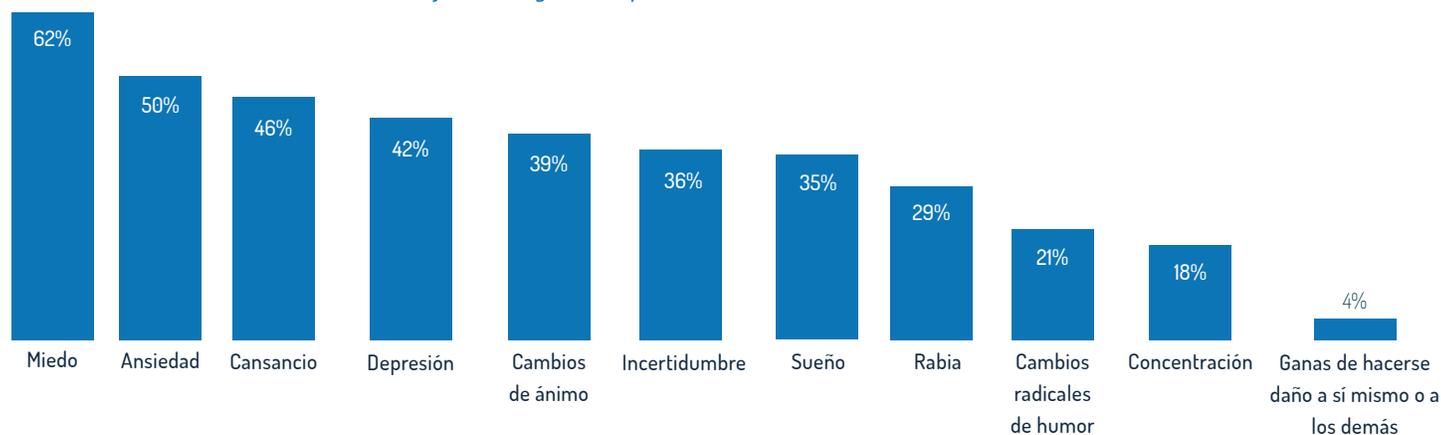


## Salud mental

De los 2,387 hogares con vocación de permanencia encuestados, el 82,9% refieren haber tenido un familiar con un síntoma o problema relacionado con la salud mental. De estos (1,980), el 62% de los hogares tiene un integrante que ha presentado miedo, el 50% presentó ansiedad, el 46% cansancio, el 42% depresión y el 39% cambios de ánimo.

Las personas refugiadas y migrantes están en riesgo constante de tener problemas de salud mental debido a las experiencias traumáticas y estresantes por las que atraviesan y están más expuestos a sufrir depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático que las poblaciones de acogida. Según las cifras del registro de prestación de servicios de salud (RIPS, 029) en el año 2022 se atendieron 9.250 personas refugiadas y migrantes provenientes de Venezuela por trastornos relacionados con salud mental, el 37% de ellas fueron atendidas por trastornos relacionados con el estrés, el 23% por trastornos del humor, y el 10% por trastornos emocionales y del comportamiento<sup>48</sup>.

Gráfica 83. Hogares con problemas relacionados con salud mental



Al revisar por departamento, la distribución de estos principales síntomas o problemas, se encontró que en todos los departamentos encuestados, más del 60% de los hogares han sentido miedo, a excepción de Bolívar, Bogotá y Antioquia. Nariño (70%) fue el departamento con más hogares que tuvieron problemas de ansiedad seguido de Santander (57%), Arauca (57%) y Norte de Santander (54%). En Antioquia es donde se encontraron más hogares con síntomas de cansancio (63%). En Bogotá

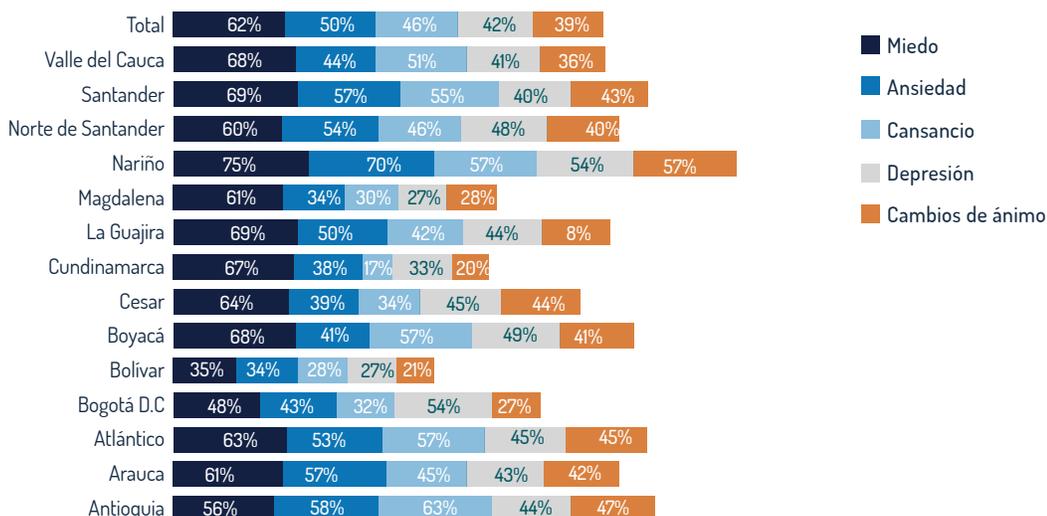
(54%) y Nariño (54%) están el mayor número de hogares con depresión. Y para el caso de cambios de ánimo, Nariño (57%) y Antioquia (47%) fueron los territorios con mayor número de hogares que refieren este síntoma. Por otra parte, del total de hogares que manifestaron presentar al menos un síntoma relacionado con salud mental, 80,61% refirieron tener dificultad económica para cubrir necesidades de alimentos, 13,62% necesidades en salud y 9,13% necesidades de educación.

Según los datos del Ministerio de Salud del total de personas atendidas en 2022 por problemas de salud mental (9.250), Bogotá (35%), Antioquia (22%), Norte de Santander (7%) y Valle del Cauca (6%) fue donde más se atendieron personas refugiadas y migrantes por trastornos de salud mental<sup>49</sup>. Cabe resaltar que estas atenciones pueden estar relacionadas con capacidad y reducción de brechas para el acceso a salud.

48. Tomado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>  
49. Circular 029. Base de datos Minsalud-SISPRO, consulta realizada en septiembre 2023



Gráfica 84. Hogares con problemas relacionados con salud mental por departamento



## Salud Sexual y Salud reproductiva

De los 2.387 hogares con vocación de permanencia encuestados, el 14,1% tuvieron necesidades en salud sexual y salud reproductiva y no les prestaron el servicio. Las principales necesidades de estos hogares (337) fueron orientación en temas de salud sexual y reproductiva (20%), exámenes diagnósticos o medicamentos (17%), orientación en uso de anticonceptivos (16%) y asistencia prenatal, servicios ginecológicos o controles (15%).

Los eventos de salud sexual y salud reproductiva siguen siendo un tema prioritario en las políticas públicas de salud, de acuerdo al INS, entre 2022 y 2023 se han notificado en población venezolana residente en Colombia 56

muerres maternas y 4.336 casos de morbilidad materna extrema (periodo epidemiológico V semana 20 del 2023), eventos que podrían estar relacionados con barreras de acceso a servicios de orientación, atención adecuada a gestantes, para identificación e intervención del riesgo y anticoncepción<sup>50</sup>. Por otra parte, un estudio encontró que, aunque las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas tienen conocimiento sobre la existencia de métodos de anticoncepción, el 62% de los embarazos son no planeados y esto puede estar relacionado con las barreras que presentan para acceder a los métodos de planificación debido a que en muchos casos el costo debe ser asumido por ellas<sup>51</sup>.

Gráfica 85. Necesidades en salud sexual y salud reproductiva de los hogares



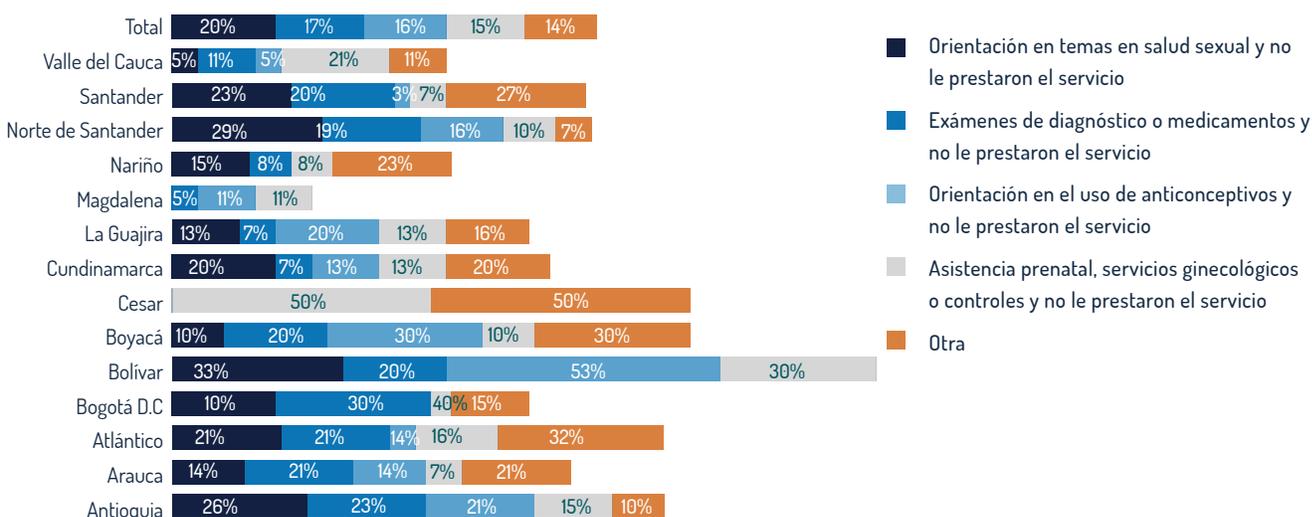
50. Fuente de datos oficiales: Boletín de Notificación de eventos de interés en salud pública durante fenómeno migratorio No. 66 2022 y N0.73 2023. Instituto Nacional de Salud.

51. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/panorama-salud-ninos-ninas-adolescentes-migrantes-venezuela.pdf>



A nivel departamental, las necesidades en orientación en salud sexual se presentaron con mayor frecuencia en los departamentos de Bolívar (33%), Norte de Santander (29%) y Antioquia (26%). En cuanto a necesidades en exámenes diagnósticos o medicamentos, los territorios que más requirieron de manera más frecuente este servicio fueron Bogotá (30%), Antioquia (23%), Arauca y Atlántico (21%). Por otra parte, las necesidades en orientación en el uso de anticonceptivos se presentan principalmente en Bolívar (53%), Boyacá (30%) y Antioquia (21%). Y finalmente, las necesidades en asistencia prenatal, servicios ginecológicos o controles que no fueron atendidos, Cesar (50%), Atlántico (32%) y Boyacá (30%), presentaron el mayor número de hogares con estas necesidades.

Gráfica 86. Necesidades en salud sexual y salud reproductiva de los hogares por departamento



De acuerdo con los datos oficiales de atenciones en asistencia materno perinatal (RIPS, 029), en el año 2022 se atendieron 132.049 mujeres por diagnósticos relacionados. Estas atenciones se concentraron principalmente en Antioquia (21%), Bogotá (17%) Norte de Santander (105) y La Guajira (7%)<sup>52</sup>.

Del total de hogares encuestados, la mayoría (80%) referían tener jefatura femenina, por ende, las necesidades se concentraron en este tipo de hogares, siendo las mayores necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva, especialmente los servicios de aborto seguro y asistencia prenatal y servicios ginecológicos, cabe resaltar que para los hogares con jefatura masculina, los mayores porcentajes de necesidades no atendidas son la orientación en salud sexual y reproductiva y acceso a exámenes diagnósticos y medicamentos.

Gráfica 87. Necesidades en salud sexual y salud reproductiva por jefatura de hogar





## VIVIENDA Y RIESGO DE DESALOJO



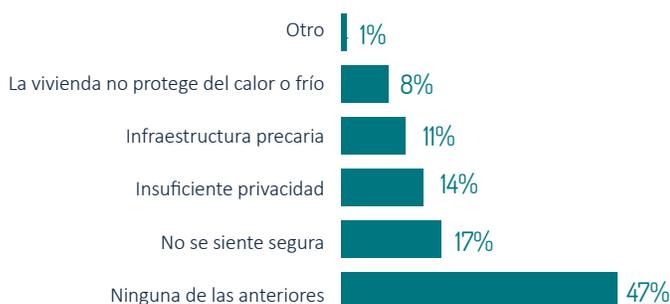
El 45% de los hogares refugiados y migrantes encuestados se encuentran residiendo en una casa o apartamento (el 30% corresponde a hogares con jefatura femenina y el 15% a jefatura masculina), mientras que los hogares que comparten la vivienda corresponden al 37% (el 26% pertenecen a hogares encabezados por mujeres y el 11% encabezados por hombres). Sigue destacándose la situación de tenencia informal (posesión sin título), la cual representa un 2%, que al mantenerse bajo estas condiciones los hogares podrían ser desalojados o emprender la búsqueda de otros lugares (ver gráfica 88).

Esto también se encuentra relacionado con el estatus irregular de una proporción importante de refugiados y migrantes que habitan bajo estas condiciones, sumado a la imposibilidad de acreditar documentos que les permitan la formalización de contratos. De hecho, el 76% de los hogares se encuentran con contratos verbales tanto de arriendo como de ocupación de espacio. Si bien bajo el marco legal colombiano los acuerdos verbales son igualmente válidos que los escritos, esto no siempre es conocido por las partes, por tal razón, se ha identificado que estos hogares son más propensos a riesgos de desalojo.

**Gráfica 88. Situación de vivienda de los hogares refugiados y migrantes con vocación de permanencia**



**Gráfica 89. Afectaciones en el lugar de alojamiento de hogares refugiados y migrantes**

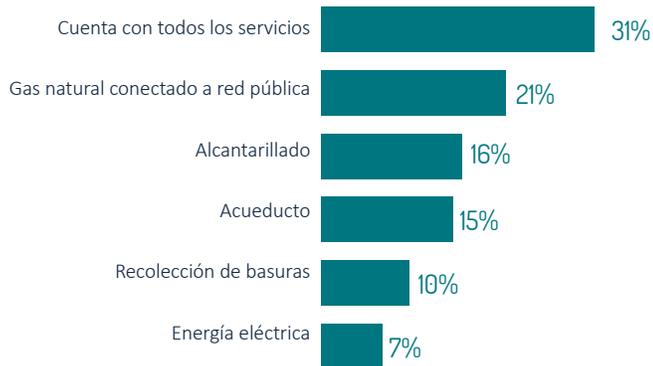


Respecto a las condiciones de los alojamientos, al menos el 51% de los hogares se ven afectados por algún problema o avería en la vivienda, frente a un 47% que no reporta ninguna. Entre las principales afectaciones señaladas por los hogares está que no se siente seguro (17%), la falta de privacidad (14%) e infraestructura precaria 11%, (ver gráfica 88). Por otro lado, el 9% viven en viviendas improvisadas, paga diarios o albergues temporales, principalmente en los departamentos de Arauca, Atlántico, La Guajira y Magdalena.

Adicionalmente, el 69% de los hogares carecen de al menos un servicio público en sus viviendas, frente a un 31% que menciona contar con todos los servicios. De los servicios más importantes en cuanto a vivienda digna se encuentran que los hogares no tienen acceso a gas natural (21%), alcantarillado (16%) y acueducto (15%). Se resalta que por lo menos el 7% no cuenta con energía eléctrica. Esta situación de hogares que carecen al menos de un servicio público o más es más representativo en departamentos del Magdalena, La Guajira, Bolívar, Arauca y Antioquia.



Gráfica 90. Porcentaje de carencias de servicios en el alojamiento



Por otra parte, los hogares que se encuentran en situación de hacinamiento corresponden a un 30% de los encuestados. Ahora bien, complementando la información que se obtiene desde la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), el déficit por hacinamiento no mitigable en hogares refugiados y migrantes en Colombia es del 5,69%, mientras que el déficit por hacinamiento mitigable se encuentra en un 15,20%<sup>54</sup>. Esto implica que, en más de un tercio de los hogares entre dos y cuatro personas duermen en un mismo cuarto. Este panorama indica que una proporción importante de hogares presenta condiciones de vivienda que representan una baja calidad de vida, además de posibles impactos negativos en

su salud ocasionados por altos riesgos de contagio y fácil propagación de enfermedades transmisibles, y en general precarias condiciones de habitabilidad.

Durante la recolección de los datos, el 28% de los hogares mencionó que tienen el riesgo de ser desalojados. El 81% de ellos reportó que la principal razón de riesgo por desalojo se debe a cuestiones económicas (falta de capacidad de pago, aumento del precio, deudas en el pago). Por lo demás la incertidumbre para los hogares en arriendo o subarriendo que tienen un contrato escrito es del 16%, frente a quienes no tienen un acuerdo escrito donde el riesgo es mayor al llegar a un 32%. Adicionalmente, el 33% de quienes no están ante un acuerdo verbal o escrito manifiestan la existencia de este riesgo que a su vez son los más afectados por el vencimiento de los plazos. Cabe destacar que un 6% de los hogares mencionaron ser sujetos de situaciones discriminatorias, xenofobia por parte del arrendatario o comunidad, y un 6% mencionan que se ubican zonas de riesgo y por ello es una de las razones para ser desalojados (ver gráfica 91).

Gráfica 91. Riesgo de desalojo en hogares refugiados y migrantes con vocación de permanencia



Por último, y recopilando la información anterior, se muestran los resultados del indicador compuesto de hogares refugiados y migrantes que cuenta con acceso a vivienda digna y adecuada, el cual hace referencia a aquellas viviendas que no presentan afectaciones en el lugar donde viven. La categoría de vivienda inadecuada incluye situaciones en la que los hogares no se sienten seguros, hay insuficiente privacidad, cuentan con infraestructura precaria, no protegen del calor o frío; en complemento con otras variables<sup>54</sup>. De esto se destaca que el 77% de los hogares encuestados no cuentan con acceso a una vivienda segura y digna bajo dichos criterios; por lo demás, el 83% de los hogares que incluyen entre sus integrantes a niños, niñas y adolescentes no tienen acceso a una vivienda digna y adecuada.

54. Una vivienda digna se refiere al derecho fundamental de todas las personas a tener un lugar seguro, adecuado y saludable para vivir, donde se han identificado múltiples problemáticas que impiden el ejercicio de este derecho, algunas de éstas son: riesgos de desalojo relacionados a la falta de contratos, a la situación jurídica de irregularidad /indocumentación de la población o a la informalidad de los asentamientos, la falta de capacidad de pago del alquiler y servicios básicos, falta de condiciones de habitabilidad y situaciones de hacinamiento, ubicación de las viviendas en zonas inseguras, expuestas a riesgos de desastres o alejadas de servicios básicos como la educación o la salud, así como oportunidades de empleo y generación de ingresos, entre otras problemáticas. "Guía R4V para la vivienda adecuada en la respuesta a refugiados y migrantes de Venezuela en Latinoamérica y el Caribe, 2022". <https://shorturl.at/esU06>



# TRANSPORTE LOCAL



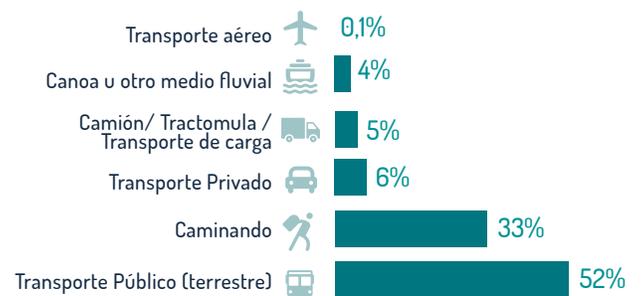
El medio de transporte que más utilizaron los hogares con vocación de permanencia para llegar a su primer destino en Colombia fueron los vehículos de transporte público o bus con el 52%, mientras que el 33% de los hogares tuvieron que caminar hacia su primer lugar de destino. Es importante tener en cuenta que la población caminante se enfrenta a mayores riesgos de protección y salud, debido a múltiples riesgos presentes en las vías de Colombia, particularmente aquellos relacionados con accidentes de tránsito, presencia de actores armados, baja densidad demográfica y consecuente bajo acceso a servicios (p.ej. salud y WASH) a lo largo de la ruta; asimismo, se enfrentan a los impactos en la salud derivados de caminar de manera prolongada, como heridas, deshidratación y quemaduras por el sol. El 6% de los hogares usaron vehículos particulares, el 5% por camión o transporte de carga, el 4% ingresaron por vía marítima y tan sólo el 0,1% por avión.

La gran mayoría de los hogares de refugiados y migrantes con niños, niñas y adolescentes (51%) usaron el transporte

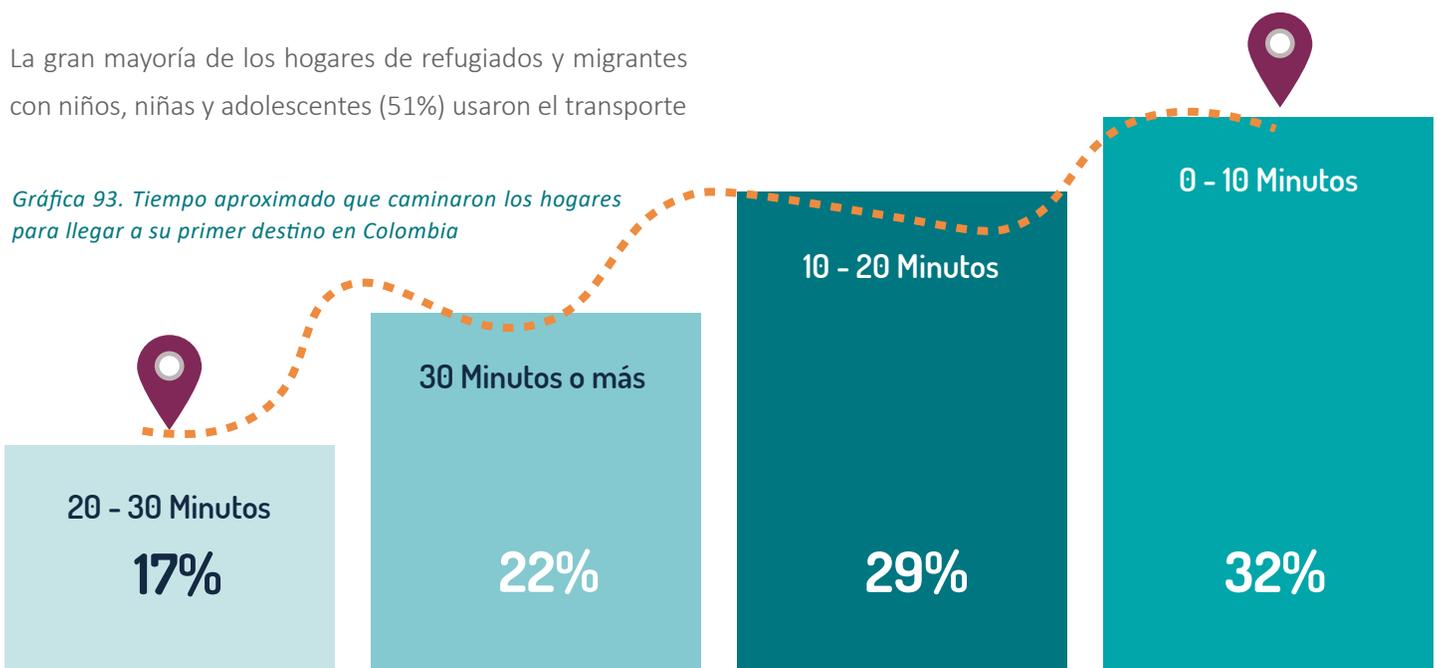
público terrestre desde que entraron a Colombia hasta llegar a su primer destino; no obstante, 33% lo hizo caminando y un 5% usó transporte de carga (camión o tractomula), lo que en ambos casos representa múltiples riesgos de protección para los niños, niñas y adolescentes.

En promedio, el 17% de las personas en los hogares caminan de 20 a 30 minutos hasta llegar a su destino más común. El 22% de los hogares debe caminar más de 30 minutos lo que indica que deben caminar largas distancias sin acceso a transporte público o privado afectando su calidad de vida en términos de largos desplazamientos.

Gráfica 92. Medio de transporte utilizado por hogares refugiados y migrantes para llegar a su primer destino en Colombia



Gráfica 93. Tiempo aproximado que caminaron los hogares para llegar a su primer destino en Colombia





# TELECOMUNICACIONES E INTERNET



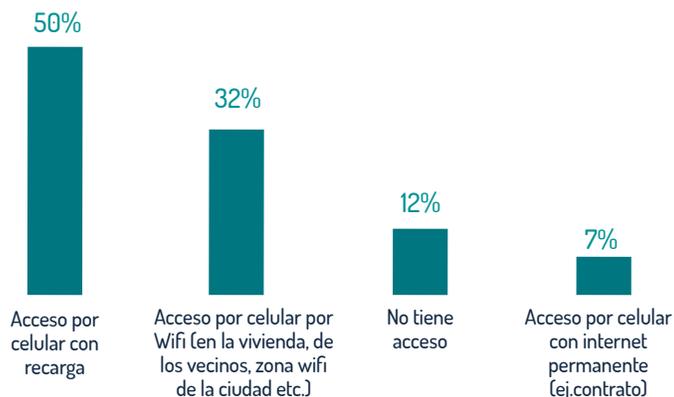
Con respecto a la cobertura de red para uso en teléfono móvil en la población con vocación de permanencia, el 65% de los encuestados manifiesta tener un teléfono con acceso a mensajes de texto e internet, el 26% señala tener acceso a teléfono y mensajes de texto (SMS), mientras que el 9% no tiene cobertura de red.

*Gráfica 94. Cobertura de telefonía celular de hogares refugiados y migrantes con vocación de permanencia*



Por otra parte, el 50% de los encuestados tienen acceso a internet a través de teléfono móvil con paquetes de recarga habilitados para realizar llamadas, enviar y recibir mensajes SMS, y hacer uso de datos móviles y redes sociales. El 32% cuentan con acceso a internet por celular a través de conexión inalámbrica o Wi-Fi por medio de las diferentes modalidades de conexión habilitadas en la vivienda o albergue, casas de vecinos, conexiones públicas disponibles en la ciudad o municipio, entre otras redes disponibles, y el 7% tiene acceso a internet a través de contrato de un plan de telefonía celular permanente. En contraste, el 12% de los encuestados manifiesta no tener acceso a internet.

*Gráfica 95. Tipo de acceso a internet de hogares refugiados y migrantes con vocación de permanencia*





## AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE (WASH)



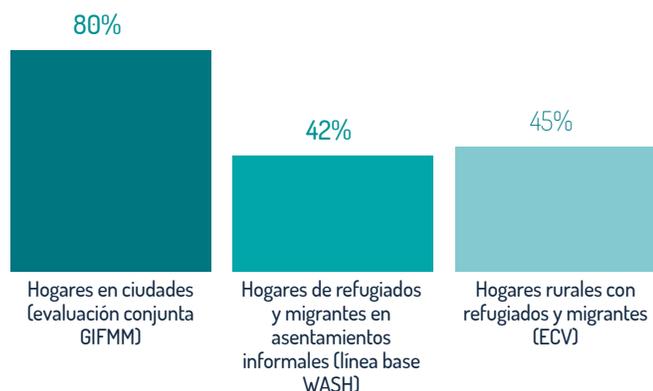
Por el estrecho vínculo de las condiciones de agua, saneamiento e higiene con la capacidad comunitaria y la disponibilidad de infraestructura pública o comunitaria, las necesidades de la población refugiada y migrante en destino en materia de agua, saneamiento e higiene (WASH) dependen de la disponibilidad de bienes y servicios en el área en el que viven, por lo tanto, las brechas de acceso varían en las áreas urbanas, áreas rurales y asentamientos informales. Esta evaluación de necesidades se concentró principalmente en ciudades y en el área integrada a la red de servicios, por lo que refleja la realidad de los hogares refugiados y migrantes en ese contexto. En contraste se utilizan datos de la Encuesta de Calidad de Vida y de la Línea base del sector WASH para ilustrar las brechas entre estos entornos.

### Acceso a agua

De acuerdo con el Joint Monitoring Program (JMP) y con la información disponible en Colombia, se consideran fuentes de agua mejoradas, el agua proveniente de acueducto por tubería, de otra fuente por tubería (ej. acueductos veredales), de pila pública, carro tanque y agua embotellada o en bolsa<sup>55</sup>. En este contexto, el 85,5% de los hogares con vocación de permanencia tienen acceso a fuentes de agua mejoradas. No obstante, teniendo en consideración que la disponibilidad de agua en el caso del carro tanque, el agua embotellada o en bolsa o la pila

pública están sujetas a los recursos disponibles para comprarla, la distancia o la frecuencia de tránsito del carro tanque, solamente el 80,4% de los hogares tienen acceso a agua a través de tubería. En el caso de la población que vive en asentamientos informales, el 42% de los hogares tienen acceso a agua por medio de tubería<sup>56</sup>, y en el caso de la población que vive en áreas rurales, el 45% de los hogares con refugiados y migrantes obtiene el agua mediante tuberías<sup>57</sup>.

**Gráfica 96. Porcentaje de hogares que accede a agua mediante tubería según entornos**



Respecto a la disponibilidad del agua para consumo, de los hogares que acceden al agua mediante tubería, el 84% reporta que tienen el punto dentro de la vivienda, y entre quienes, lo tienen fuera de la vivienda, el 88% lo tienen a menos de 30 minutos de camino. Así mismo, quienes tienen el punto dentro de la vivienda el 72% tiene agua las 24 horas, en contraste 14% tiene agua menos de 3 días a la semana. Así a pesar de que las condiciones individuales de acceso a agua son buenas para la mayoría de la población, las brechas vinculadas a la frecuencia y el acceso dan cuenta de las necesidades vigentes de la población.

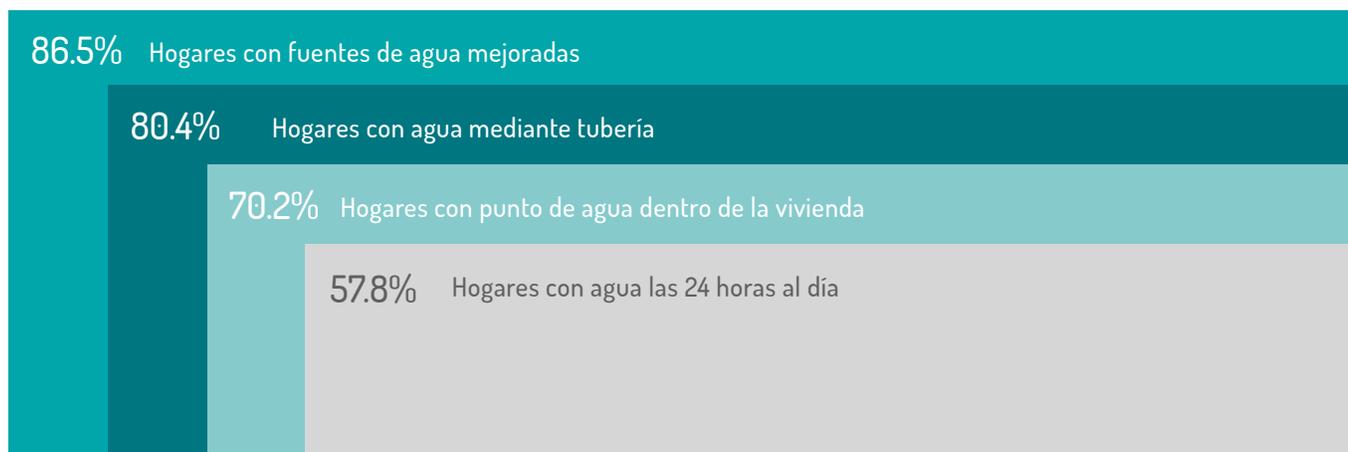
55. Ver: <https://www.r4v.info/es/document/gifmm-colombia-analisis-del-acceso-agua-en-colombia-desde-diferentes-metodologias>

56. Línea base en entornos sector WASH: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoibDI5ZDZiNzctY2R-kMy00NDY2LTg2NWVtZjdlInzUSMzZkZmJkIiwidCI6ImY2ZjcwZjFjLTJhMmQ0NGYzMC04NTJhLTUyOjYjZTBJMTlkNjVlSmMlOjF9>

57. Análisis del sector WASH con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE). <https://www.r4v.info/es/document/gifmm-colombia-brechas-y-barreras-de-los-hogares-frente-los-servicios-wash-segun-la>

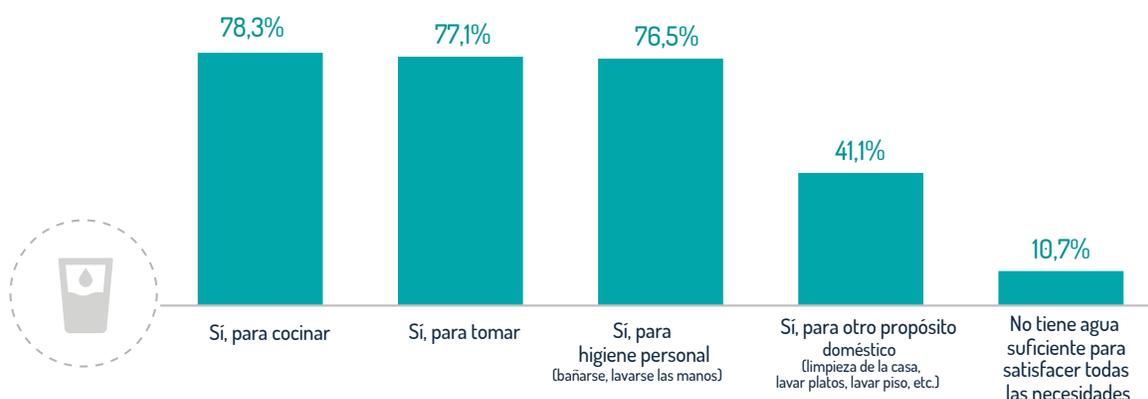


Gráfica 97. Porcentaje de hogares según la fuente, distancia y disponibilidad del acceso al agua



Respecto a la suficiencia de agua, con base en la pregunta “En los últimos 30 días, ¿su hogar ha tenido suficiente agua para satisfacer algunas de estas necesidades?”, el 78,3% de los hogares respondieron que sí han tenido agua suficiente para cocinar, el 77,1% para tomar, el 76,5% para la higiene personal, pero solo el 41,1% tiene suficiente agua para otro propósito doméstico (limpieza de la casa). Solamente el 29,2% tiene agua suficiente para todas las actividades mencionadas. Asimismo, el 10,7% no tiene agua suficiente para ninguna de estas actividades básicas: cocinar, tomar, para la higiene personal ni para actividades de limpieza doméstica.

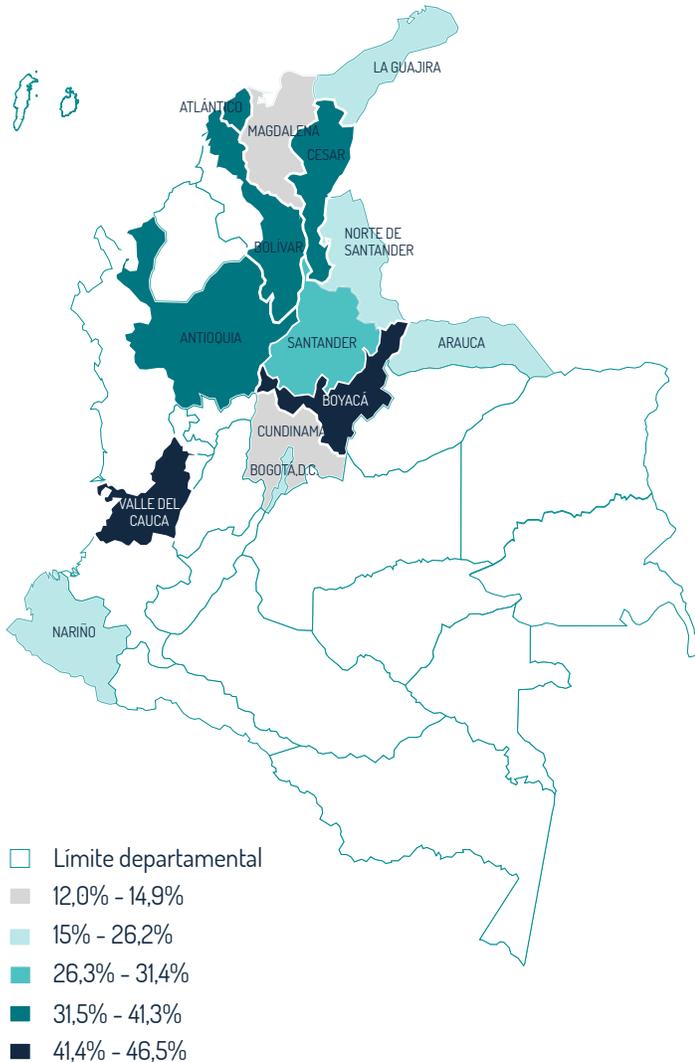
Gráfica 98. Porcentaje de hogares según la disponibilidad de suficiente agua



Es importante tener en consideración que esta brecha es mayor entre hogares con mujeres con jefatura de hogar, en el caso de los hogares que no tiene agua suficiente (10,7%) para ninguna de estas actividades (cocinar, tomar, higiene personal, limpieza doméstica), entre los hogares con mujeres como jefas de hogar, el 12,3% no tienen actividades para ninguna de las actividades en mención, mientras los hogares con hombres jefes de hogar, el 7,3% no tienen suficiente agua para ninguna de las actividades. Igualmente, en la perspectiva opuesta, el 28% de los hogares liderados por mujeres tienen agua para todas las actividades, y 32% de los hogares liderados por hombres están en la misma situación.



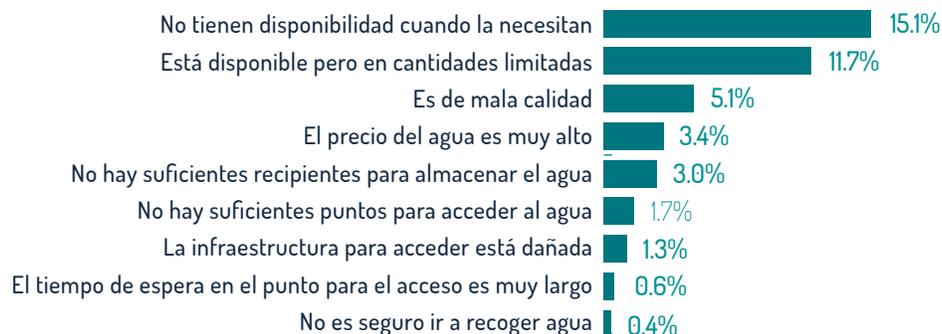
Mapa 8. Porcentaje de hogares con agua suficiente por departamento



Asimismo, el 54,8% de los hogares reportó que almacena agua, esto puede ser porque no tiene agua suficiente o porque aun cuando la tienen deben hacerlo por falta de disponibilidad. En el caso de los asentamientos informales, el 45,7% de los hogares almacena agua<sup>58</sup>. Esta menor proporción, en relación con la población en ciudades, puede explicarse por la menor disponibilidad de agua en asentamientos disponible para almacenar.

El 70% de la población reportó que no tiene problemas para acceder al agua. Entre quienes reportaron enfrentar problemas para acceder al agua, el 15,1% mencionó que no tienen la disponibilidad cuando la necesita, el 11,7% reporta que lo tienen disponible, pero en cantidades limitadas, el 5,1% reportó que el agua es de mala calidad, el 3,4% reporta que el precio es muy alto y 3,0% reporta que no tiene suficientes recipientes para almacenar el agua, entre otros problemas.

Gráfica 99. Hogares con problemas de acceso a agua



58. Línea base en entornos sector WASH:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoibDI5ZDZiNzctY2RkMy00NDY2LTg2NWwtZjdlNzU5MzZkZmJkIiwidCI6ImY2ZjcwZjFjLTJhMmQtNGYzMC04NTJhLTY0YjhjZTBiMTkNyIsImMiOiF9>



## Calidad del agua

Frente a la calidad del agua, el 59,4% de los hogares perciben que el agua que consumen en su hogar es de buena calidad, es decir, no tiene olor, color o sabor. El 35,1% reportó que la calidad del agua es regular (agua turbia) y el 5,5% reporta que el agua es de mala calidad. Sin embargo, esta información difiere ampliamente entre departamentos. Los departamentos en donde se percibe con más frecuencia buena calidad del agua son: Cundinamarca (86%), Antioquia (82%), Bogotá (79%), Santander (79%) y Atlántico (77%), y aquellos donde se percibe con más frecuencia que el agua es de regular y mala calidad son Magdalena (76%), La Guajira (75%), Arauca (73%) y Norte de Santander (49%). Eso se ilustra en el mapa 9.

En este sentido, el 50,5% de los hogares no adoptan medidas para hacer que el agua sea segura para consumir y el 1% no sabe o prefiere no responder. Entre los hogares que sí adoptan medidas, la más frecuente es hervirla, reportada por 36% de los hogares seguida de almacenarla en un tanque (7,4%), y filtrar (5,4%). Otras medidas como exponerla al sol, filtrar o usar un producto de desinfección como pastillas potabilizadoras, fueron reportadas por menos de 2% de los hogares.

La calidad del agua que consumen los hogares y del adecuado tratamiento de esta es fundamental para la prevención de enfermedades gastrointestinales y cutáneas. El 17,6% de los hogares reportaron que al menos un miembro del hogar ha tenido alguna enfermedad asociada al consumo del agua. Esta

Mapa 9. Porcentaje de hogares que consideran que la calidad del agua en su hogar es regular o mala



situación, que deteriora las condiciones de los hogares en vocación de permanencia, es más frecuente en los departamentos de Frontera Arauca (41%), Norte de Santander (27%), La Guajira (27%) y en los departamentos cercanos a la frontera o la Costa, Magdalena (24%) y Cesar (24%).

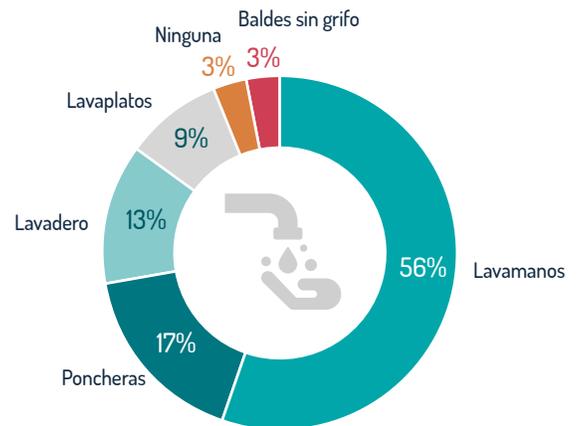




## Infraestructura e insumos de higiene

El 77,5% de los hogares cuentan con infraestructura adecuada para el lavado de manos (lavamanos, lavaplatos, lavadero). Aunque, solo el 55,6% cuenta con lavamanos específicamente. Esto implica que el 22,5% de los hogares no cuenta con infraestructura adecuada. En los hogares con población refugiada y migrante en zonas rurales según la ECV, el 25,8% no tiene acceso a un punto de lavado de manos, mientras que en los asentamientos el 58% de hogares carece de esta infraestructura. La situación es crítica en departamentos como La Guajira donde 82,2% de los hogares carece de infraestructura adecuada asimismo Bolívar (52,2%), Magdalena (48,3%), Arauca (44,5%).

Gráfica 101. Hogares con tipos de infraestructura para el lavado de manos



Al momento de lavarse las manos, el 90,7% de los hogares reporta que sus miembros utilizan principalmente agua y jabón. El 93,4% se lava las manos antes de comer, el 84,9% lo hace antes de cocinar o preparar la comida, el 81,5% reporta que en su hogar se lavan las manos después de defecar. Respecto a los lugares donde se bañan los miembros del hogar, el 69,9% de los hogares reportan que tienen una ducha para su hogar, el 3,1% tiene una ducha compartida y el 26,1% tiene una ducha improvisada.

## Gestión Menstrual

El 41% de los hogares con mujeres y niñas, reporta que ha tenido dificultades para adquirir los elementos necesarios para atender el período menstrual de niñas y mujeres.



La dificultad más frecuente es que los productos menstruales son demasiado caros según el 39% de los hogares.

Asimismo el 19% de los hogares reportó que, las niñas y las mujeres suspendieron o interrumpieron actividades a causa de su periodo. 10% de los hogares reportaron que las actividades suspendidas o interrumpidas fueron laborales, otro 10% mencionó actividades domésticas y 4% actividades académicas.



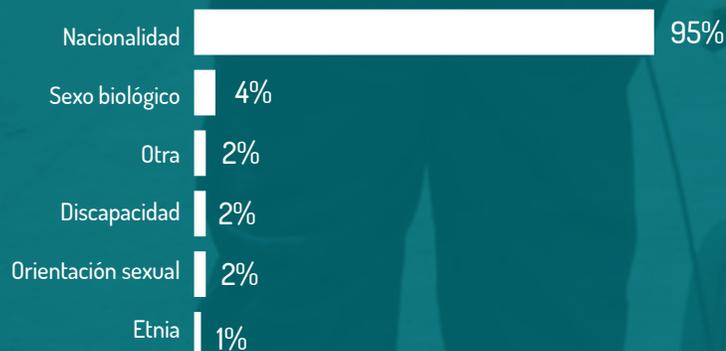
# 7 RIESGOS DE PROTECCIÓN

## DISCRIMINACIÓN

### VOCACIÓN DE PERMANENCIA

De los hogares encuestados, el 36% manifestó que al menos alguno de sus miembros ha experimentado algún tipo de discriminación, siendo la nacionalidad (95%) el principal motivo. Los principales entornos donde las personas enfrentan estas situaciones son: en la calle (72%), buscando trabajo (44%), buscando un lugar en donde vivir (23%), en el trabajo (23%) o en instituciones educativas (12%).

Gráfica 102. Tipo de discriminación que experimentaron





## Riesgos en el marco del conflicto armado y violencia

Las personas refugiadas y migrantes, al igual que la comunidad de acogida, se encuentran expuestas a situaciones de violencia como asaltos o robos, desplazamientos, confinamientos, reclutamiento de niños, niñas o adolescentes, homicidios, entre otros. Al respecto, el 29% de los hogares indicó conocer alguna persona que ha estado expuesta a alguno de estos riesgos, principalmente aquellos asociados a crimen urbano (25%) pero también debido a eventos en el marco del conflicto armado<sup>60</sup>(3%). Los departamentos donde más se reporta la exposición a estos riesgos son Cesar, Atlántico, Bolívar, Nariño, La Guajira y la ciudad de Bogotá D.C.

Gráfica 103. Tipos de riesgos a los que han estado expuestos por departamento



El 8% de las personas encuestadas indicaron que ellos o sus familias han experimentado restricciones de movilidad que limitan su tránsito libre. El principal motivo indicado fueron las amenazas (47%), seguido de “otras razones” (29%) y acceso obstruido o vías dañadas (18%). Al profundizar sobre las otras razones, los hogares manifestaron situaciones de inseguridad, imposiciones de horarios en los lugares donde viven, manifestaciones y situaciones asociadas a las violencias basadas en género.

Gráfica 104. Tipos de restricciones a la movilidad experimentada



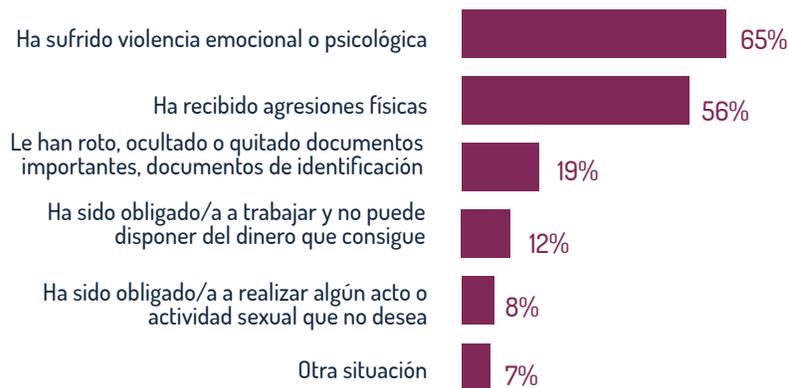
60. Los departamentos donde se realizaron las encuestas tienen dinámicas en el marco de conflicto armado, sin embargo, estos eventos suelen presentarse en mayor medida en zonas rurales y las consultas fueron realizadas principalmente en zonas urbanas de las ciudades capitales.



## Riesgos asociados a la VBG VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VBG)

Respecto a los riesgos sobre violencia basada en el género (VBG), en refugiados y migrantes con vocación de permanencia, se evidencian hallazgos preocupantes. Un 15% de los hogares encuestados reportan tener conocimiento de alguna situación vinculada a la VBG, en donde se observa una alta prevalencia de violencia emocional o psicológica en el núcleo familiar o en relaciones de pareja (65%), seguida de agresiones físicas en estas mismas circunstancias (56%).

Gráfica 105. Conocimiento de situaciones de Violencia Basada en Género que sucedieron



Además, se destaca que el 67,6% de las personas encuestadas considera que estas situaciones ocurren mayormente en el lugar de residencia, lo que se une al temor a acudir a las instituciones competentes (37,2%) y la presión del agresor o terceros para no reportar la situación (24,0%), siendo estas las principales razones para no denunciar los casos, lo que resalta la necesidad de abordar estas barreras para acceder a una atención integral. Esto también se refleja en la baja tasa de reportes a autoridades, como la Policía Nacional (18,2%) y la Fiscalía General de la Nación (4,2%), requiriéndose de un mayor esfuerzo para promover la confianza en el sistema de justicia y mejorar el acceso a información.

En términos de grupos afectados, las mujeres adultas (67,9%) parecen ser las más vulnerables a estas situaciones, seguidas por las adolescentes mujeres (30,2%).

Estos hallazgos resaltan la importancia de establecer canales seguros y accesibles para la denuncia, junto con la creación de programas de apoyo emocional y asesoramiento legal que aborden las necesidades específicas de las víctimas, con un enfoque de género. Una asistencia técnica para el fortalecimiento de capacidades institucionales y el desarrollo de ejercicio de prevención y sensibilización comunitaria constituyen un papel crucial en la creación de un entorno más seguro y protector para los refugiados y migrantes en situación de riesgo de violencia de género.



# 8 MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO

## MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS MEDIOS DE VIDA

Las estrategias de afrontamiento de los medios de vida permiten entender las capacidades de respuesta del hogar ante las dificultades a largo plazo. El 88% de los hogares tuvo que acudir a estas estrategias en los últimos 30 días por falta de alimentos o dinero para comprarlos.

Las estrategias se clasifican en tres categorías:

**1. Estrés:** indican reducción de la capacidad del hogar para crisis futuras como resultado de la reducción de recursos o el incremento de las deudas. De esta estrategia, la más usada por los hogares fue comprar alimentos a crédito (59,3%), depender de la ayuda de familiares y amigos (49,1%) y gastar los ahorros (42,9%).

**2. Crisis:** asociadas con la reducción directa de la productividad futura. En esta categoría se destaca que el 30,9% de los hogares tuvo que reducir sus gastos en salud y educación, el 12% vender sus activos y el 4,2% retirar a los niños y niñas de las escuelas para que aportaran a la economía del hogar.

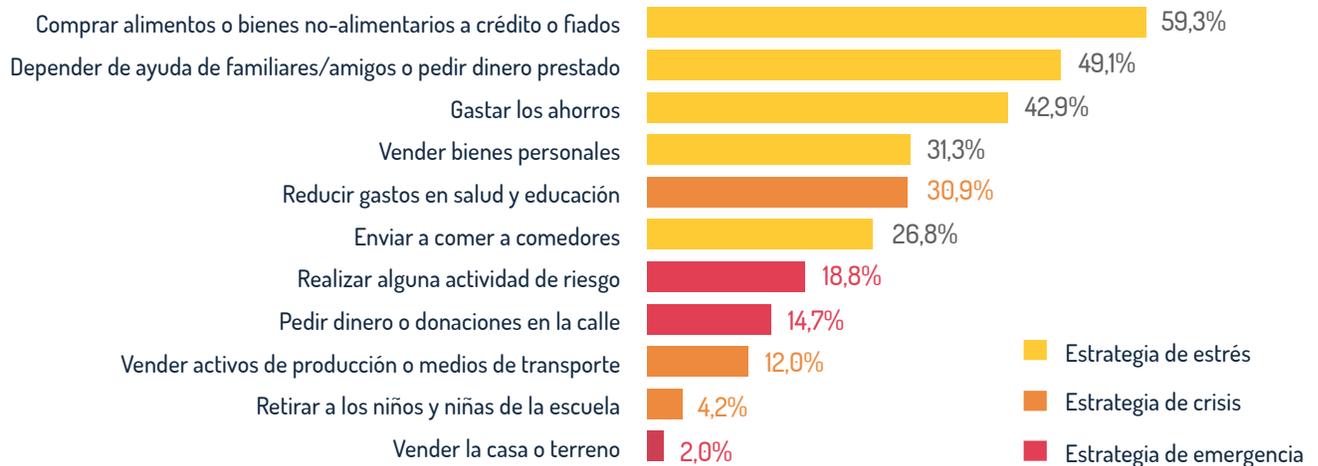
**3. Emergencias:** afectan la productividad futura pero son más difíciles de revertir. En ésta, el 18,8% de los hogares realizó alguna actividad de riesgo, el 14,7% pidió ayuda o donación en la calle y el 2% vendió su casa o terreno.

Gráfica 106.  
Estrategias de  
afrontamiento  
adoptadas por los  
hogares con vocación  
de permanencia



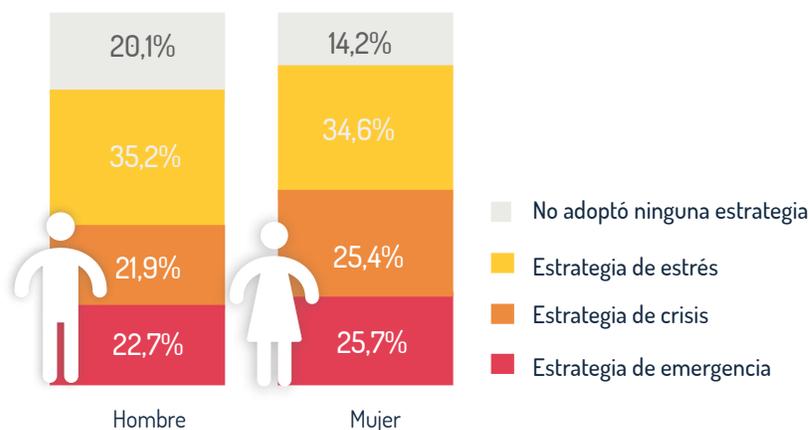


Gráfica 107. Estrategias de afrontamiento adoptadas por los hogares con vocación de permanencia para hacer frente a la falta de alimentos



Al analizar las estrategias de afrontamiento más severas a las que acudieron los hogares según la jefatura del hogar se encontraron diferencias significativas al comparar las categorías de crisis y emergencia<sup>61</sup>. Los hogares con jefatura femenina acudieron en mayor proporción a estrategias de crisis (25,4%) que los de jefatura masculina (21,9%). En la categoría de emergencia este porcentaje también fue mayor en los hogares encabezados por mujeres (25,7%) en comparación con los hombres (22,7%).

Gráfica 108. Estrategias de afrontamiento más severas adoptadas por los hogares con vocación de permanencia, según sexo del jefe de hogar



61. Las diferencias entre los distintos grupos de hogares fueron evaluadas a partir del estadístico z.



# 9 NECESIDADES Y RESPUESTA

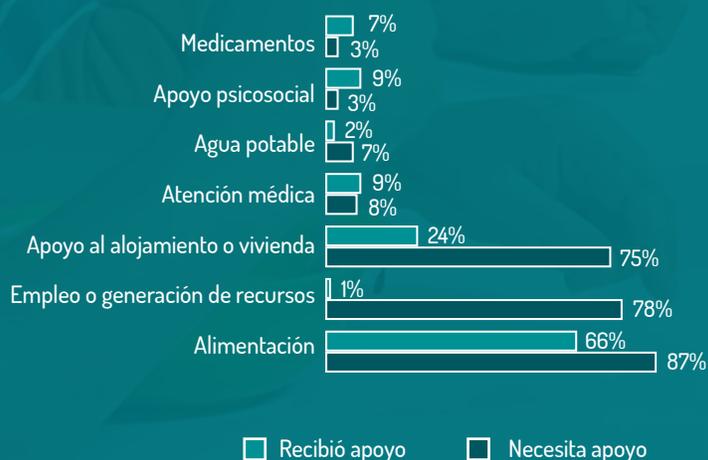
## NECESIDADES PRIORIZADAS

Ahora bien, las necesidades señaladas como prioritarias por los hogares al momento de la evaluación son alimentos (87%), empleo o generación de recursos (78%), apoyo para alojamiento o vivienda (75%), atención médica (8%), agua potable (7%), artículos de higiene (4%), apoyo para pagar deudas (4%), entre otras necesidades con menores porcentajes.

Las mujeres reportan, en mayor proporción, necesidades de alimentación (87% vs. 84% en hombres), empleo o generación de recursos (78% vs. 77% en hombres). Los hombres por su parte destacan en reportar necesidades de apoyo para alojamiento o vivienda (74% vs. 72% en mujeres) y atención médica (12% vs 9% en mujeres).

### RESPUESTA

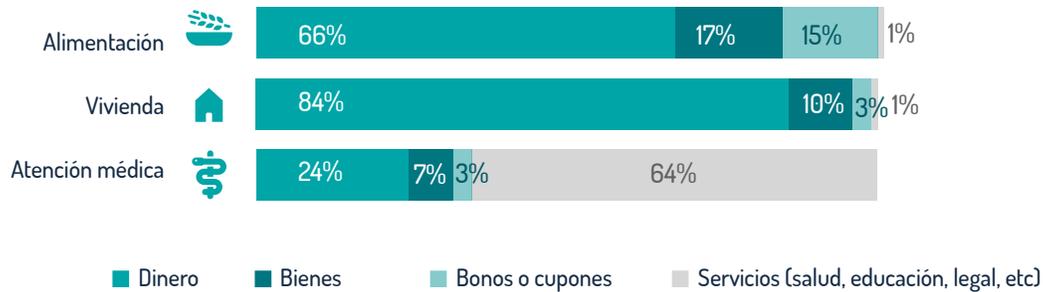
Gráfica 109. Tipo de apoyo recibido vs. tipo de apoyo que necesitan





Teniendo en cuenta estas necesidades mencionadas como prioritarias (alimentación, apoyo al alojamiento o vivienda, empleo y atención médica), se analizan las modalidades bajo las cuales los hogares reportaron preferir recibir la asistencia. Dado que la empleabilidad no se puede atender directamente, sino únicamente a través de actividades o entregas de bienes o efectivo que faciliten la búsqueda y obtención de empleo sin garantizar el éxito de estas, se analizará en su lugar la atención médica que tiene una respuesta directa.

Gráfica 110. Modalidades de asistencia preferidas para las tres principales necesidades reportadas



Al analizar la modalidad preferida de acuerdo con la necesidad reportada (ver gráfica 110) se observa que para el caso de los encuestados que reportaron como necesidad la alimentación, la entrega de dinero, ya sea en efectivo, transferencias bancarias o tarjetas prepagadas, fue la modalidad de entrega mayormente reportada como preferida (66%), por encima de los alimentos en especie (17%) y bonos o cupones (15%). Para los encuestados que reportaron necesidades en términos de apoyo en vivienda, en su mayoría (84%) reportaron preferencia por la entrega de dinero, bien sea en efectivo, tarjetas precargadas o transferencias, dejando un 10% para la asistencia con entrega de bienes y un 3% para los bonos o cupones. Por su parte, para quienes mencionaron la asistencia en atención médica, la mayoría prefirió la oferta del servicio de salud como la modalidad preferida (64%), seguida de la entrega de efectivo (24%), un 7% optaron por la entrega de bienes y un 3% los bonos y cupones.

El 90% de los hogares encuestados con perfil de vocación de permanencia manifestaron que no habían recibido ningún tipo de ayuda en los 30 días previos a la evaluación (ver gráfica 111).

Gráfica 111. Porcentaje de hogares que reportó haber recibido ayuda, subsidio o apoyo en los últimos 30 días

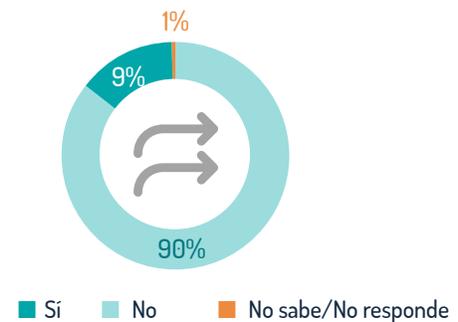
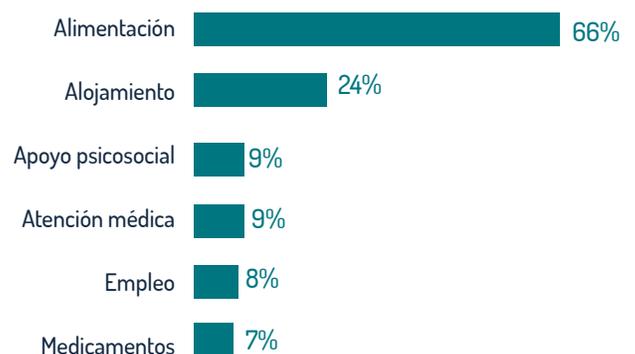


Gráfico 112: Principales necesidades reportadas como atendidas por la asistencia recibida en los 30 días previos a la recolección de información:





Como indica la gráfica 112, del total de los hogares que recibieron ayuda (9%), 66% iban dirigidos a suplir necesidades de alimentación, 24% correspondían a apoyos en alojamiento o vivienda, 9% apoyo psicosocial y atención médica, 8% apoyo al empleo, y 7% medicamentos, entre otros apoyos con menor porcentaje.

*Gráfica 113. Principales modalidades reportadas en la asistencia recibida en los 30 días previos a la recolección de información*



La gráfica 113 evidencia que la recepción de ayuda para los hogares encuestados fue principalmente a través de modalidades como dinero en efectivo (49%), bienes (25%), servicios (salud, educación, legal, etc.) (15%), bonos o cupones (10%) tarjetas precargadas (3%), transferencia bancaria (3%), dinero a través de telefonía móvil (1%). Es decir, en total el 66% de los hogares recibieron asistencia a través de CVA (dinero y bonos o cupones).

Del 9% que reportó haber recibido ayuda en los últimos 30 días, el nivel de satisfacción de los hogares frente a la recepción de ayuda fue del 87%. En cuanto al 10% de hogares que reportaron insatisfacción, la principal razón fue que la ayuda no fue suficiente (68%), y en menor medida, la baja calidad de los productos (14%).

Los departamentos donde proporcionalmente más se destacan las necesidades de empleo son: Cesar (90%), Atlántico (85%), Bolívar (84%) y La Guajira (83%). En cuanto a las necesidades de alimentación, éstas fueron mayoritarias en Cesar (98%), La Guajira (95%), Arauca (93%) y Nariño, Norte de Santander y Antioquia (89%). La necesidad en vivienda se mencionó con mayor proporción en Santander (86%), Nariño (85%) y Antioquia (82%). Sobre la atención médica, la cuarta necesidad prioritaria, los departamentos donde se reportó mayormente la necesidad fueron: Bogotá (15%), Cundinamarca (14%) y Valle del Cauca (13%).



## Prevención de la explotación y abuso sexual (PEAS)

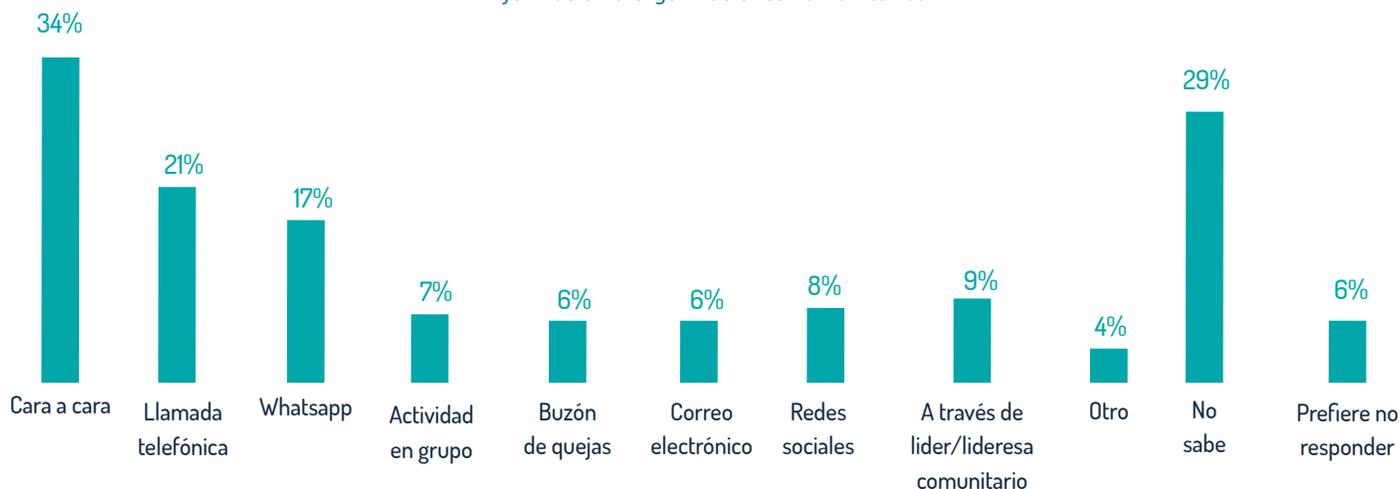
Todas las Agencias de Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales que implementan respuesta humanitaria en Colombia deben contar con procedimientos operativos para la prevención de la explotación y abuso sexual. Por lo tanto, en el marco de esta evaluación, se les consultó a las personas encuestadas sobre el conocimiento y acceso que tienen a los canales establecidos por los actores humanitarios ante estos casos.

El 72% manifiesta que se sentiría seguro/a y confiado/a de expresar un reclamo, queja, duda, o realizar algún comentario sobre el trabajo que hace el personal

humanitario. Sin embargo, sólo el 23% de las personas sabe cómo expresar o reportar inquietudes o comentarios que tengan al respecto.

Cuando las personas necesitan pedir orientación o comunicarse para informar sobre la forma como lo/la han tratado, la calidad de los servicios o la atención que ha recibido por parte de las organizaciones humanitarias, los medios que más usan son cara a cara (34%), llamada telefónica (21%) y Whatsapp (17%); aunque un alto porcentaje (29%) indica no saber cómo hacerlo.

Gráfica 114. Medios de comunicación usados para comunicarse o pedir información a organizaciones humanitarias



Sólo el 12% de las personas ha participado en algún espacio de capacitación o ha recibido información sobre las normas que debe seguir el personal humanitario para tratar de forma adecuada a las personas refugiadas, migrantes y/o a las comunidades.

La mayoría de las personas (92%) se sienten satisfechas con la forma en que se comporta generalmente el personal humanitario. Sin embargo, un 1% de las personas conoce alguna situación en la que el personal humanitario tuvo un comportamiento inadecuado o irrespetuoso hacia alguna persona refugiada, migrante o de la comunidad de acogida. También un 2% ha tenido conocimiento de alguna situación en la cual el personal humanitario hubiera solicitado a personas beneficiarias pagar o dar algo a cambio para recibir algún servicio, asistencia humanitaria o para ser incluida en algún programa.



**R4V**

Plataforma de Coordinación  
Interagencial para Refugiados  
y Migrantes de Venezuela

