



Plataforma de Coordinación
Interagencial para Refugiados
y Migrantes de Venezuela

GIFMM COLOMBIA EVALUACIÓN CONJUNTA DE NECESIDADES PARA POBLACIÓN PENDULAR EN FRONTERA - 2023





GIFMM COLOMBIA

EVALUACIÓN CONJUNTA DE NECESIDADES PARA POBLACIÓN PENDULAR EN FRONTERA 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 pendular en frontera, 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
Natalia Escobar



Angie Martín



Álex Pérez



Michael Bally



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



Daniela Sánchez

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>



CARACTERIZACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS Y GRUPOS DE VIAJE

1	Perfil del entrevistado/a	<u>9</u>
	Discapacidad	<u>10</u>
	Composición del hogar	<u>11</u>



MOVIMIENTOS E INTENCIONES

2	Perfiles de viaje	<u>12</u>
	Características y barreras de ingreso	<u>13</u>



DOCUMENTACIÓN

3	Tendencia de documentación	<u>14</u>
----------	----------------------------	-----------



CURSO DE VIDA

4	Atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia:	<u>15</u>
	Contexto	<u>15</u>
	Caracterización	<u>17</u>
	Análisis de necesidades por sector	<u>19</u>



MEDIOS DE VIDA

5

Ocupación y fuentes de ingresos

37



NECESIDADES SECTORIALES

6

Seguridad alimentaria

40

Salud

43

Alojamiento

49

Telecomunicaciones e internet

49

Agua, Saneamiento e Higiene

50



RIESGOS DE PROTECCIÓN

7

Riesgo en el marco en el conflicto armado y violencia

52

Violencia Basada en Género (VBG)

53

Discriminación

53

Riesgo de trata de personas

54



MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO

8

Estrategias de afrontamiento

55

Modalidades de asistencia

56



NECESIDADES Y RESPUESTA

9

Necesidades priorizadas

57

Respuesta

59



 **435** GRUPOS DE VIAJE
DE REFUGIADOS Y MIGRANTES

 **792** PERSONAS
CARACTERIZADAS

 **8**
DEPARTAMENTOS

 **44**
ORGANIZACIONES

INTRODUCCIÓN

Este informe hace referencia a los resultados de la Caracterización de Movimientos Mixtos del Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM) realizada durante junio de 2023. La Caracterización recopila información de diferentes poblaciones en movimiento (población con intención de permanecer en Colombia, población pendular, población con intención de regresar a Venezuela y población en tránsito). No obstante, los resultados aquí presentados corresponden únicamente a las poblaciones o grupos de viaje identificados con el perfil de pendulares.

Esta Caracterización de Movimientos Mixtos a nivel general buscó identificar:

i) los perfiles poblacionales de las personas y/o grupos de viaje en movimiento, **ii)** las intenciones y motivaciones de desplazamiento, **iii)** las necesidades prioritarias de los grupos de viaje, **iv)** los factores que brindan insumos para comprender las diferencias de condiciones de vida en las poblaciones de interés y **v)** las condiciones de vida a nivel sectorial.

El análisis que se recoge en este documento corresponde a la interpretación 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 el presente informe son de elaboración propia, con base en esta recolección de información.



Perfil y composición de grupos de viaje

48,5%

de las personas entrevistadas viajaban con acompañantes. Los grupos de viaje conformados por más de una persona tenían en promedio 1,8 personas.

31%

de las personas se reconoce como indígenas, mientras que el 2,5% se identifican como afrodescendientes (el 8% no sabe o no se identifica con ninguna).

66,8%

de las personas caracterizadas fueron mujeres y el 33,2% hombres.

20%

de las mujeres se encontraba en embarazo y el 25% lactando. De estas, el 2% tenían menos de 18 años.

Los rangos de edad con más población fueron:

- 26 a 35 años (23,5%)
- 18 a 25 años (23,2%)
- NNA de 0 a 5 años (20%)



Personas en condición de Discapacidad

38%

del total de las personas encuestadas directamente manifestaron tener una o más tipos de discapacidad. De estos el 66% fueron mujeres.

26%

manifestaron tener dificultades para ver, el **15%** dificultades para recordar o concentrarse, el **12%** para caminar o subir escalones, el **7%** para oír, **2%** con dificultades para comunicarse y **1%** con dificultades para ocuparse de sí mismo.

La población con edades de **50 años** en adelante tienen más afectaciones comparativamente.



Movimientos e intenciones

49%

de los viajeros elige Colombia por acceso a medicina y alimentos, el 30% busca oportunidades laborales, el 13% tiene familia allí, y el 6% se dirige al país por acceso a artículos para el hogar y educación para niños, niñas y adolescentes.

Las oportunidades de empleo motivan a quienes planean mudarse a Colombia en los próximos 3 meses, mientras que la reunión familiar es más común entre los que no tienen intenciones de mudarse. El 38% tiene la intención de mudarse a Colombia próximamente.

81%

de los grupos usó pasos fronterizos oficiales; en La Guajira el 83%, en Norte de Santander el 94%, mientras que en Arauca, el 70% usó pasos irregulares, a pesar de que solo el 10% de los encuestados ingresó por esa región.

Quienes usan pasos regulares prefieren transporte público terrestre y caminar, mientras que quienes usan pasos irregulares optan por transporte de carga y fluvial.

71%

usa transporte público terrestre y el 24% camina durante el viaje.

68% no tiene documentos de regularización del Estado colombiano. Sin embargo, el 41% posee cédula de ciudadanía (de su país de origen) y el 21% tiene acta de nacido vivo, entre otros documentos.



Curso de vida

60%

de los niños encuestados tienen entre 0 y 5 años, el 29% entre 6 y 11 años, y el 11% entre 12 y 17 años.

93%

de los grupos de viaje con niños, niñas o adolescentes son liderados por mujeres, mientras que el 7% son liderados por hombres.

63%

de las personas a cargo de niños menores de 5 años son jóvenes de 18 a 29 años, de los cuales el 99% son mujeres y el 1% son hombres.

96%

de los grupos de viaje con niños, tienen de 1 a 3 niños, niñas o adolescentes.

28%

de los grupos con niños cuenta con un líder que se identifica como indígena o afrodescendiente.

19%

de los grupos con niños, niñas o adolescentes ingresa a través de pasos no oficiales, y el 81% lo hace por pasos oficiales.

21%

de los niños y niñas menores de 5 años tiene registro civil de nacimiento, mientras que en los grupos de 6 a 11 años, el 74% tiene acta de nacido vivo, el 9,1% certificado de nacido vivo, y el 5,2% registro civil.

18%

de los niños y niñas menores de 5 años solo tiene certificado de nacido vivo, que es informativo y requiere un certificado médico para obtener un acta de nacimiento; de ellos el 60% tienen menos de dos años.

59%

de los niños y niñas menores de 5 años posee acta de nacido vivo de Venezuela.

1.3%

de los niños y niñas en primera infancia no tienen ningún documento de identificación, lo que los pone en riesgo de apatridia.



Seguridad Alimentaria y Nutrición (SAN)

38%

de gestantes experimentó restricciones alimentarias, adoptando estrategias como consumir alimentos menos preferidos o asequibles, reducir porciones y solicitar ayuda de familiares o amigos.

La dieta de las gestantes se caracteriza por un alto consumo de cereales y leguminosas, con un consumo bajo de frutas y lácteos, lo que aumenta el riesgo de deficiencias nutricionales que pueden afectar tanto a la madre como al bebé. En cuanto al número de comidas al día el 73,2% de las gestantes consumieron 2 comidas al día o menos.

35,6%

de gestantes no obtuvo intervenciones nutricionales.

La suplementación con micronutrientes y la evaluación nutricional fueron las intervenciones más comunes, con un 50,8% y 49,2% de las gestantes informando su recepción, respectivamente. La desparasitación no fue reportada y el manejo preventivo del bajo peso se informó sólo en el 1,7% de las gestantes.

27,8%

de las gestantes presentaban bajo peso, mientras que el 27,7% mostraba exceso (un 19,4% de sobrepeso y un 8,3% de obesidad).

En conjunto, este grupo conformaba un 55% de gestantes con desequilibrios nutricionales, aumentando el riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, tales como parto prematuro, retraso en el crecimiento fetal, diabetes gestacional y bajo peso al nacer.

De los niños y niñas en el rango de edad de 0 a 4 años, un 5,2% presentaba desnutrición aguda en el momento de la encuesta, el 12,1% estaba en situación de riesgo de desnutrición aguda, y un 22,4% en riesgo de sobrepeso, mientras que un 1,7% mostraba sobrepeso y otro 1,7% obesidad.

Al momento de la encuesta, el 22,4% de los niños y niñas tenía retraso en el crecimiento, el 39,7% estaba en riesgo de desarrollarlo, y solo el 37,9% mantenía una estatura acorde a su edad. El retraso en el crecimiento se relaciona con problemas cognitivos y la vulnerabilidad a enfermedades.



Salud

31

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

23%

de los grupos de viaje pendulares con problemas de salud no fueron atendidos en ningún servicio de salud. En el caso del grupo que accedió a un servicio de salud, este fue prestado principalmente por un hospital o puesto de salud público (30%) y ONG o Naciones Unidas (23%).

45% Dolores de cabeza

25% Fiebre o infección

24% Dolores musculares

fueron las principales problemas de salud que presentaron los grupos de viaje pendulares, lo que puedes 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 personas refugiadas y migrantes.

46% Miedo

39% Ansiedad

31% Depresión

El 51% de los grupos de viaje han presentado síntomas o problemas relacionados con salud mental, en su mayoría refieren miedo, ansiedad y depresión. 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.

47% Hipertensión

12% Diabetes

son las enfermedades más diagnosticadas en los grupos de viaje, lo que puede estar relacionado con el estilo de vida, la dieta, el acceso a atención en salud y las condiciones de vida de estos grupos.

22% (96)

de los grupos de viaje encuestados tuvieron una necesidad en salud sexual y salud reproductiva y no les fue prestado el servicio. Las principales necesidades fueron asistencia prenatal, servicios ginecológicos o controles (23%), orientación en el uso de anticonceptivos (14%) y exámenes de diagnóstico o medicamentos (14%).

No estar asegurado en salud (41%) y no tener con qué pagar la consulta (28%) fueron las principales barreras encontradas para que los grupos de viaje pudieran acceder a un servicio de salud. Aunque el aseguramiento no garantiza acceso efectivo a salud, no estar asegurado es un factor de riesgo para retrasar la detección y el tratamiento de enfermedades.



Ocupación y fuentes de ingresos

37%

de la población pendular es menor de 15 años, de ellos el 22% se dedica a estudiar o hacer tareas del hogar, mientras el 40% restante busca trabajo o ya está trabajando en Colombia o Venezuela.

Se registran disparidades regionales en los movimientos pendulares, evidenciándose una mayor presencia de menores de 15 años en Norte de Santander y Santander, posiblemente atribuible a la mayor demanda de servicios educativos y de salud en dichas zonas.

Las mujeres tienen una tasa de desempleo más alta (30%) que los hombres (13%), y son La Guajira y Arauca las regiones que tienen mayor tasa de desempleo.

La mitad de los grupos de viaje depende de trabajos informales o negocios propios como fuente de ingresos (53%), mientras que el 28% recibe apoyo de familiares, amigos, el gobierno o ONGs.

A pesar de que la mayoría de los migrantes cuenta con recursos para comprar alimentos y medicinas o acceder a tratamiento médico, el 28% no cuenta con recursos suficientes para sus necesidades durante su estadía en Colombia, lo que aumenta su vulnerabilidad y estrategias de afrontamiento (apoyo de la comunidad, amigos o familia, vender bienes personales, asistencia del gobierno, fundaciones u organizaciones, donaciones, préstamos entre otras).



Alojamiento

57%

de los grupos de viaje pendular se alojaron en su propia vivienda debido a su condición de pendularidad.



5%

tuvo que quedarse en albergues o alojamientos temporales colectivos, mientras que un 4% se hospedó en la calle.



3%

de los hogares con niños, niñas y adolescentes se encontraron en situaciones de vivienda inadecuada, como estar en la calle, en asentamientos informales o en vehículos.



Agua Saneamiento e Higiene (WASH)

45%

de los grupos de viaje busca servicios de salud como motivo principal, lo que destaca la necesidad de servicios WASH en instituciones de salud.



86%

de los grupos ha tenido acceso a servicios sanitarios, pero el 26% tuvo que pagar por ellos, y el 7% no tuvo acceso.

77%

de los grupos de viaje carece de acceso a agua segura durante el viaje, con el 10,5% sin acceso a agua segura en absoluto.



35%

de los grupos tiene acceso a servicios de ducha, el 12% paga por ellos. Por otra parte, el 7,8% no tiene acceso.

80,5%

se lava las manos con agua y jabón, el 41% enfrenta dificultades para obtener artículos de aseo en Venezuela.

37%

de los grupos con niñas y mujeres no tiene acceso a insumos para la menstruación, y el 74% reporta dificultades para encontrar un baño privado y limpio para cambiar sus productos absorbentes durante la menstruación.



Protección

10%

de los encuestados enfrenta riesgos en su viaje, principalmente crímenes urbanos. Los pasos no oficiales (23%) tienen un riesgo superior a los oficiales (7%).

5%

de los grupos de viaje conoció casos de Violencia Basada en Género (VBG) como violencia emocional (65%) y agresiones físicas (35%). Las VBG afectan principalmente a adolescentes mujeres (65%) y mujeres adultas (40%), siendo los espacios públicos como parques y plazas (45%) los lugares comunes de ocurrencia.

15%

experimentó discriminación, principalmente por nacionalidad (9%). Arauca (30%) reporta más casos.

5%

de los grupos de viaje encuestados ha tenido conocimiento de situaciones de VBG en sus experiencias de viaje y los tipos de VBG más comúnmente identificados incluyen la violencia emocional o psicológica (65%) y las agresiones físicas en el núcleo familiar o en la relación de pareja (35%).

13%

recibió ofertas laborales o de estudio sospechosas, es decir, que podrían estar vinculadas a hechos de explotación laboral o trata de personas. La Guajira (15%) reporta más casos.

3%

de los encuestados, se sintió forzado, amenazado o engañado para realizar alguna actividad a cambio de beneficios en dinero o en especie, especialmente en Arauca (7%).

La reticencia a reportar VBG es alta (55%) debido al temor a la respuesta institucional, teniendo en cuenta su situación migratoria (40%) y falta de información (50%).



METODOLOGÍA

La Caracterización de Movimientos Mixtos 2023 se llevó a cabo con el liderazgo del GIFMM Nacional, en articulación con los GIFMM locales y las organizaciones socias del GIFMM participantes; lo anterior, mediante la aplicación de una estrategia tipo monitoreo que buscaba capturar información continua en un periodo de tiempo de 13 días hábiles.

En ausencia de un marco muestral disponible y actualizado para la población en movimiento, se encuesta a la población en puntos estratégicos identificados previamente, teniendo como objetivo el cubrimiento de los puntos focalizados en el tiempo habilitado para la recolección. La identificación y selección de puntos de recolección, así como de los municipios donde se llevó a cabo el ejercicio, se realizó bajo la orientación, experiencia y conocimiento de los GIFMM locales.

La distribución de puntos de recolección, días y horarios dependió del número de socios y encuestadores disponibles e inscritos en cada municipio para realizar el levantamiento de la información.

Los criterios para seleccionar los puntos de recolección fueron:

- **Seguridad:** elección de puntos de recolección donde no se pusiera en riesgo la integridad y la seguridad de los encuestadores/as.
- **Accesibilidad de socios:** elección de puntos de recolección con vías de acceso habilitadas y de libre circulación.

- **Movilidad:** elección de puntos de recolección en los que la movilidad de personas o grupos de viaje de los diferentes perfiles poblacionales fuera alta y constante.
- **Puntos estratégicos:** elección de puntos de recolección estratégicos, en el sentido en que cada punto permitiera, dentro de lo posible: **1)** recoger información de varias rutas de personas en movimiento, de manera simultánea y **2)** evitar duplicar puntos donde se recogería información de las mismas rutas.

Criterios de selección de personas y/o grupos de viaje:

- Para ser encuestadas, las personas debían tener al menos 18 años.
- Las personas podrían dar cuenta de la información básica sobre los otros miembros del grupo de viaje.
- Para formar parte de la Caracterización, las personas seleccionadas no podían estar residiendo en Colombia y, al mismo tiempo, no podían tener la intención de permanecer en el país por un periodo de tiempo mediano o largo.
- Las personas seleccionadas aceptaron el consentimiento informado y comprendieron que la participación no generaba ningún impacto directo sobre él/ella (ej. sobre la provisión de asistencia, regularización o cualquier otro beneficio de parte de socios humanitarios o autoridades).



Limitaciones de la Evaluación:

- Durante la recolección de información ocurrieron diferentes incidentes que afectaron el movimiento de personas, como paros cívicos y eventos climáticos localizados en municipios específicos y en zonas de frontera. Para contrarrestar estos efectos, el periodo de recolección se amplió 3 días hábiles, pasando de 10 a 13 días hábiles.
- Varios de los puntos de recolección seleccionados correspondieron a escenarios de servicio del GIFMM, por esta razón, puede presentarse un sesgo en la selección de la población debido a que las personas se encontraban requiriendo alguno de los servicios en estos espacios.
- Dado que las encuestas se realizan en espacios abiertos o con alto flujo de personas, la condición de NO privacidad puede generar desincentivos para responder preguntas sensibles.

Periodo de recolección:

La recolección de los datos se realizó entre el 13 y el 30 de junio de 2023 (excluyendo los fines de semana y festivos nacionales). Durante el tiempo de levantamiento de información se recolectaron en total 2.199 encuestas exitosas, cuya distribución por perfil poblacional y departamento se detalla en la tabla 1.

En particular, para el perfil pendular, población en la que se enfoca este informe, se recopiló 435 encuestas o grupos de viaje que representan un total de 792 personas al interior de los grupos de viaje.

Tabla 1. Distribución de encuestas por perfil y departamento

Departamento	Pendular	Intención de Permanencia	Regresar a Venezuela	Tránsito	Total General
Antioquia	-	29	32	260	321
Arauca	43	49	14	98	204
Bogotá, D.C.	-	88	35	51	174
La Guajira	252	46	35	34	367
Nariño	-	39	76	169	284
Norte de Santander	131	76	24	38	269
Santander	9	36	28	284	357
Valle del Cauca	-	52	73	98	223
Total General	435	415	317	1.032	2.199



ALCANCE DE LA CARACTERIZACIÓN CONJUNTA DE MOVIMIENTOS MIXTOS 2023

Población objetivo: Refugiados y migrantes venezolanos y no venezolanos con perfiles poblacionales de Tránsito, Pendulares, Intención de Permanencia y venezolanos con Intención de Retorno.



Definición perfil de Tránsito: Personas que se dirigen hacia terceros países que no son Venezuela (por ejemplo, Perú, Ecuador, Estados Unidos, etc.) y que transitan por Colombia como medio para llegar a su destino.



Definición perfil Pendular: Personas venezolanas que residen en Venezuela y que presentan movimientos de ingreso temporal y normalmente repetidos a Colombia, sin superar un mes continuo de permanencia en Colombia.



Definición perfil Intención de Permanencia: Personas venezolanas que han abandonado su lugar de residencia habitual y se encuentran en movimiento con la intención de permanecer en algún municipio de Colombia.



Definición perfil Intención de Retorno a Venezuela: personas venezolanas que, estando en o transitando por Colombia, se dirigen hacia Venezuela con la intención de permanecer allí un periodo de tiempo mediano o largo.

Unidad de análisis: Personas y grupos de viaje.

Cobertura geográfica: 32 puntos de recolección en 20 municipios de 8 departamentos, incluyendo Bogotá D.C. (ver tabla 2).

Departamento	Municipio
ANTIOQUIA	MEDELLÍN
ANTIOQUIA	NECOCLÍ
ANTIOQUIA	TURBO
ARAUCA	ARAUCA
ARAUCA	TAME
BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.
LA GUAJIRA	MAICAO
LA GUAJIRA	RIOHACHA
NARIÑO	IPIALES
NARIÑO	NARIÑO
NARIÑO	PASTO
NARIÑO	TAMINANGO
NORTE DE SANTANDER	CHINÁCOTA
NORTE DE SANTANDER	LOS PATIOS
NORTE DE SANTANDER	SAN JOSÉ DE CÚCUTA
NORTE DE SANTANDER	VILLA DEL ROSARIO
SANTANDER	BUCARAMANGA
SANTANDER	TONA
VALLE DEL CAUCA	CALI
VALLE DEL CAUCA	EL CERRITO





1 CARACTERIZACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS Y GRUPOS DE VIAJE

PERFIL DEL ENTREVISTADO/A

PERSONAS CARACTERIZADAS: 792

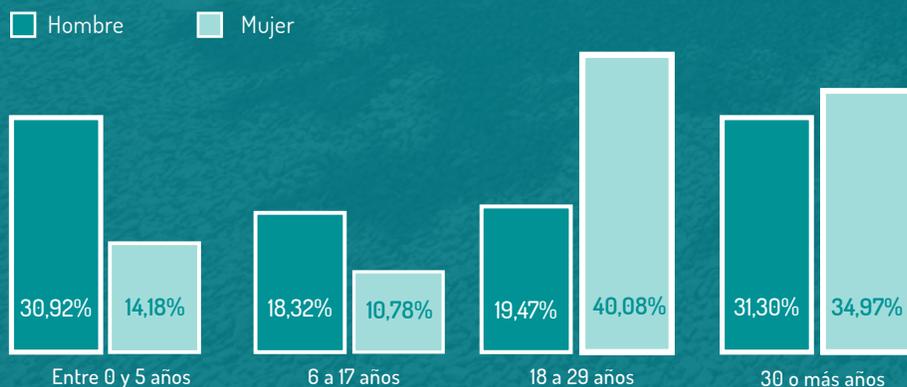
GRUPOS DE VIAJE ENCUESTADOS: 435

De los grupos de viaje encuestados, el 51,5% viajaban solos, mientras que el 48,5% restante viajaban con un promedio de 1.82 acompañantes. De estos últimos, el 69,2% señaló que viajaba con sus hijos, mientras que el 14,2% con sus cónyuges.

Respecto a las personas entrevistadas, el 18,6% corresponde a hombres y el 81,4% mujeres¹, en donde el promedio de edad fue de 35,7 años para hombres y 32,2 años para mujeres. De igual manera, se identifica que los grupos de viaje liderados por hombres está compuesto por 1,4 miembros, mientras que los grupos de viaje liderados por mujeres está compuesto por 1,9 miembros en promedio. Para los grupos de viaje liderados por mujeres, el 72,1% de los acompañantes corresponden a los hijos, en comparación con el 66,4% de acompañantes hijos en los grupos liderados por hombres.

Así mismo, para el total de personas que componen los grupos de viaje, la composición respecto a género es 33,2% hombres y 66,8% mujeres, con promedios de edad de 20,5 años y 25,7 años respectivamente. La distribución de género y edad se evidencia en la gráfica 1.

Gráfica 1. Rangos de edad por sexo biológico de las personas caracterizadas



Por otro lado, el 58,1% de los grupos de viaje no se identifican con ningún grupo étnico, mientras que el 31,2% se reconoce como indígena, 8% no sabe, y el 2,5% como afrodescendiente.

1. Se tienen en cuenta la respuesta de 434 personas entrevistadas



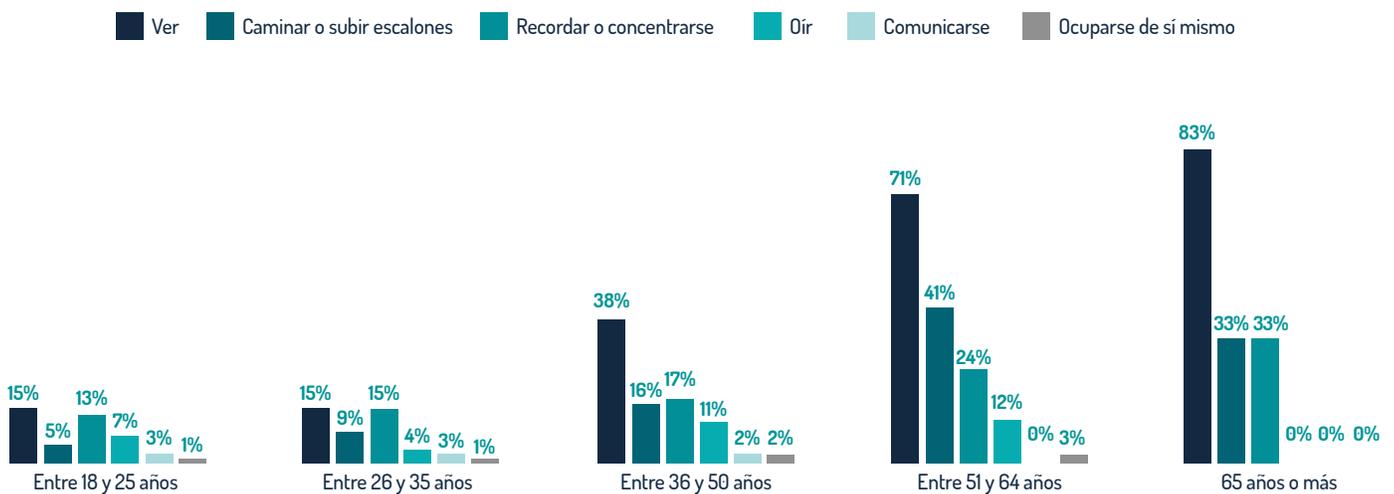


Discapacidad

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 directamente, 26% manifestaron tener alguna o mucha dificultad para ver, 15% dificultades para recordar o concentrarse, 12% manifestaron tener alguna o mucha dificultad para caminar o subir escalones, 7% manifestaron tener alguna o mucha dificultad para oír, 2% con dificultades para comunicarse y 1% con dificultades para ocuparse de sí mismo. Comparativamente, el grupo de edad de los 50 años en adelante, son los que en proporción manifiestan más dificultades (particularmente para ver, oír y recordar) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Tiene alguna/mucha dificultad física por grupos de edad



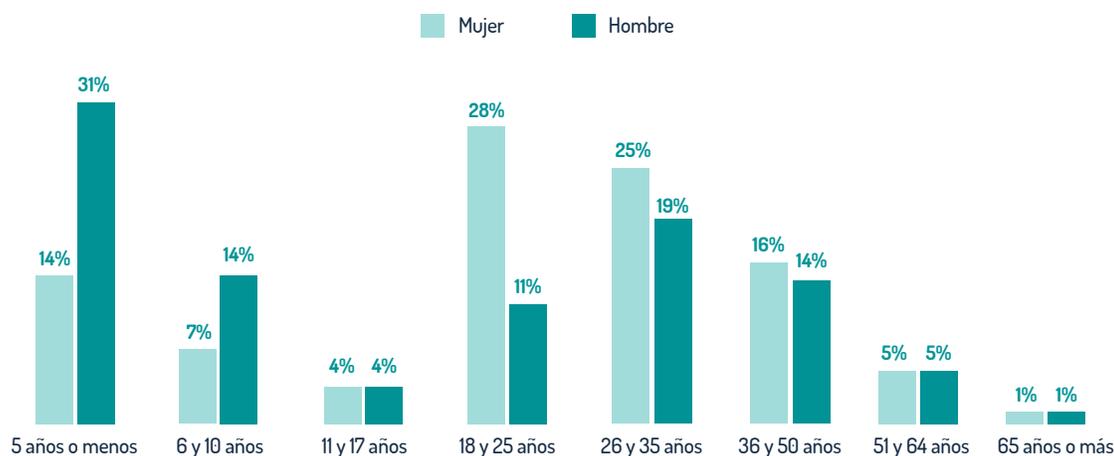


Composición del grupo de viaje

En promedio, los grupos de viaje en pendularidad estuvieron conformados por 1,8 personas. A su vez, el promedio de edad de las personas caracterizadas dentro de los grupos de viaje fue de 24 años. Por rangos de edad se observa que el rango con más población es de 26 a 35 años (23,5%), seguido del rango de 18 a 25 años (23,2%) y NNA de 0 a 5 años (20%). Por sexo biológico, el 66,8% de las personas son mujeres y el 33,2% hombres.

Al desagregar los rangos de edad por sexo biológico, observamos que para el caso de los NNA menores de 18 años la proporción de hombres tiende a ser mayor que la de las mujeres, mientras que para las personas de 18 en adelante la proporción de mujeres tiende a ser mayor, particularmente en los rangos de 18 a 25 y de 26 a 35 (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Rangos de edad por sexo biológico de las personas caracterizadas (rangos extendidos)



Las nacionalidades de las personas caracterizadas dentro de los grupos de viaje fueron predominantemente venezolanas (99,37%), seguida de la argentina (0,38%) y china (0,25%). Del total de mujeres caracterizadas de 10 años en adelante, el 20% se encontraba en embarazo y el 25% lactando, al momento de la encuesta, y un 3% que no sabía su estado. De las mujeres en estado de embarazo o lactancia, el 2% tenían menos de 18 años al momento de ser encuestadas.



2 MOVIMIENTOS E INTENCIONES

PERFILES DE VIAJE: ORIGEN Y DESTINO

Frente a las motivaciones y las perspectivas, las principales razones que motivan el viaje hacia Colombia son, para el 49% de los grupos de viaje el acceso a medicina y alimentos (cada uno), para el 30% oportunidades de trabajo, para el 13% su familia está en Colombia, y para un 6% el acceso a artículos para el hogar y la educación para niños niñas y adolescentes.

Gráfica 4. Motivaciones de ingreso a Colombia



Las motivaciones asociadas con oportunidades de empleo son más frecuentes entre quienes tienen la intención de cambiar su lugar de residencia a Colombia en los próximos 3 meses, y la motivación de reunirse con su familia es más frecuente entre quienes NO tienen la intención de cambiar su lugar de residencia.

El 38% de los grupos de viaje reportaron que tienen la intención de cambiar su lugar de residencia a Colombia en los próximos 3 meses.





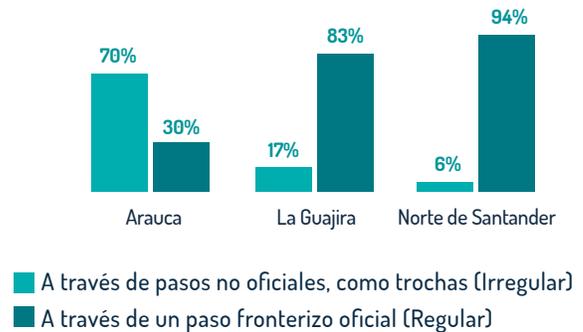
Características y barreras de ingreso

Los grupos de viaje de la población pendular ingresan con mayor frecuencia a Colombia por pasos regulares (81%).

En los departamentos de La Guajira (83%) y Norte de Santander (94%), la mayoría de la población pendular ingresa a Colombia a través de un paso fronterizo regular. Esta tendencia es diferente en Arauca, donde el 70% de los grupos de viaje reportó ingresar por un paso irregular.

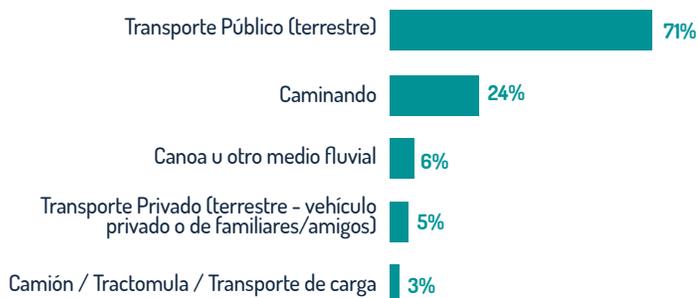
Del total de los grupos de viaje entrevistados, el 10% ingresó a Colombia por Arauca, el 32% ingresó por norte de Santander y el 58% por La Guajira.

Gráfica 5. Departamento según forma de ingreso



Medios de transporte y tránsito a pie

Gráfica 6. Medios de transporte utilizados



El medio de transporte más utilizado durante el viaje es el transporte público terrestre, reportado por el 71% de los grupos de viaje. El 24% de los grupos reportó que han caminado como medio de transporte durante el viaje. Otros medios de transporte son menos frecuentes, el 6% reportó medios fluviales, el 5% transporte privado y el 3% transporte de carga.

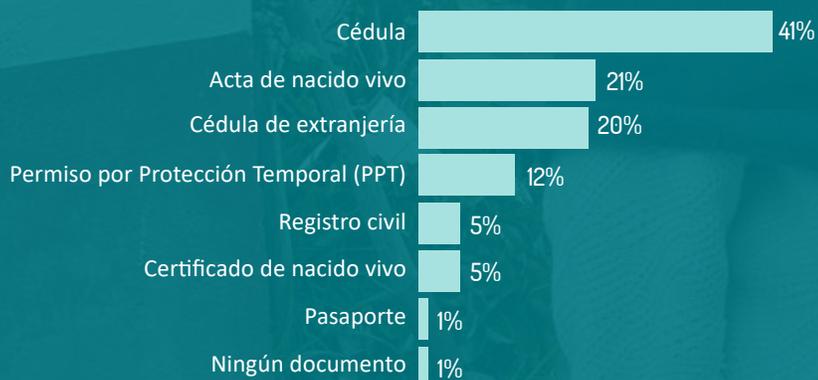
No obstante, el transporte público terrestre y la caminata son más frecuentes entre quienes ingresan por pasos regulares, y el transporte de carga y fluvial es más frecuente entre quienes entran por pasos irregulares.



3 DOCUMENTACIÓN

El 68% de las personas encuestadas no cuentan con ningún documento de regularización migratoria emitido por el Estado colombiano. Respecto a los documentos de identificación que portan, el 41% tiene cédula de ciudadanía (de su país de origen), 21% acta de nacido vivo, entre otros documentos (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Tenencia de documentación de los miembros de los grupos de viaje





4 CURSO DE VIDA

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Contexto

La primera infancia es un período fundamental, irremplazable e imposterizable 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, para 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 en los que 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 gráfico 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.^{2,3}

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).

2.Center on the Developing Child at Harvard University, *The Science of Early Childhood Development*, noviembre 2007. <https://bit.ly/3A1YxZ>

3.“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/>

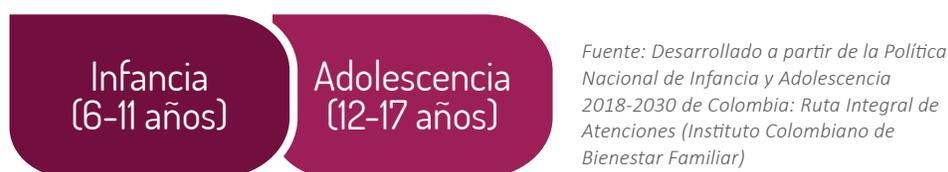




La atención integral de la primera infancia, en el marco de la Política Pública para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre, es entendida como el conjunto de acciones intersectoriales planificadas y sostenidas que sucede en cada uno de los lugares que transcurre la vida de las 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 a 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, en la garantía, a través de la educación inicial, de oportunidades de aprendizaje para su desarrollo presente y continuo en la educación formal.

La infancia es la etapa siguiente del curso de vida, en la que se consolida y expande el proceso de desarrollo de los niños y niñas 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, caracterizado por ciclos de autoaprendizaje para definir su personalidad y carácter y como fin último lograr la autonomía, independencia y construcción de identidad⁴. 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 en este sentido, es posible encontrar formas de potenciar su creatividad para resolver problemas y contribuir a solventar las situaciones generadas por las crisis⁵.

Las siguientes subsecciones buscan analizar la trayectoria y ventana de oportunidades de los niños, niñas y adolescentes dentro de sus entornos, como sujetos de derechos en los temas referentes a protección, educación, seguridad alimentaria, nutrición y salud; así como, para determinar las barreras y necesidades de esta población para cumplir con sus realizaciones. La información que se va a presentar en la presente sección del reporte se resume en la tabla 4.

4. 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>

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



Tabla 3. Análisis situacional: tipos de atenciones y perfiles de atención

Indicadores	Alcance del indicador	Gestantes	Primera infancia	Infancia	Adolescencia
Derecho a una identidad	Persona		X	X	X
Consumo de alimentos	Persona	X	X		
Estado nutricional y atenciones nutricionales en personas gestantes	Persona	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		
Estado nutricional y atenciones nutricionales en niños y niñas	Persona		X	X	
Vacunación niños y niñas de 0-5 años	Persona		X		
Enfermedades crónicas	Persona		X	X	X
Problemas de salud mental	Persona		X	X	X
Necesidades en salud sexual y salud reproductiva	Hogar				X
Problemas de salud	Persona		X	X	X
Cuidado y acceso a educación inicial 0-5 años	Persona		X		
Acceso a la educación 6 -11 años	Persona			X	
Gestión menstrual	Persona			X	X
Riesgos de protección	Hogar		X	X	X

1. Caracterización



Niños y niñas desde el nacimiento hasta los 5 años

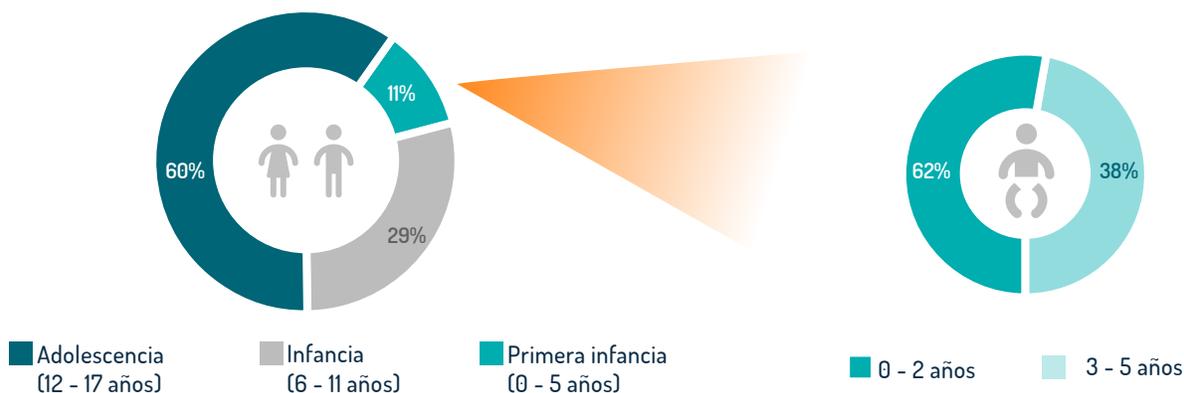
Del total de los niños, niñas y adolescentes reportados en la encuesta (262), el 60% son niños y niñas de primera infancia, 29% entre los 6 y los 11 años y 11% entre los 12 y los 17 años. Del total de los niños y niñas de primera infancia incluidos (157), el 62% (97) están entre los 0 y los 2 años y el 38% (60) entre los 3 y los 5 años.

Tabla 4. Distribución de niñas, niños y adolescentes pendulares

Tipo	Niños	Niñas	Total
Primera infancia	82	75	157
Infancia	38	39	77
Adolescencia	10	18	28
Total General	130	132	262

Existe una clara variación entre grupos etarios y género en la población pendular. Siendo primera infancia (de 0 a 5 años) y niños y niñas (de 6 a 11 años) la población con mayor afluencia en los movimientos fronterizos. Al momento de la encuesta, la mayoría de este grupo se encontraba en Norte de Santander (45%), La Guajira (45%), y Arauca (10%).

Gráfica 8. Proporción de niños, niñas y adolescentes de primera infancia, infancia y adolescencia incluidos en la encuesta



De los 173 grupos de viaje entrevistados, el 75% de los grupos tienen al menos una niña y/o niño de primera infancia, el 35% tiene al menos una niña y/o niños entre 6-11 años y el 14% al menos un adolescente. Se destaca que el 96% de los grupos de viaje de refugiados y migrantes con niños y niñas tienen entre 1 a 3 niñas, niños y/o adolescentes. Por su parte, 7 grupos de viaje tienen incluso más de 4 niñas, niños y/o adolescentes. El 28% de los grupos de viaje con alguna niña, niño y/o adolescente se autorreconocen como indígenas y/o negro, afrocolombiano o afrodescendiente. El 35% tiene bachillerato completo y el 5% tiene alguna discapacidad.

El 93% de los grupos de viaje evaluados están a cargo de una mujer, frente al 7% de los grupos de viaje a cargo de un hombre. En aquellos grupos de viaje donde está a cargo una mujer, el 94% tiene entre 1 a 2 niñas y/o niños menores de 5 años. Esta alta proporción pone de manifiesto los riesgos particulares de este grupo de edad en las rutas de ingreso, incluyendo violencia, explotación sexual y uniones tempranas. Se destaca que el 19% de los grupos de viaje, ingresan al país a través de pasos no oficiales como trochas, mientras que el 81% lo hacen a través de pasos fronterizos oficiales.

El 63% de las personas a cargo de los niños y las niñas menores de 5 años en los grupos de viaje son jóvenes entre 18 y 29 años, de las cuales el 99% son mujeres y el 1% son hombres. Entre las mujeres se encuentra que el 48% está embarazada y/o lactando.



2. Análisis de necesidades



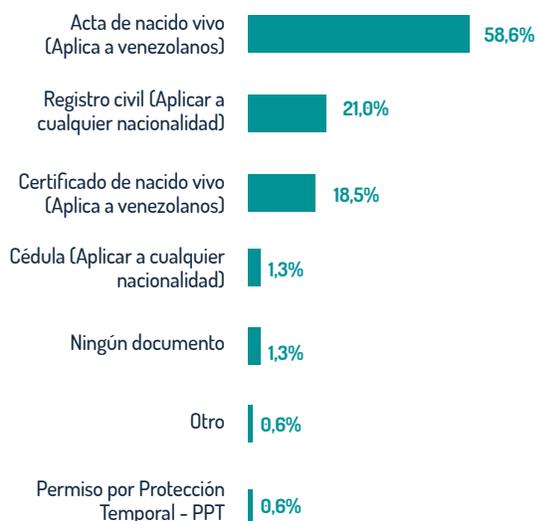
Niñas y niños desde el nacimiento hasta los 5 años

Derecho a una identidad

El derecho a la identidad permite que niñas y niños tengan un nombre y una nacionalidad desde su nacimiento. Este derecho es la puerta de entrada para la garantía de otros derechos como la salud, alimentación, educación inicial, así como un elemento fundamental para su protección integral.

De acuerdo con el Código de la Infancia y la Adolescencia, todos los niños y niñas deben contar con un Registro Civil de Nacimiento mediante el cual se les designe un nombre, se acredite su nacionalidad y se les brinde un número único de identificación personal que certifique su existencia legal e individual.

Gráfica 9. Tipo de identificación reportada para los niños y niñas de 0 a 5 años



Con base en esto, el 21% de las niñas y niños menores de 5 años de los hogares encuestados cuentan con un registro civil de nacimiento. Así mismo, el 59% de las niñas y niños menores de 5 años cuentan con acta de nacido vivo de Venezuela, documentos de carácter oficial que certifica a las niñas y/o niños como ciudadanos en los registros oficiales de la nación. No obstante, el 18% de las niñas y niños menores de 5 años únicamente cuentan con certificado de nacido vivo, este documento tiene valor estrictamente informativo y es entregado a los padres por el centro de salud donde nace la niña y/o niño. El certificado médico debe ser presentado para lograr la obtención de un acta de nacimiento. El 60% de las niñas y niños que cuentan sólo con el certificado de nacido vivo tienen menos de dos años.

Por otra parte, el 1,3% de los niños y las niñas en primera infancia no cuentan con ningún documento que los identifique, es decir 2 niños. Estos niños corren el riesgo de apatridia. La apatridia es la condición en la cual una persona no es reconocida por ningún país como nacional suyo, conforme a su legislación, por lo que no cuenta con documentos que certifiquen su identidad, nombre, filiación y nacionalidad, derechos que son amparados en el caso de niñas, niños y adolescentes por la Convención sobre los Derechos del Niño. Sin identidad, los niños y niñas tampoco tienen acceso a derechos como salud, educación y protección social, entre otros.

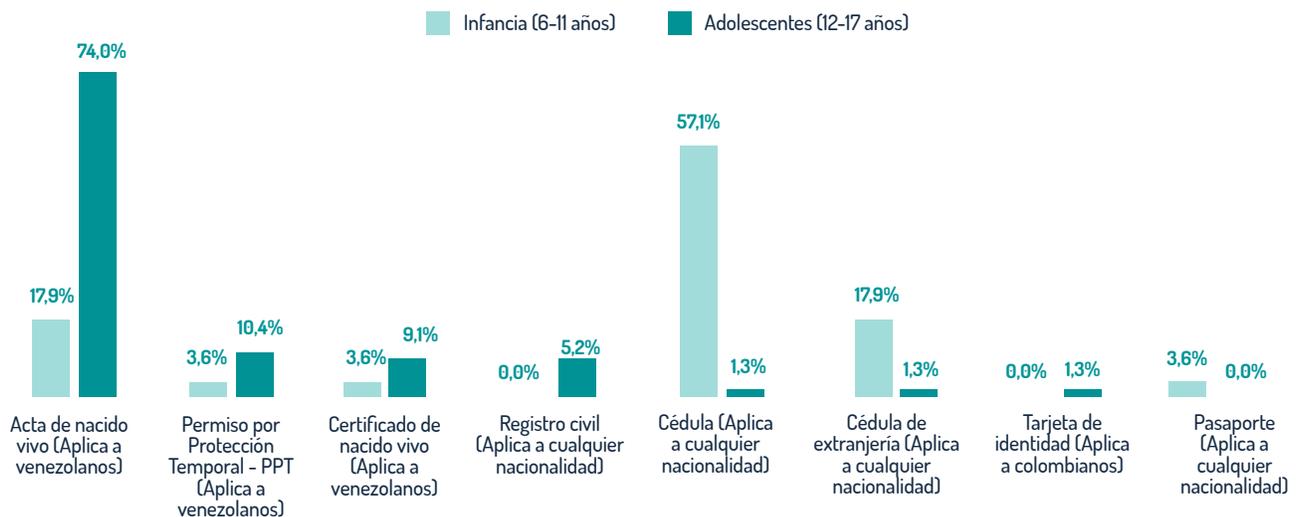


Niñas, niños y adolescentes entre 6-17 años

De los niños y niñas entre 6 y 11 años viajando en un grupo, se encuentra que el 74% tiene un acta de nacido vivo, el 9,1% el certificado de nacido vivo y el 5,2% el registro civil. Se destaca que ninguna niña, niño y/o adolescente reporta no tener ningún documento. Aunque parte de los niños y niñas tienen al menos un documento de identidad, apenas el 10% de los casos reporta tener documentos de regularización migratoria, tales como PPT (Permiso de Protección Temporal)

Entre niñas y niños de 6 a 11 años, se identifican diferencias en cuanto al porte de documentos de identidad y regularización migratoria. Por ejemplo, en documentos como en el acta de nacimiento, el 69% de las niñas entre 6-11 años tienen acceso, frente al 79% de niños de estas mismas edades. Esta brecha también se observa en el PPT (13% niñas vs 8% niños entre 6-11 años).

Gráfica 10. Documento de identificación con el que cuentan las niñas, niños y adolescentes entre 6-17 años



En cuanto a los adolescentes entre 12 y 17 años, se observa que el 57% cuentan con una cédula venezolana, el 18% tienen un acta de nacido vivo y el 3,6% certificado de nacimiento venezolana. Respecto a contar con documentos de regularización migratoria, se identifica solamente que 3,6% (1 adolescente) cuenta con Permiso por Protección Temporal (PPT) sin ningún otro documento vinculado a la regularización migratoria. Si bien el proceso de regularización no es una prioridad dentro de los grupos de viaje considerando su estado pendular, que los niños cuenten con esta clase de documentos les permite el acceso a servicios públicos de una manera más rápida y segura durante su estancia en el país, en especial, cuando

el 61% de los grupos de viaje tuvieron como razón principal acceder a tratamiento médico, el 54% a acceder a medicinas, el 7% a educación para niños y niñas y el 4% a educación para jóvenes y adolescentes.

Entre adolescentes de 12 a 17 años, se identifican diferencias en cuanto al porte de documentos de identidad y regularización migratoria. En documentos como la cédula, el 22% de las mujeres adolescentes tienen acceso, frente al 10% de hombres adolescentes. Esta brecha también se observa en el PPT (6% mujeres adolescentes vs. 0% hombres adolescentes).

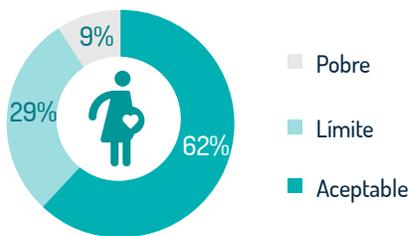


SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN (SAN)



Personas gestantes

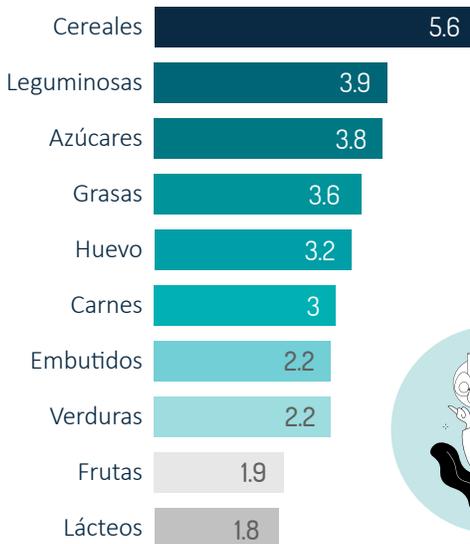
Gráfica 11. Consumo de alimentos de las personas gestantes de los grupos de viaje



CONSUMO DE ALIMENTOS

El 38% de las gestantes no tuvo un consumo variado de todos los grupos de alimentos (el 9% tuvo un consumo pobre y el 29% al límite) y 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 niñas y pedir alimentos prestados o contar con la ayuda de familiares o amigos.

Gráfica 12. Promedio de días de consumo según grupo de alimentos



El reporte del consumo de los grupos de alimentos refleja que los cereales fueron los de mayor consumo (5,6 días), seguido de las leguminosas (3,9 días). El huevo tuvo mayor consumo que la carne, y los embutidos se consumieron en igual proporción (2,2 días) que las verduras. Otros grupos relevantes como las frutas y lácteos reportaron un consumo menor a 2 días por semana (1,9 días y 1,8 días respectivamente). Este consumo de alimentos refleja la baja variedad en la dieta y aumenta el riesgo de tener deficiencias nutricionales que en este grupo poblacional se encuentran elevadas y su deficiencia podría afectar el estado nutricional de la madre y el bebé.

En cuanto al número de comidas al día el 73,2% de las gestantes consumieron 2 comidas al día o menos, de las cuales el 12,5% consumió 1 comida o menos durante la semana anterior. Este resultado refleja la imposibilidad para cubrir los requerimientos de nutrientes que son específicos para la etapa gestacional.



ATENCIÓNES NUTRICIONALES

Gráfica 13. Intervenciones nutricionales reportadas por las personas gestantes en los grupos de viaje



ESTADO NUTRICIONAL

Los siguientes datos corresponden a la situación nutricional de 36 gestantes pendulares evaluadas en los departamentos de Arauca, La Guajira y Norte de Santander, y corresponden al 64% del total de grupos pendulares con gestantes participantes de la evaluación general.

De acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC) según la edad gestacional (ver gráfica 14), el 27,8% tenía bajo peso-2 veces mayor a la prevalencia nacional (14,2%)⁶, y el 27,7% tuvo exceso de peso, 19,4% sobrepeso y el 8,3% obesidad.

El 55% de las gestantes presentó malnutrición por déficit o exceso, tanto el bajo peso como el sobrepeso y la obesidad implican riesgo para la salud materno infantil y posibles

El 35,6% de las gestantes refirió no haber recibido ninguna intervención nutricional mientras que sólo el 64,4 % reportó haber recibido una o varias.

La suplementación con micronutrientes fue la intervención más reportada (50,8%) seguida de la evaluación nutricional (49,2%). La desparasitación NO fue reportada y el manejo preventivo del bajo peso sólo se reportó en el 1,7% de las gestantes.

Al comparar este resultado con la Evaluación Conjunta de Necesidades 2022, el porcentaje de gestantes que no accedieron a intervenciones nutricionales fue mayor en 2022 (49,4%) que en 2023 (35,6%).

Al comparar los resultados por tipo de atención respecto al año 2022, la suplementación se reportó en mayor proporción 50,8% frente a 34,5% en 2022. Llama la atención que el acceso a intervenciones como el manejo preventivo del bajo peso fue de sólo 1,7% en 2023 frente a 10,3% en 2022, la desparasitación NO se reportó en 2023 frente a 1,1% en 2022 y las orientaciones en lactancia materna se reportó en el 10,2% en 2023 frente a 29,9% en 2022.

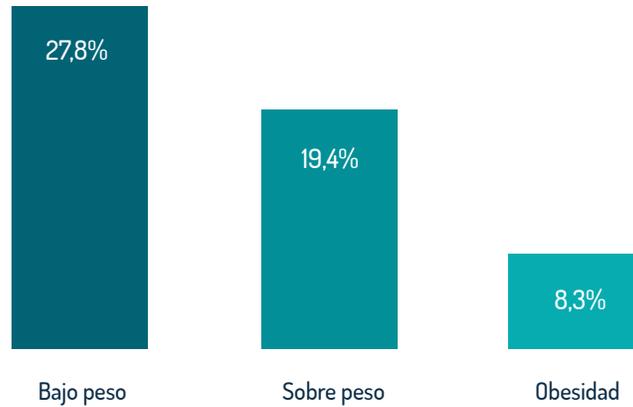
complicaciones durante el embarazo y el parto como parto prematuro, retraso en el crecimiento intrauterino, diabetes gestacional y riesgo de bajo peso al nacer.

Al comparar los resultados con la Evaluación Conjunta de Necesidades del 2022, se observa un aumento general de la malnutrición. En 2022, el porcentaje de malnutrición era del 53%, mientras que en 2023 ha aumentado al 55%. Es importante destacar que el porcentaje de gestantes con bajo peso aumentó, pasando del 24% en 2022 al 27,8% en 2023. El sobrepeso también incrementó, pasando de 15,5% en 2022 a 19,4% en 2023. Por otro lado, la obesidad disminuyó, pasando de 13,6% en 2022 a 8,3% en 2023.

6. ICBF, Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015.



Gráfica 14. Estado Nutricional según IMC gestacional



Prácticas de alimentación infantil

Niños, niñas y adolescentes

Lactancia materna exclusiva

Del total de los grupos pendulares con niños y niñas entre los 0 y 5 meses de edad que respondieron la pregunta sobre la práctica de la lactancia materna (90), el 90% de las madres brindó lactancia materna exclusiva. Esta práctica se identificó como un factor protector en los grupos de viaje. 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 edad⁷.



90%



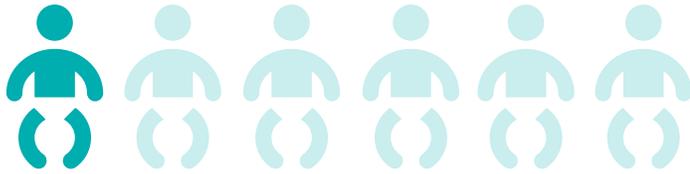
Lactancia materna complementaria

Sólo el 74,5% continuó brindando lactancia materna luego de los 6 meses de edad, la leche materna puede proporcionar la mitad o más de las necesidades energéticas de un niño entre las edades de 6 y 12 meses, y un tercio de las necesidades energéticas entre los 12 y los 24 meses.

7. WHO 2021. Infant and young child feeding. Disponible en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>



Dieta Mínima Aceptable



De los 51 niños y niñas entre los 6 y 23 meses, sólo el 17,6% tuvo una dieta mínima aceptable, es decir, sólo 1 de cada 5 niños y niñas tuvo una alimentación variada y con la frecuencia de consumo recomendada⁸.

Alimentación con tetero

El 54,9% de los y las cuidadoras alimentaron a sus niños y niñas con tetero o biberón. 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.

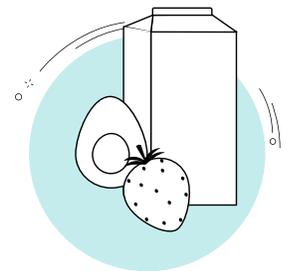
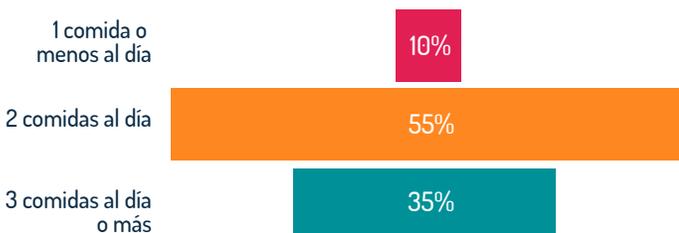
Al comparar los resultados de los indicadores de alimentación infantil de la Evaluación Conjunta de Necesidades 2022, se observa una leve mejora de los

porcentajes de estos indicadores en general. Sin embargo, es importante destacar que la dieta mínima aceptable sigue siendo inferior a lo esperado para este grupo de edad.

La lactancia materna exclusiva aumentó significativamente, pasando del 67% en 2022 al 90% en 2023. También, la lactancia materna complementaria pasó del 63% al 74,5%. Además, la proporción de niños y niñas de 6 a 23 meses que tuvieron una dieta mínima aceptable subió del 12% en 2022 a 17,6% en 2023.

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

Gráfica 15. Número de comidas consumidas al día por los niños y niñas de 6 a 59 meses



El 65% de los niños y niñas de 6 a 59 meses consumieron 2 comidas o menos al día, de los cuales el 10% consumió 1 comida o menos. 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 de la prevención de deficiencias de nutrientes específicos en este grupo de edad.

8. 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 a 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. Para más información ingrese a: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>



Estado nutricional y atenciones en niños y niñas de 0 a 4 años

De acuerdo con el indicador de peso para la talla, el 5,2% de los niños y niñas de 0 a 4 años evaluados presentó desnutrición aguda lo que representa una prevalencia 3,2 veces mayor que la nacional⁹. Además, el 12,1% tuvo riesgo de desnutrición aguda. También, se identificó que el 22,4% presentó riesgo de sobrepeso, 1,7% sobrepeso y 1,7% obesidad. Cabe resaltar que, según la medición del perímetro braquial, no se registró ningún caso de riesgo de muerte por desnutrición en niños y niñas de 6 y 59 meses.

Para el indicador de talla para la edad, el 22,4% tuvo retraso en talla y el 39,7% estuvo en riesgo de presentarlo, es decir que sólo el 37,9% de los niños y niñas tuvo una adecuada talla para la edad. El retraso en talla está relacionado con el bajo desarrollo cognitivo y la susceptibilidad a enfermedades.

Gráfica 17. Estado nutricional según peso para la talla en niños y niñas menores de 5 años evaluados de la población refugiados y migrante con perfil pendular



Gráfica 16. Estado nutricional según peso para la talla en niños y niñas menores de 5 años evaluados de la población refugiados y migrante evaluados



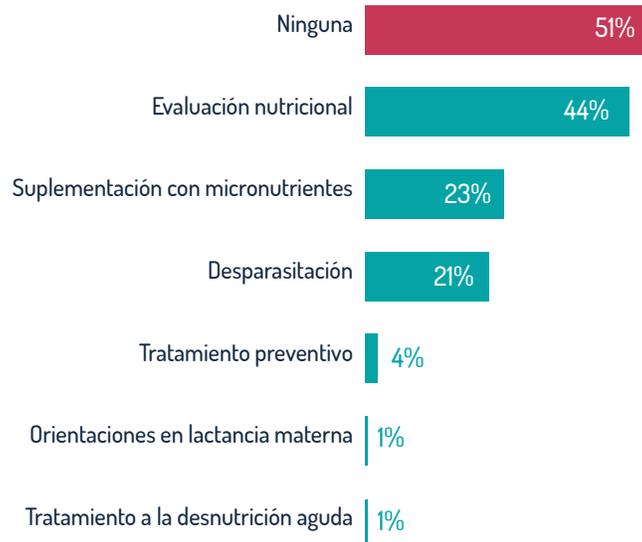
Al comparar los resultados de los indicadores de estado nutricional de la Evaluación Conjunta de Necesidades 2022, se observa que, en términos generales, los porcentajes son más altos en 2023.

En 2023, el 5,2% de los niños y niñas menores de 5 años presentó desnutrición aguda moderada, porcentaje 2,2 veces más alto que el registrado en 2022. El comportamiento del riesgo de desnutrición aguda ha sido muy similar en los últimos dos años, aunque en 2022 fue más bajo, pasando de 12,9% en 2022 a 12,1% en 2023. Además, el riesgo de sobrepeso fue más alto en 2023, pasando de 12,9% en 2022 a 22,4% en 2023.

9. ICBF, Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015.



Gráfica 18. Intervenciones nutricionales en niñas y niños de 0 a 59 meses



De grupos de viaje pendulares con niños y niñas menores de 5 años encuestados (142 niños y niñas), el 51% refirió no haber recibido intervenciones nutricionales en los últimos 3 meses.

La atención más reportada fue la evaluación nutricional con 43,7%, seguida de la suplementación con micronutrientes (23,2%) y la desparasitación (21,1%).

El manejo preventivo de la desnutrición aguda y las orientaciones en lactancia materna se reportaron en menor

proporción (3,5% y 1,4% respectivamente). Sólo se reportó 1 niño o niña en Arauca con tratamiento para la desnutrición aguda.

A nivel departamental, la mayor brecha se reportó en Norte de Santander, en donde el 63% de los niños y niñas reportaron no haber recibido intervenciones. Por otra parte, en Arauca sólo se reportó 1 niño o niña con tratamiento para la desnutrición aguda.





Estado nutricional y atenciones nutricionales a niños y niñas de 5 a 9 años de edad

Gráfica 19. Estado nutricional según peso para la talla en los niños y niñas menores de 5 años



Según el indicador de IMC para la edad, el 16,7% de los niños y niñas entre los 5 y 9 años presentó delgadez, el 16,7% riesgo de delgadez y el 8,3% tuvo sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad están relacionadas con el desarrollo de enfermedades crónicas en la edad adulta como la diabetes y la hipertensión.

Respecto al indicador de la talla para la edad, el 19,4% tuvo retraso en talla y el 30,6% tuvo riesgo de retraso en talla. Este indicador tiene implicaciones negativas en la capacidad cognitiva de los niños y niñas y es un factor de riesgo de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas en la infancia y en la adultez.

Gráfica 19. Estado nutricional según peso para la talla en los niños y niñas menores de 5 años



De los grupos de viaje pendulares con niños y niñas entre los 5 y 9 años, el 60% no tuvo acceso a intervenciones nutricionales en los últimos 3 meses. La atención más reportada fue la evaluación nutricional (31,3%) seguida de la desparasitación (16,3%) y la suplementación con micronutrientes (15%).

Gráfica 21. Intervenciones nutricionales en niñas y niños de 5 a 9 años



A nivel departamental, la mayor brecha se reportó en La Guajira, en donde el 68% de los niños y niñas reportaron no haber recibido intervenciones. Por otra parte, el tratamiento preventivo sólo se reportó en 3 niños y niñas en Norte de Santander.



SALUD



La vacunación como medida preventiva primaria ha demostrado ser una de las intervenciones en salud pública extraordinariamente costo efectivas, reduciendo tanto la mortalidad como la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles. En respuesta a los movimientos mixtos, el Ministerio de Salud ha realizado adecuaciones a las políticas públicas y normas, fortaleciendo la gestión de la salud pública y garantizando el esquema nacional de vacunación de manera gratuita a la población refugiada y migrante, independiente de su estatus migratorio en todo el territorio nacional, ante lo cual requiere implementar estrategias y tácticas de vacunación con el fin de disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades prevenibles por vacunas en población colombiana y extranjera residente en el país¹⁰.

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 subvacunados 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 poliomielitis¹¹.

De los 156 niñas y niños entre 0 y 5 años en grupos de viaje pendulares, el 20% (31) de ellos no habían sido vacunados con ningún biológico. El 17% (6) de las niñas y niños que se encontraban en su primer año de vida no habían sido vacunados. Del total de las niñas y niños de 2 años, el 15% recibieron su última vacuna en su primer año de vida y en el caso del grupo de 4 años de edad el 12% recibieron su última vacuna solo en su primer año de vida (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	17%	83%	0%	0%	0%	0%	0%	35
1	12%	41%	47%	0%	0%	0%	0%	34
2	19%	15%	41%	26%	0%	0%	0%	27
3	29%	0%	19%	29%	24%	0%	0%	21
4	16%	12%	12%	4%	20%	36%	0%	25
5	43%	0%	0%	7%	0%	21%	29%	14
Total	20%	32%	22%	10%	6%	8%	3%	156

10. Lineamientos para la gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones. PAI – 2023. Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de salud y protección social.
11. Tomado de: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2023>



EDUCACIÓN



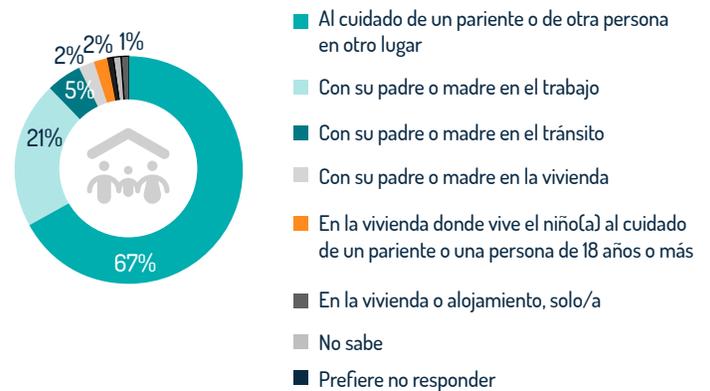
Cuidado y acceso a educación inicial

De los niños y niñas que no asisten, se encontró que el 68% permanece al cuidado de su padre o madre, de un pariente o una persona de 18 años o más en la vivienda, el 2% está al cuidado de un pariente o de otra persona en otro lugar, el 21% se encuentra con su padre o madre en el tránsito. El 6% está con su padre o madre en el trabajo o permanece solo o sola en la vivienda. En condiciones de ausencia de oferta, esta situación puede constituirse en un riesgo para la vulneración de derechos.

Gráfica 22. porcentaje de asistencia de niños y niñas de 0 a 5 años a educación inicial y preescolar por edad simple



Gráfica 23. En dónde y con quién permanecen al cuidado los niños y niñas la mayor parte del tiempo



Del total de los niños y niñas de 0 a 5 años de los grupos de viaje pendulares, 81% no estaban asistiendo a un jardín, hogar comunitario, centro de desarrollo infantil o preescolar al momento de la encuesta. De los que asisten, el 66% de ellos lo hacen en Venezuela y los restantes en Colombia.

De los niños y niñas que no asisten, se encontró que el 67% permanece con su padre o madre al cuidado de pariente o un persona de 18 años o más en la vivienda, el 2% está al cuidado de un pariente o de otra persona en otro lugar, el 21% se encuentra con su padre o madre en el tránsito. El 6% está con su padre o madre en el trabajo o permanece solo o sola en la vivienda. En condiciones de ausencia de oferta, esta situación puede constituirse en un riesgo para la vulneración de sus derechos.

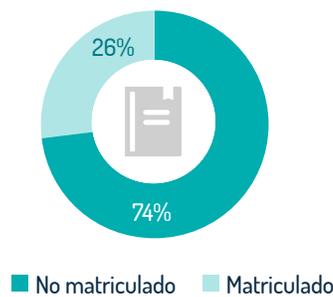


Acceso a educación inicial

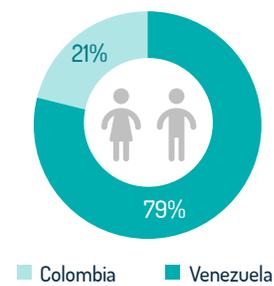
INFANCIA (6 A 11 AÑOS)

Con relación a niños y niñas entre 6 a 11 años que se identificaron como población pendular, el 74% está estudiando y el 26% no se encuentra matriculado/a en el jardín, hogar comunitario, centro de desarrollo infantil, preescolar o colegio para el período 2023, de esta población el 55% corresponde a niños y el restante 45% niñas. Cabe resaltar, que de la población que no asiste a la escuela, el 15% no han ingresado al sistema educativo.

Gráfica 24. Niños y Niñas de 6 a 11 años que han ingresado al sistema educativo. ¿Actualmente está matriculado/a en el jardín, hogar comunitario, centro de desarrollo infantil, preescolar o colegio para el período 2023?



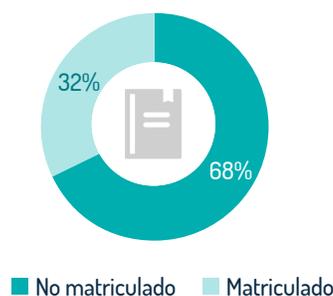
Gráfica 25. Niños y Niñas de 6 a 11 años que han ingresado al sistema educativo según país de atención.



Respecto a niños y niñas entre 6 a 11 años que se identificaron como población pendular y se encuentran estudiando, el 79% asiste a un colegio en Venezuela y el 21% asisten a un establecimiento educativo en Colombia. El 91% de los niños y niñas que estudian en Colombia lo hace en un grado del nivel de primaria.

ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)

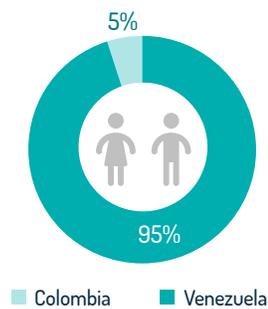
Gráfica 26. Niños, Niñas y Adolescentes de 12 a 17 años que han ingresado al sistema educativo. ¿Actualmente está matriculado/a en el colegio para el período 2023?



Con relación Niños, Niñas y Adolescentes entre 12 a 17 años que se identificaron como población pendular, el 68% está estudiando y el 32% no se encuentra matriculado/a en un colegio para el período 2023, de esta población el 100% corresponde a niñas o adolescentes.



Gráfica 27. Niños, Niñas y Adolescentes de 12 a 17 años que han ingresado al sistema educativo según país de atención.

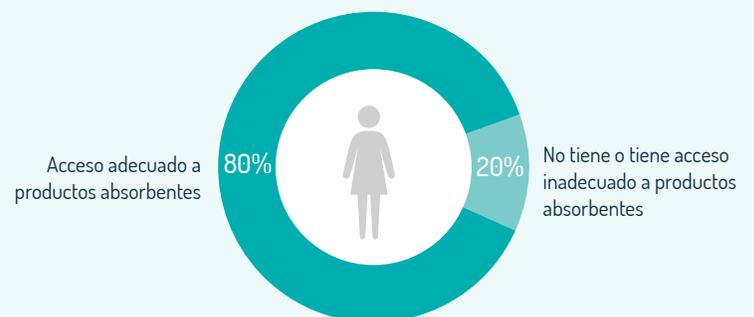


Respecto a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) entre 12 a 17 años que se identificaron como población pendular y se encuentran estudiando, el 95% asiste a un colegio en Venezuela y el 5% asisten a un establecimiento educativo en Colombia y cursa el nivel de secundaria.

Gestión menstrual

En los grupos de viaje constituidos por niñas o adolescentes mayores de 6 años (44), cuando se le preguntó al representante del grupo cuál producto íntimo de higiene personal tuvieron acceso las niñas, mujeres y personas menstruantes en su grupos de viaje durante su última menstruación, se encuentra que el 80% de las niñas y adolescentes tuvieron acceso adecuado a productos absorbentes, tales como, toallas higiénicas, copa menstrual, tampones y/o protectores. El 23% restante indicó no tener acceso o tener acceso inadecuado a productos absorbentes, por lo que utilizan productos como papel higiénico y/o trapos o telas.

Gráfica 28. Barreras que tienen los hogares con niños, niñas y adolescentes para acceder a productos para la gestión menstrual



El 12% de las niñas, mujeres y personas menstruantes de los grupos de viaje pendular han tenido dificultades para acceder a un baño cercano, privado y limpio para cambiar sus implementos de higiene para atender su menstruación. No tener acceso adecuado a infraestructura y/o productos puede afectar en

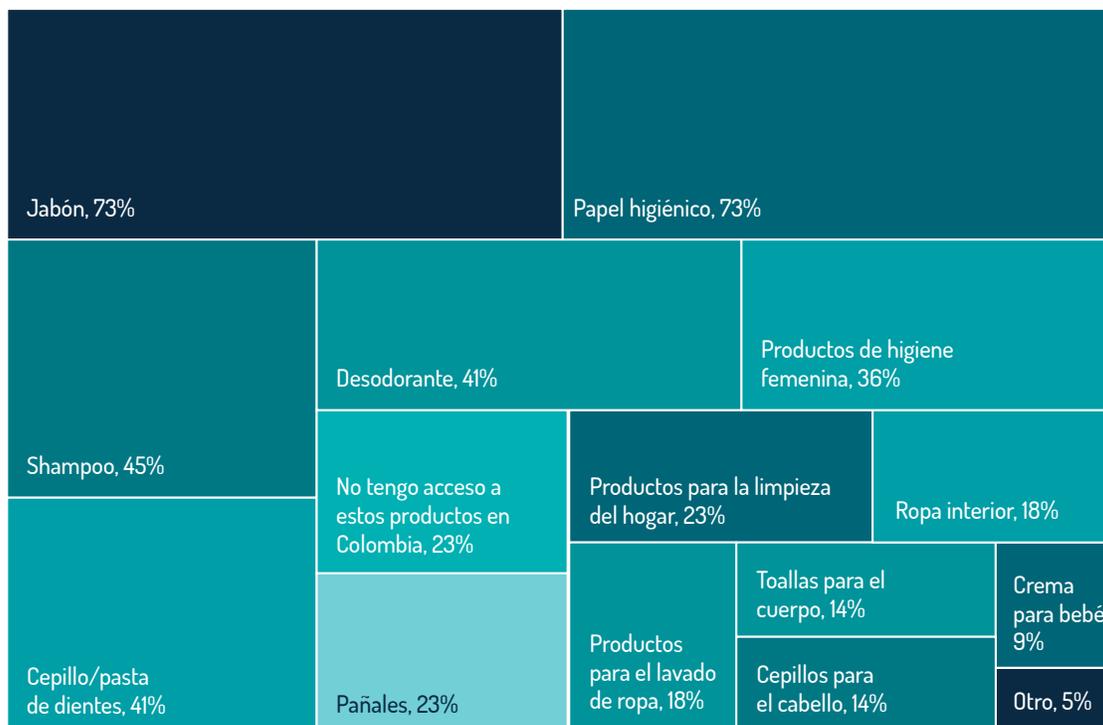
diferentes aspectos a las niñas, mujeres y personas menstruantes, por ejemplo, puede incrementar la inasistencia escolar de niñas y adolescentes, potencializa los riesgos de niñas y adolescentes a infecciones en su tracto urinario o su aparato reproductor y puede aumentar los riesgos de situaciones de abuso sexual.



En general, en grupos de viaje con alguna niña, adolescente y/o persona menstruante, el 50% tiene problemas para acceder artículos de aseo e higiene en Venezuela (jabón, productos de higiene femenina, pañales, cepillo/pasta de dientes). Frente a esta situación, las niñas, adolescentes y/o personas menstruante optan por comprar artículos de aseo e higiene en Colombia. Dentro de los productos que más se adquieren están: el jabón (73%), el papel higiénico (73%), productos de higiene femenina (36%). Se destaca que el 23% de las niñas, adolescentes y/o persona menstruante incluso no llegan a tener acceso a productos de higiene y aseo en Colombia.

Adicionalmente, si bien el 96% de los grupos de viaje pendulares cuenta con acceso suficiente de agua para el consumo humano y en el 39% de los casos traen el agua de su casa, persisten grupos pendulares que no tienen acceso al agua (2%) o que tienen acceso al agua a través de fuentes como río, quebrada, nacimiento o manantial (2%). Así mismo se identifican grupos de viaje que tienen acceso para lavarse las manos únicamente con agua (11%). Esta situación puede potencializar los riesgos de niñas y adolescentes a infecciones en su tracto urinario o su aparato reproductor.

Gráfica 29. Artículos de higiene y aseo que compran grupos de viaje con niñas y adolescentes entre 6-17 años

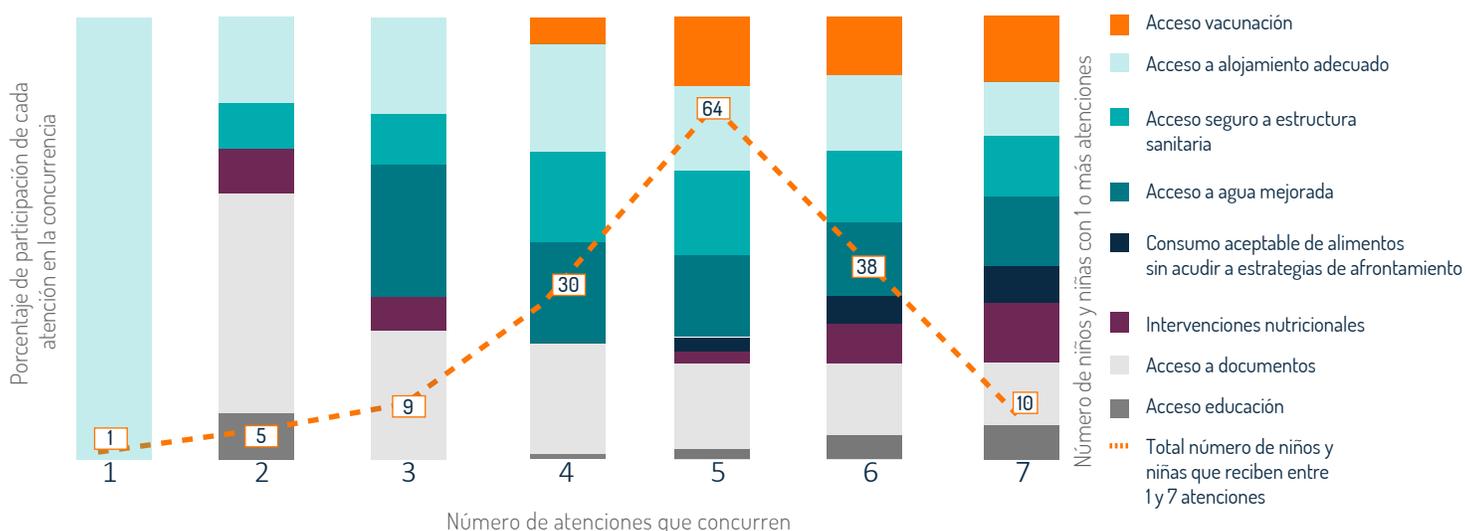


Análisis nominal de la atención integral para la primera infancia, la infancia y la adolescencia*

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 cada curso de vida. La gráfica muestra en el eje X el número de atenciones concurrentes para cada niño, y en el eje Y el número de niños que reciben estas atenciones. Las barras representan las atenciones más representativas en términos de concurrencia. 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 30. Ocurrencia de las atenciones en primera infancia



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 4,9 atenciones de las 8 observadas.

Las atenciones más comunes en términos de concurrencia son el acceso a un alojamiento adecuado y documentación. A medida que aumenta la concurrencia de atenciones, se observa un incremento en el acceso a

agua mejorada y estructura sanitaria.

Existe una brecha crítica en ciertos aspectos: de los 64 niños y niñas que reciben 5 atenciones, solo 9 de ellos tiene un consumo aceptable de alimentos y 8 cuentan con acceso a intervenciones nutricionales. Esta brecha es más pronunciada para los niños que reciben 4 atenciones o menos.



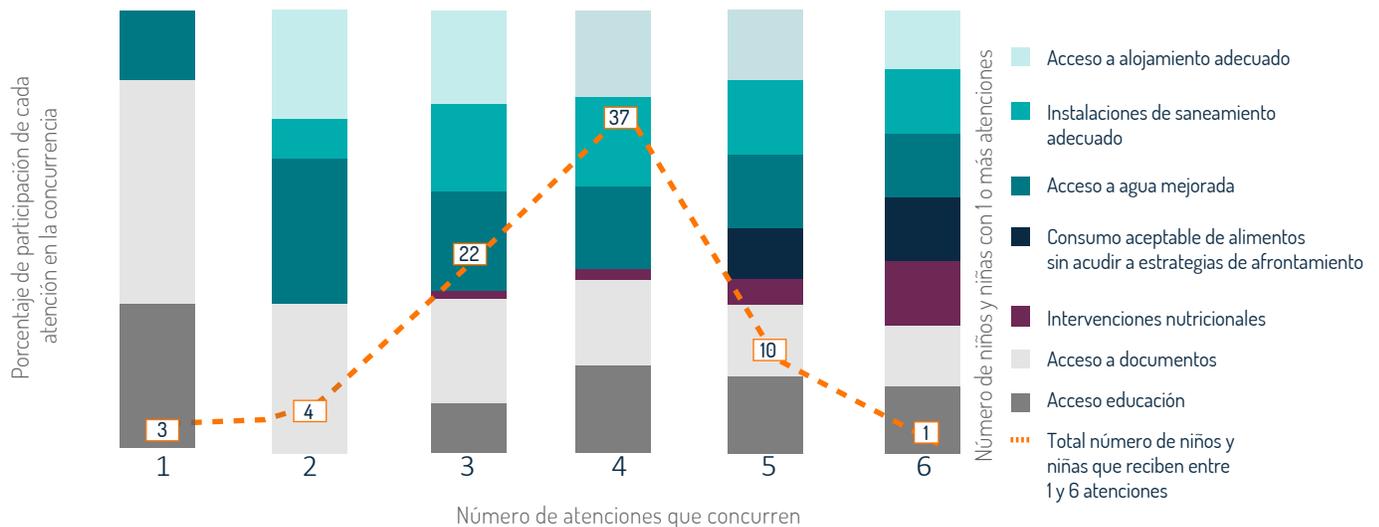
Análisis de la concurrencia de atenciones para la infancia y adolescencia

En promedio, los niñas y niños de 6 a 11 años acceden al tiempo a 5 atenciones de las 7 observadas. Mientras que, adolescentes entre 12 a 17 años acceden al tiempo en promedio a 5 atenciones de las 7 observadas (ver gráfica 31).

- A medida que aumenta la concurrencia de atenciones, se observa un aumento en el acceso a servicios de agua mejorada, instalaciones de saneamiento adecuado y alojamiento adecuado.

- Existe una brecha crítica en ciertos aspectos: de los 76 niños, niñas y adolescentes entre 6 y 17 años que reciben entre 4 y 5 atenciones, solamente 1 tiene un consumo aceptable de alimentos y su hogar no tuvo que acudir a estrategias de afrontamiento. Esta brecha es más crítica para los niños que reciben 3 atenciones o menos. Además, de los 65 niños y niñas entre 6 y 9 años encuestados, solo el 11% (7) de los niños tienen acceso a atenciones nutricionales completas.

Gráfica 31. Ocurrencia de las atenciones en infancia



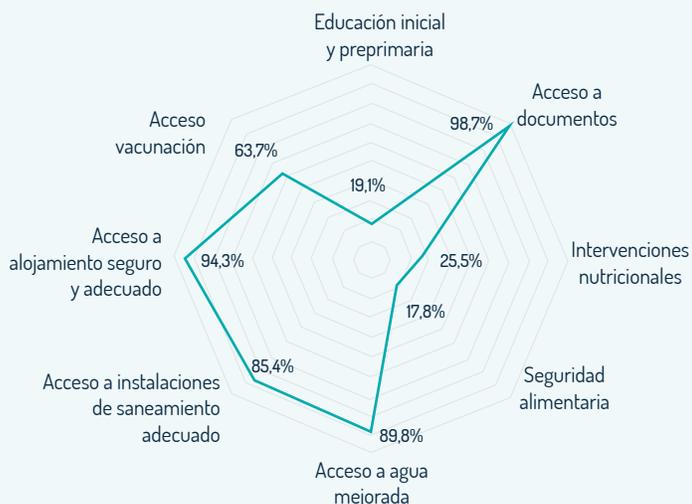
Análisis de relaciones críticas entre atenciones

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 ciertos servicios en un sector puede agravar la carencia de acceso a otros servicios o situaciones en otro sector, 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.



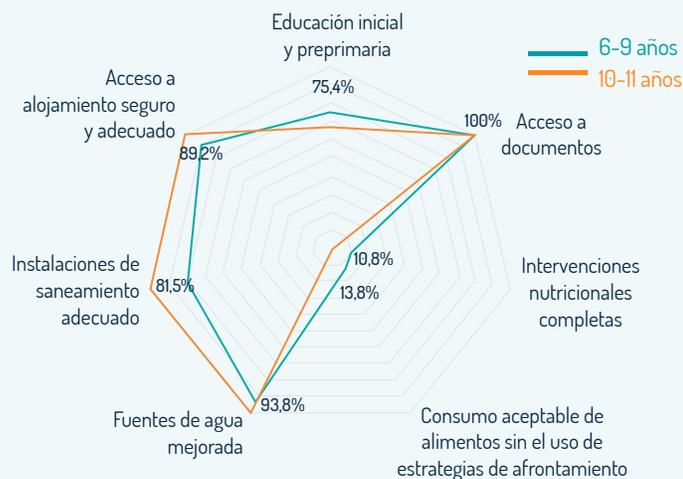
Análisis de relaciones críticas para la primera infancia

Gráfica 32. Relaciones críticas en la primera infancia



- El 80% de los niños y niñas entre los 0 y 5 años (101), no estaban asistiendo a un jardín, hogar comunitario, centro de desarrollo infantil o preescolar al momento de la encuesta y tampoco tiene un consumo aceptable de alimentos y acuden a estrategias de afrontamiento.
- Del 19% de los niños que asisten a un servicio de educación inicial o preescolar, el 34% (10) lo hacen en Colombia. De ellos, el 40% de sus cuidadores principales (4) dedican la mayor parte del tiempo trabajando en Colombia, 3 de ellas son mujeres.
- El 96% de los niños y niñas que permanecen la mayor parte del tiempo al cuidado de su padre o madre en el tránsito o en su lugar de trabajo, tienen riesgo de desnutrición aguda, sobrepeso y delgadez o no han tenido acceso a ninguna intervención nutricional o una lactancia materna exclusiva o una dieta mínima aceptable o tienen desnutrición aguda, delgadez, sobrepeso, obesidad o anemia.

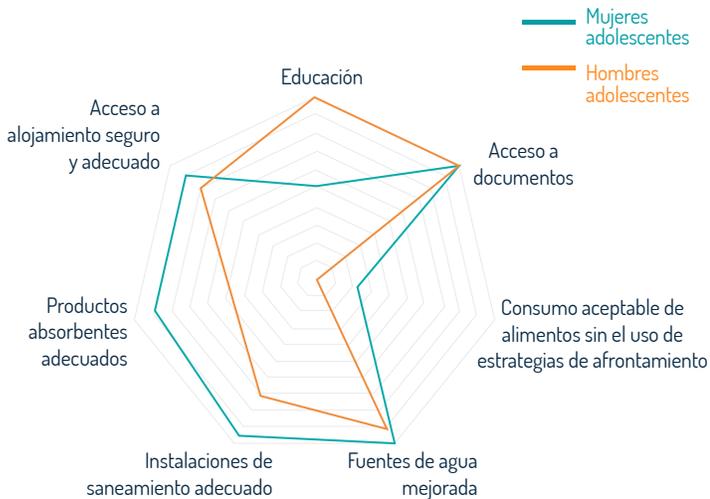
Gráfica 33. Relaciones críticas en la infancia



- De un total de 105 niñas, niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y 17 años, el 28% (29) no tiene acceso al sistema educativo en Colombia o Venezuela. De este grupo, el 7% carece de alojamiento adecuado, lo que podría conllevar riesgos de protección para las niñas y niños. En cuanto a los principales motivos de viaje de los grupos que incluyen a alguna niña, niño o adolescente, se observa que el 17% (18) mencionó el acceso a la educación, el 56% (59) la búsqueda de alimentos, el 75% (79) la necesidad de acceso a servicios de salud y el 31% (33) la búsqueda de oportunidades laborales.
- El 95% (100) de los grupos de viaje con niñas, niños y adolescentes entre 6 y 17 años cuenta con acceso a fuentes de agua mejorada, de estos, el 38% la trae el agua desde su casa, el 24% la compra el agua embotellada y el 17% la obtiene de manera gratuita en algún lugar público. Con estas fuentes de agua mejorada, no necesariamente se garantiza la suficiencia de agua para los trayectos, la capacidad de compra y la calidad del agua en lugares públicos.



Gráfica 34. Relaciones críticas en la adolescencia



- El 85% de los grupos de viaje con niños, niñas y adolescentes tienen acceso a instalaciones sanitarias adecuadas. De estos el 20% (18) ha tenido que pagar para acceder a estos servicios.
- El 89% (16) de las mujeres adolescentes entre 12-17 años tienen acceso adecuado a productos absorbentes y el 19% (3) han tenido dificultades para acceder a un baño cercano, privado y limpio para cambiar sus implementos de higiene para atender su periodo menstrual.

- El 66% (69) de las niñas, niños y adolescentes presentan o viajan con algún miembro del grupo de viaje, que reporta síntomas relacionados con problemas de salud mental, de estos, el 97% (67) no han recibido atención frente a estos síntomas. A esta situación se suma que además el 9% (6) viven en alojamientos inadecuados.

* 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.



5 MEDIOS DE VIDA

OCUPACIÓN Y FUENTES DE INGRESOS

Dentro del total de las personas pendulares el 37% es menor de 15 años, el 22% está fuera de la fuerza de trabajo, ya que se dedican principalmente a estudiar o realizar oficios del hogar, y el 40% restante busca trabajo o se encuentra trabajando en Colombia o Venezuela.

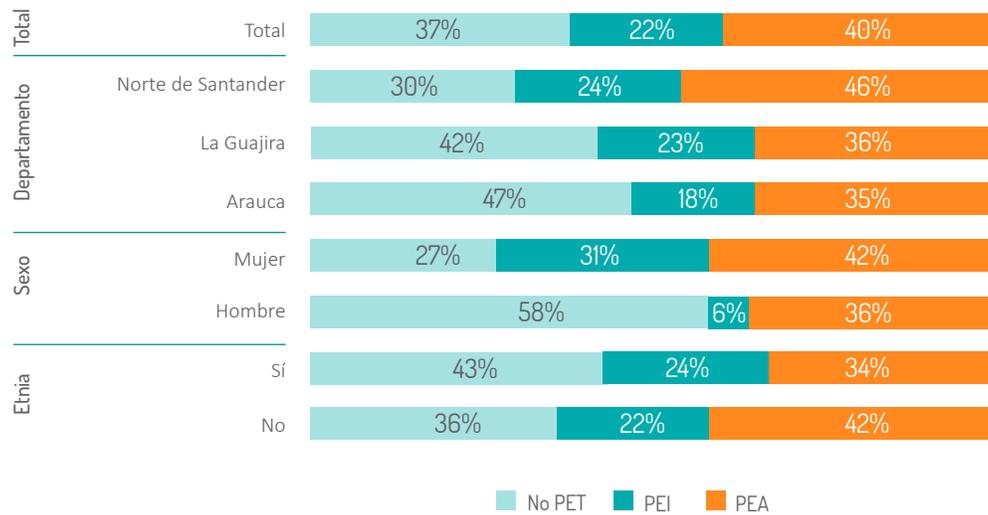
En la gráfica 35 se identifican algunas diferencias por los departamentos en donde se presentan los movimientos pendulares. Por ejemplo, en Norte de Santander y Santander hay un porcentaje mayor de menores de 15 años comparado con la Guajira y Arauca. Lo anterior se puede explicar porque, en Norte de Santander y Santander, la principal motivación para ingresar a Colombia es el acceso a tratamiento médico (61% de los grupos) y es más relevante el acceso a educación para niños y niñas (12% de los grupos) comparado con otras regiones, de manera que es probable que esta participación de menores de 15 años se explique por esta demanda de servicios de educación y salud.

Igualmente, existen diferencias importantes entre el porcentaje que es menor de 15 años entre hombres (47%) y mujeres (24%), así mismo, estas últimas participan menos del mercado de trabajo, ya que un 45% está fuera de la fuerza de trabajo.





Gráfica 35. Distribución de la población total según población no PET (Población en Edad de Trabajar), PEA (Población económicamente activa) y PEI (Población Económicamente Inactiva) por características territoriales y personales

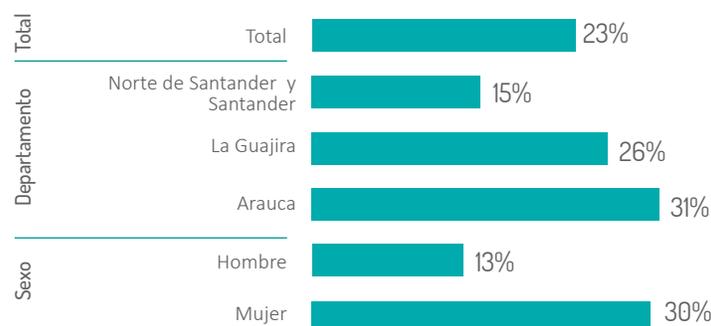


Para el total de la población pendular, la tasa de desempleo fue del 23%¹², este porcentaje es más alto que el de la población con vocación de permanencia (18%). Así mismo, la tasa global de participación es del 51%, cifra inferior a la de la población con vocación de permanencia (63%). Esos indicadores se explican porque la pendularidad de la población es motivada por la adquisición de bienes y servicios, más que por el acceso a trabajo en Colombia. De manera que, a quienes se les facilita realizar estas actividades, son personas que están en la búsqueda de trabajo o quienes estudian o se dedican a oficios y

cuidados del hogar. Además, se identificó que dentro de quienes se encuentran en la búsqueda de trabajo, el 69% lo busca en Colombia, mientras, quienes se encuentran trabajando, la mayoría lo hace en Venezuela (79%).

Por grupos poblacionales se identifican diferencias en las tasas de desempleo. Por ejemplo, esta tasa es 2 veces más alta para las mujeres (30%) que para los hombres (13%). Por regiones, se identifica que las tasas de desempleo son más altas para quienes hacen el tránsito en La Guajira (26%) y Arauca (31%) (ver gráfica 36).

Gráfica 36. Tasa de desempleo de la población pendular

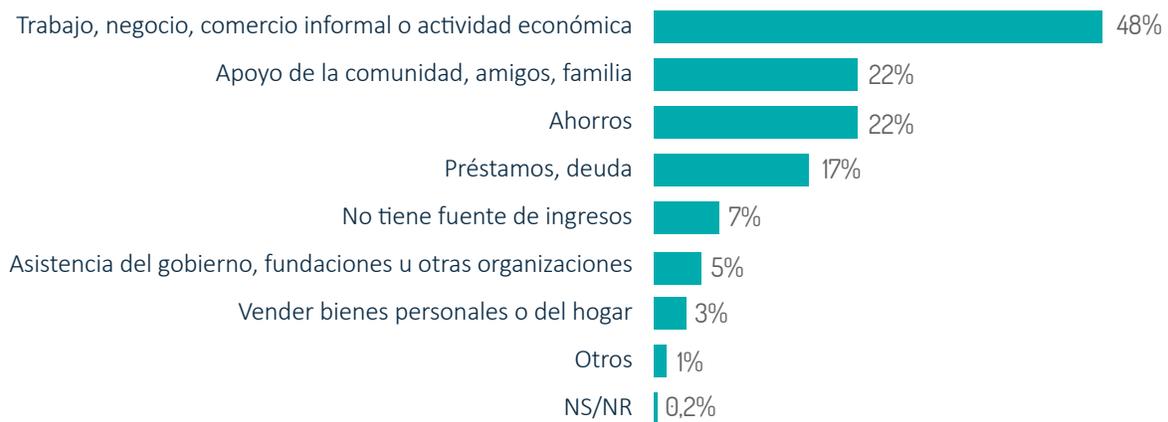


12. Calculada con la siguiente metodología: número de personas desempleadas (identificadas en edad de trabajar) sobre el número de personas económicamente activas (PEA) multiplicado por 100.



Para la mitad de los grupos de viaje encuestados sus ingresos provienen de trabajos informales, o negocios propios (53%). El 27% recibe el apoyo ya sea de familiares, amigos, el gobierno, o ONG. El 22% tiene como una de sus fuentes principales de ingreso los ahorros y un porcentaje similar (17%) acude a la deuda. Resalta que el 7% afirma que no tiene fuente de ingresos.

Gráfica 37. Fuentes de ingreso



Además, a pesar de que la mayoría de los grupos se dirigen a Colombia para la compra de alimentos y medicinas o para el acceso a tratamiento médico, 3 de cada 10 (28%) no cuenta con los recursos suficientes para hacer sus diligencias durante su estadía en Colombia. Lo cual puede explicar algunas estrategias de afrontamiento

(apoyo de la comunidad, amigos o familia, vender bienes personales, asistencia del gobierno, fundaciones u organizaciones, donaciones, préstamos entre otras) y sus condiciones de vulnerabilidad cuando realizan su tránsito pendular.



6 NECESIDADES SECTORIALES

SEGURIDAD ALIMENTARIA



Si bien hay diferentes metodologías en la evaluación del consumo de alimentos, por la extensión de la encuesta, para los grupos de viaje en tránsito, sólo se incluyeron los indicadores de puntaje del consumo de alimentos, frecuencia del consumo de alimentos y las estrategias de afrontamiento que usó el grupo de viaje ante la falta de alimentos o dinero para comprarlos.

CONSUMO DE ALIMENTOS

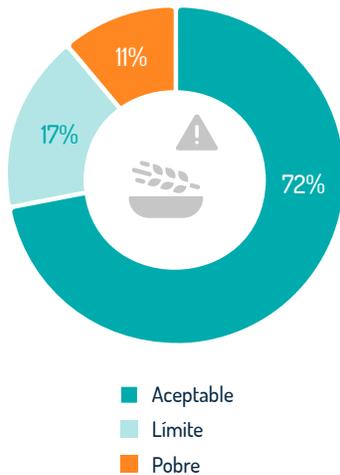
El 11% de los grupos de viaje tuvo un consumo pobre de alimentos y el 17% al límite, es decir que no contaron con una alimentación variada. El 72% restante tuvo una dieta aceptable, pero probablemente con alto uso de estrategias de afrontamiento.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas, el 96,1% de los grupos de viaje tuvo que comprar alimentos menos preferidos o más baratos o reducir el tamaño de la porción (92,4%) para mejorar el consumo de alimentos al menos un día de los últimos siete porque no tenían suficientes alimentos o dinero para comprarlos.





Gráfica 38. Puntaje de consumo de alimentos de los grupos de viaje pendulares

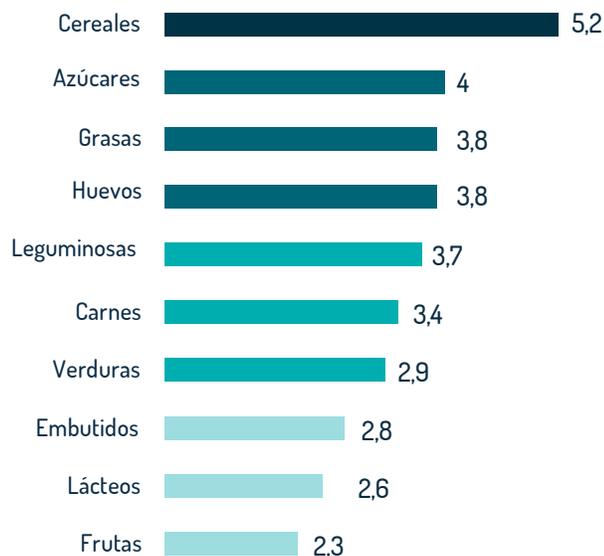


Consumo de alimentos

Al analizar el reporte del consumo de los grupos de alimentos, el reporte de consumo del huevo (3,8 días) fue mayor al de la carne (3,4 días), sin embargo, ningún grupo de alimentos se reporta todos los días. El reporte del consumo de verduras, lácteos y frutas estuvo por debajo de los 3 días a la semana (2,9, 2,6 y 2,3 respectivamente).

Los embutidos, se reportaron 2,8 días a la semana. Es importante continuar monitoreando el consumo de los embutidos, son productos ultraprocesados más económicos y vistos erróneamente como similares a las carnes, pero con menor contenido proteico y mayor contenido de sal, grasa y aditivos relacionados con efectos nocivos para la salud.¹⁴

Gráfica 39. Promedio de días de consumo para cada grupo de alimentos durante la semana anterior



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

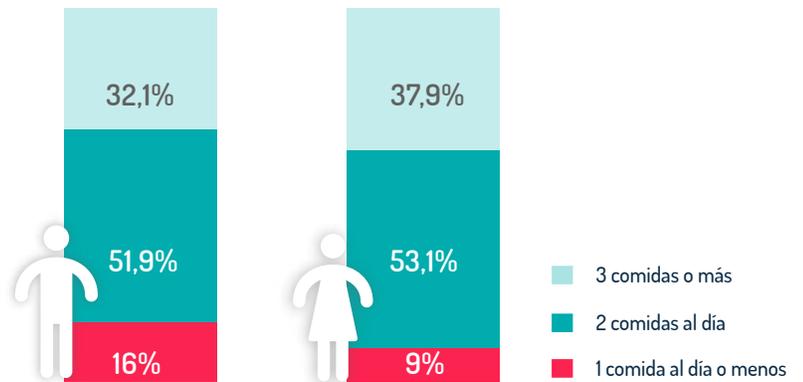


Frecuencia de comidas al día

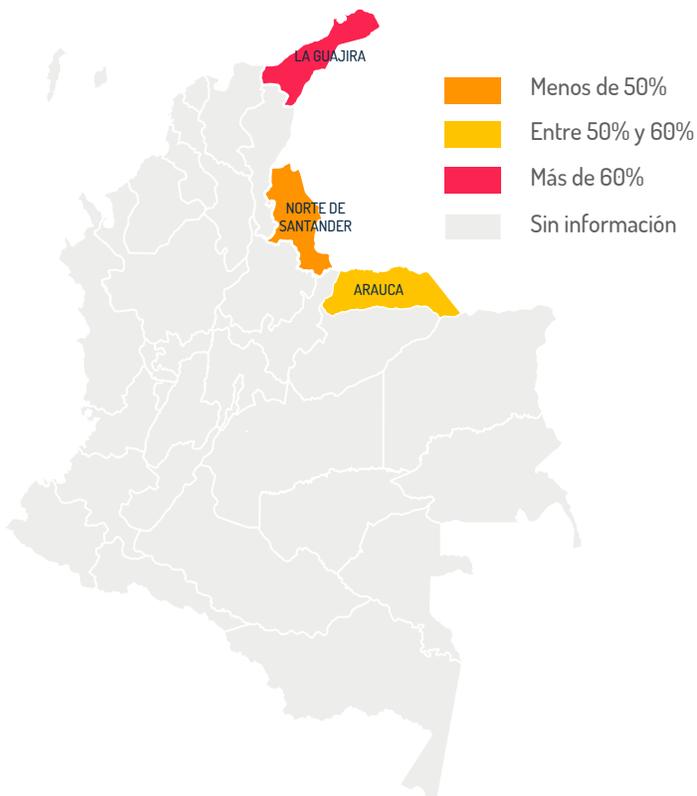
El 63,2% de los grupos de viaje consumió 2 comidas al día o menos y en los de jefatura masculina el porcentaje es mayor (67,9%), lo que puede indicar una limitada capacidad para cubrir los requerimientos de energía y nutrientes.

El 65,8% de los hogares con niños y niñas entre los 2 y 4 años; 51,3% entre 5 y 9 años, y el 73,3% con gestantes consumieron 2 comidas al día o menos, este resultado refleja la imposibilidad para cubrir los requerimientos de nutrientes que son específicos para estos grupos poblacionales.

Gráfica 40. Número de comidas consumidas por los grupos de viaje al día según sexo del jefe del grupo de viaje



Mapa 1. Porcentaje de grupos de viaje con 2 comidas o menos por departamento



A nivel departamental La Guajira tiene el porcentaje más alto de grupos de viaje con 2 comidas o menos con 74,4%, seguido de Arauca con 60% y Norte de Santander con 42,3%.

Al comparar este resultado con la Evaluación Conjunta de Necesidades 2022, en 2023, el porcentaje fue mayor, pasando de 42% en 2022 a 63,2% en 2023. En ambos años, La Guajira presentó el porcentaje más alto, alcanzando un 56% en 2022 y un 73% en 2023.



SALUD



Mensajes clave

- Se registraron 31 niñas y niños “cero dosis” (que no han recibido ninguna vacuna entre los 0 y 5 años), esto aumenta la probabilidad de contraer enfermedades y pone en riesgo a las niñas/os y a la población en general.
- Dolores de cabeza (45%), fiebre o infección (25%) y dolores musculares (24%) fueron los principales problemas de salud que presentaron los grupos de viaje en situación de pendularidad, 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 personas refugiadas y migrantes.
- El 23% de los grupos de viaje con problemas de salud no fueron atendidos en ningún servicio de salud. En el caso del grupo que accedió a un servicio de salud, este fue prestado principalmente por un hospital o puesto de salud público (30%) y ONG o Naciones Unidas (23%).
- No estar asegurado en salud (41%) y no tener con qué pagar la consulta (28%) fueron las principales barreras encontradas para que los grupos de viaje pudieran 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.
- Hipertensión (47%) y diabetes (12%) son las enfermedades más diagnosticadas en los grupos de viaje, lo que puede estar relacionado con el estilo de vida, la dieta, el acceso a salud y las condiciones de vida de estos grupos.
- El 51% de los grupos de viaje presentaron síntomas o problemas relacionados con salud mental y en su mayoría refieren que es miedo (46%), ansiedad (39%) y depresión (31%). 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.
- 22% (96) de los grupos de viaje tuvieron una necesidad en salud sexual y salud reproductiva y no les fue prestado el servicio. Las principales necesidades fueron asistencia prenatal, servicios ginecológicos o controles (23%), orientación en el uso de anticonceptivos (14%) y exámenes de diagnóstico o medicamentos (14%).

Problema de salud de los grupos de viaje

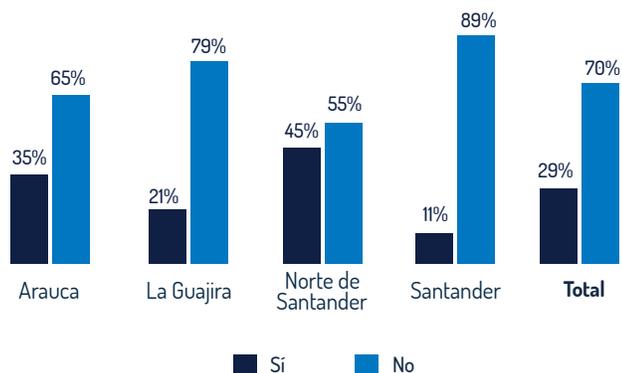
Las personas refugiadas y migrantes emprenden viajes largos y agotadores con escaso acceso a alimentos y agua, saneamiento y otros servicios básicos, lo que aumenta su riesgo de contraer enfermedades transmisibles, en particular el sarampión, y enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua. También pueden estar expuestos a sufrir lesiones accidentales, hipotermia, quemaduras, embarazos no deseados y complicaciones relacionadas con el parto, así como diversas enfermedades no transmisibles como resultado de la experiencia migratoria, las políticas restrictivas de entrada e integración y la exclusión¹⁴.

De los 435 grupos de viaje pendulares, el 29%(128) tuvieron algún problema de salud relacionado con dolores musculares, dolores de cabeza, fracturas, diarrea, fiebre, vómito grave, entre otros. En Norte de Santander se encontró el mayor porcentaje de grupos con problemas de salud (45% de los 131 hogares encuestados). En Arauca, el 35% de los 43 grupos encuestados refieren haber tenido alguno de estos problemas de salud. Para el caso de los grupos de viaje de La Guajira (252 hogares) y Santander (9 hogares), se encontró que el 21% (53) y el 11% (1) de los grupos presentaron algún problema de salud.

De acuerdo con un informe del Ministerio de Salud, los síntomas por lo 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 servicio¹⁵.

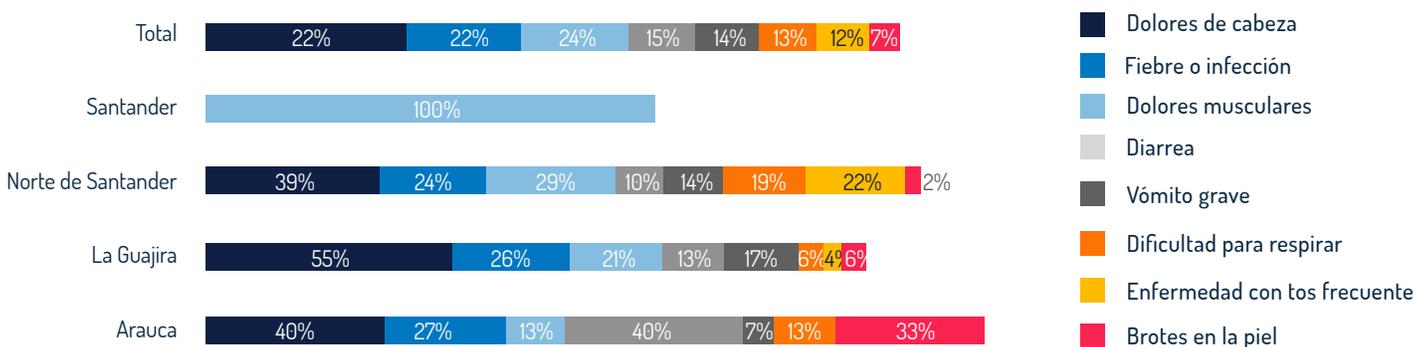


Gráfico 41. Porcentaje de grupos de viaje que tuvieron problemas de salud por departamento



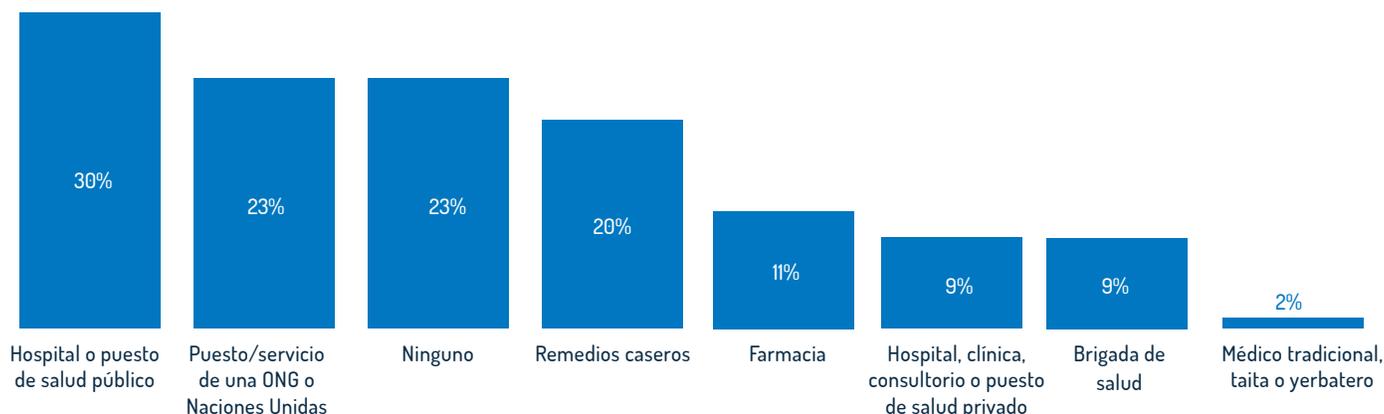
Los dolores de cabeza (45%), la fiebre o infección (25%) y los dolores musculares (24%) fueron los principales problemas de salud que tuvieron los grupos de viaje pendulares. En Santander, el grupo que tuvo problemas de salud, presentó dolores musculares. En La Guajira se presentó el mayor número de grupos con dolores de cabeza. En Arauca el mayor número de grupos con fiebre o infección (27%) y con diarrea (40%).

Gráfico 42. Tipos de problemas de salud por departamento



Los 128 grupos de viaje que presentaron problemas de salud fueron atendidos principalmente en un hospital o puesto de salud público (30%), en un puesto o servicio de una ONG o Naciones Unidas (23%), con remedios caseros (20%) y en la farmacia (11%). El 23% no fueron atendidos en ningún servicio.

Gráfico 43. Principales lugares donde fueron atendidos los grupos de viaje con problemas de salud



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

15. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>

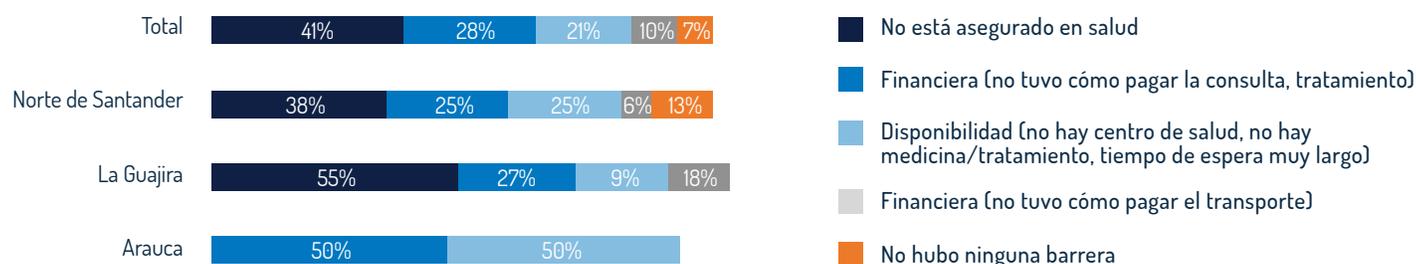


Barreras para el acceso a servicios de salud

Entre las barreras presentadas para acceder al servicio de salud, no estar asegurado al sistema de salud fue la más reportada por los grupos de viaje (41%), seguida de no tener cómo pagar la consulta o el tratamiento (28%) y que no hubo un centro de salud cercano, no había medicina o tratamiento o el tiempo de espera fue muy largo (21%). En La Guajira se presentó el mayor número de grupos de viaje que refieren

que no estar asegurado fue la principal barrera (55%). La barrera financiera por no tener cómo pagar la consulta o el tratamiento (50%) y no tener un centro de salud cercano, no disponibilidad de medicina o tiempo de espera largo (50%) se presentó en la mayoría de los grupos de Arauca. Solo el 13% de los grupos de Norte de Santander no tuvieron ninguna barrera para el acceso al servicio de salud.

Gráfico 44. Barreras para acceder al servicio de salud por departamento



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 (que en su mayor parte es de por vida), a la posibilidad de aparición de complicaciones agudas que requieren atención médica inmediata y a la necesidad de cuidados paliativos¹⁶.

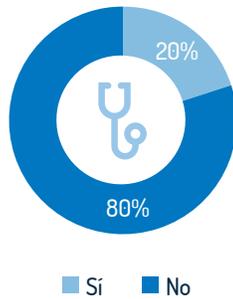
De acuerdo con las cifras oficiales del Ministerio de Salud (RIPS, 029), en el año 2022 se atendieron 35.812 personas refugiadas y migrantes por diagnóstico de enfermedad crónica. El 76% de estos diagnósticos se concentraron en las personas mayores de 18 años de edad y el mayor porcentaje de estas atenciones estuvieron concentradas en enfermedades del sistema circulatorio (hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, entre otras) y enfermedades del sistema respiratorio¹⁷.

16. Tomado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57790/9789275327517_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

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

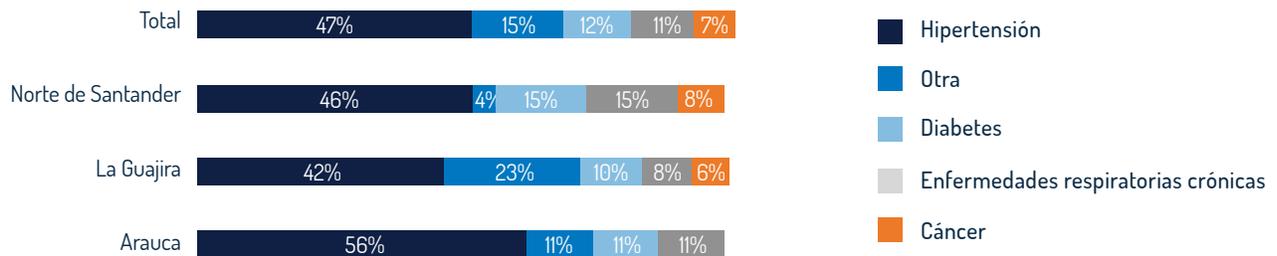


Gráfica 45. Grupos de viaje con personas con enfermedades crónicas



Hipertensión (47%), diabetes (12%) y enfermedades respiratorias crónicas (11%) fueron las principales patologías crónicas reportadas por los grupos de viaje. En Santander 3 grupos presentaron alguna de estas enfermedades, los 3 refiere que han tenido hipertensión y 1 grupo tuvo un diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica. En Arauca se presentó el mayor número de grupos de viaje (56%) que tuvieron hipertensión. En Norte de Santander estuvo el mayor número de grupos de viaje que fueron diagnosticados con diabetes y con enfermedades respiratorias crónicas (15%).

Gráfica 46. Grupos de viaje con personas con enfermedades crónicas por departamento



Salud mental

El 51% (223) de los grupos de viaje pendulares tuvieron algún síntoma o problema relacionado con la salud mental. Los principales síntomas o problemas que refieren haber tenido estos grupos fueron miedo (46%), ansiedad (39%), depresión (31%) y rabia (26%).

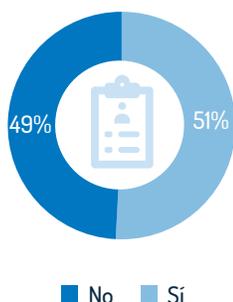
Las personas refugiadas y migrantes están en riesgo constante de tener problemas de salud mental debido a las experiencias traumáticas y estresantes por las que atraviesan y están más expuestos a sufrir depresión,

ansiedad y trastorno de estrés postraumático que las poblaciones de acogida¹⁸. 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 comportamiento¹⁹.

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



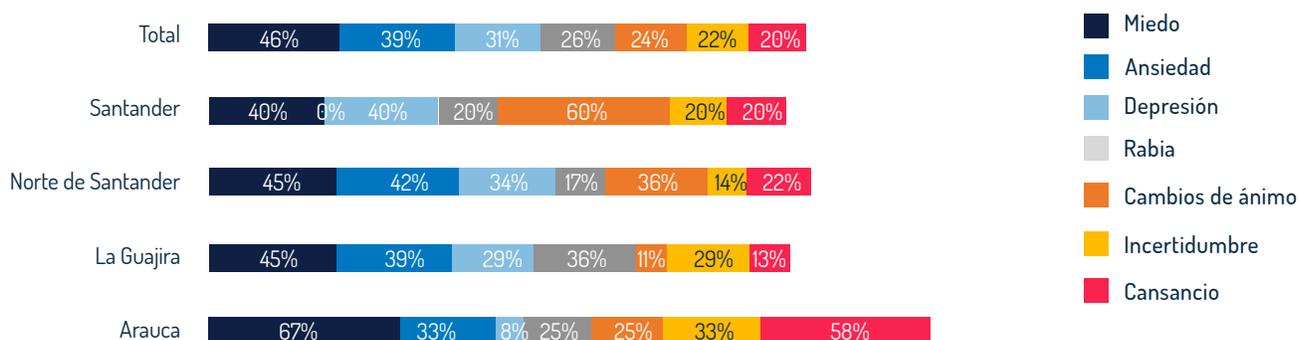
Gráfica 47. Grupos de viaje con problemas de salud mental



A nivel departamental, en Arauca se encontró el mayor porcentaje de grupos con miedo (67%). En Norte de Santander estuvo el mayor porcentaje de grupos de viaje con ansiedad (42%). La depresión se presentó principalmente en los grupos de viaje de Santander (40%) y la rabia en los grupos de viaje del departamento de La Guajira (36%).

Según los datos del Ministerio de Salud del total de personas refugiadas y migrantes 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 mental²⁰.

Gráfica 48. Grupos de viaje con problemas de salud mental por departamento



Salud Sexual y Salud reproductiva

En cuanto a las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de los grupos de viaje pendulares, el 22% (96) tuvo algún requerimiento en estos temas y no les fue prestado el servicio de salud. Las principales necesidades reportadas fueron: asistencia prenatal, servicios ginecológicos o controles (23%), orientación en el uso de anticonceptivos (14%) y exámenes de diagnóstico o medicamentos (14%).

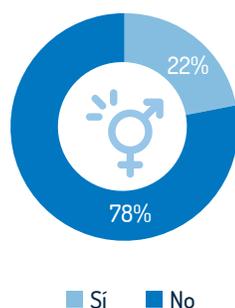
20. Circular 029. Base de datos Minsalud-SISPRO, consulta realizada en septiembre 2023



Los eventos de salud sexual y salud reproductiva siguen siendo un tema prioritario en las políticas públicas de salud, de acuerdo con el INS, entre 2022 y 2023 se han notificado en población venezolana residente en Colombia 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 a gestantes adecuada, para identificación e intervención del riesgo y anticoncepción²¹.

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 ellas²².

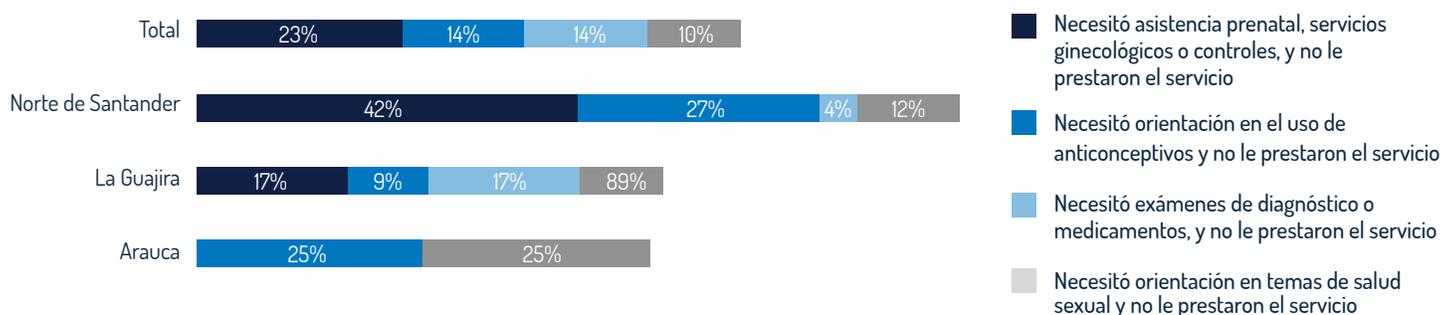
Gráfico 49. Grupos de viaje con necesidades en salud sexual y salud reproductiva



La asistencia prenatal (42%) y la orientación en anticonceptivos (27%) fue una necesidad que se presentó principalmente en los grupos de Norte de Santander. Exámenes diagnósticos o medicamentos fueron requeridos principalmente en los grupos de Arauca (25%).

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%)²³.

Gráfica 50. Grupos de viaje con necesidades en salud sexual y salud reproductiva por departamento



21. Instituto Nacional de Salud, boletín personas extranjeras, periodo epidemiológico V semana 20 del 2023

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

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



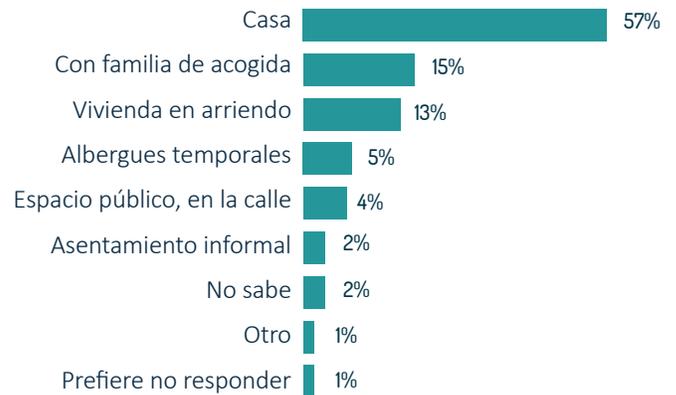
ALOJAMIENTO



La gran mayoría de hogares pendulares se hospedaron en su propia vivienda alcanzando un 57%, esto debido a su misma condición de pendularidad. No obstante el 5% se quedaron en un albergue o alojamiento temporal colectivo, seguido de un 4% que tuvo que hospedarse en la calle. Se resalta que el 3% de los hogares con niños y niñas y adolescentes se encuentran en situaciones de vivienda inadecuada al encontrarse en situación de calle, asentamiento informal y en bus.

Se destaca que el 58% de los refugiados y migrantes pendulares que se encuentran en situación de calle, se encuentran en el departamento de Arauca, seguido de un 30% en Santander. Esto contrasta con que Arauca es un departamento donde existe una baja representación de hogares pendulares que se hospedan en su propia vivienda, al alcanzar una representatividad de tan sólo el 2%.

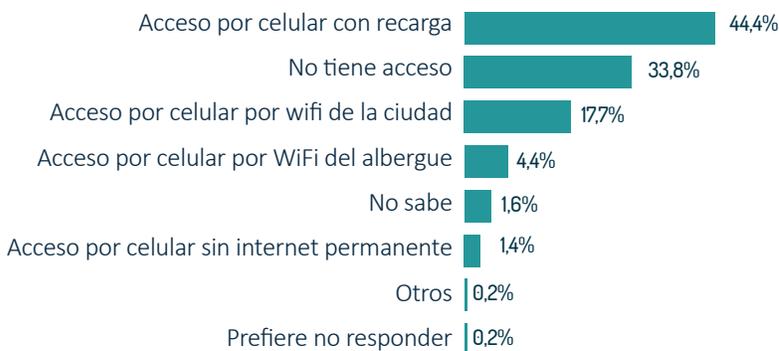
Gráfica 51. Porcentaje de grupos de viaje por tipo de lugar donde se hospedaron



TELECOMUNICACIONES E INTERNET



Gráfica 52. Porcentaje de grupos de viaje que acceden a internet en Colombia



El 33,8% de los hogares no cuentan con acceso a internet cuando se encuentran en Colombia, por lo cual muchos de los hogares pendulares reportan que lo hacen por medio de recargas al celular. El 18% establece que accede por medio del WiFi de la ciudad y el 4% por medio del albergue donde se encuentran.

Ahora bien, en cuanto a los hogares que no cuentan con acceso a internet, la mayoría de casos (37%) corresponden al departamento de La Guajira.

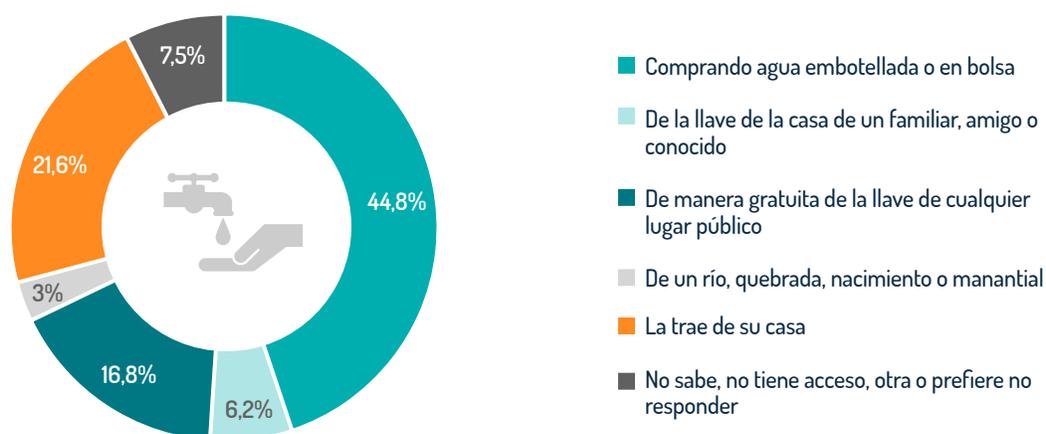


AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE (WASH)



Teniendo en cuenta que el 45% de los grupos de viaje reportaron que el principal motivo es acceder a servicios de salud, las principales necesidades se asocian con la disponibilidad de bienes y servicios WASH en las instituciones de salud.

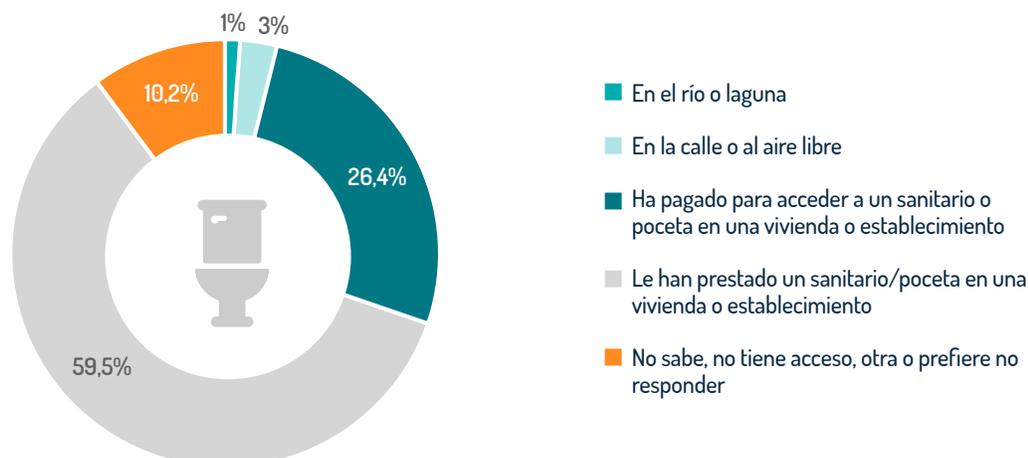
Gráfica 53. Porcentaje de grupos de viaje que acceden a agua para consumo según lugar de acceso



El 77% de los grupos de viaje reportó que no tiene acceso a agua gratuita y segura para el consumo humano durante el viaje. De estos, el 21% de los grupos de viaje traen el agua desde sus casas y el 45% la han comprado embotellada o en bolsa. Asimismo, 10,5% no tiene acceso a agua proveniente de fuentes seguras durante el viaje.

En cuanto a servicios sanitarios, 86% de los grupos de viaje ha tenido acceso a servicios sanitarios adecuados. De estos grupos, el 26% ha tenido que pagar por acceder a los servicios sanitarios y el 7% no ha tenido ningún acceso.

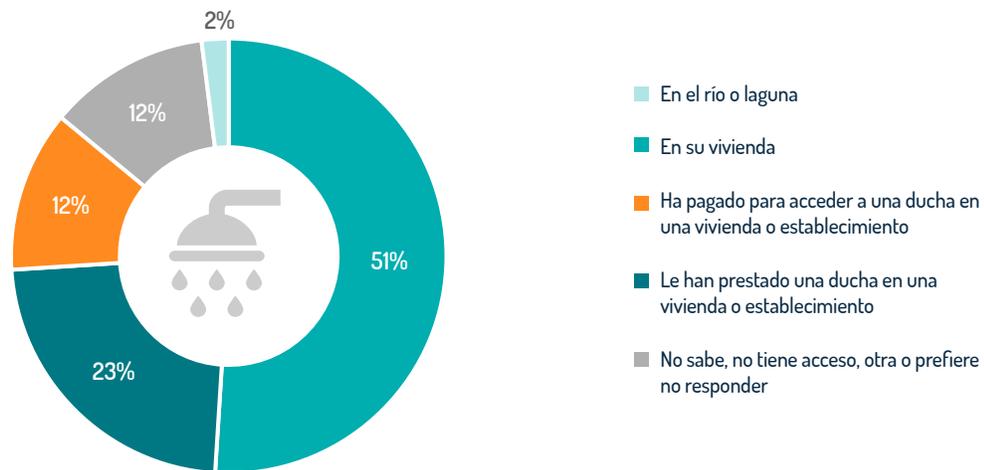
Gráfica 54. Porcentaje de grupos de viaje que acceden a servicios sanitarios





En el tránsito pendular, el 35% de los grupos de viaje reportaron acceder a un lugar seguro para ducharse. De estos grupos el 12% ha tenido que pagar para acceder a servicios de duchas. 7,8% de los grupos de viaje reportó que no ha tenido acceso a un espacio para bañarse, no obstante, 51% de los grupos reportó que no ha accedido a una ducha durante el trayecto, porque las personas de su grupo se bañan en sus viviendas.

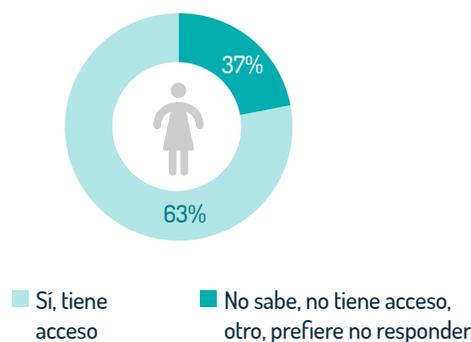
Gráfica 55. Porcentaje de grupos de viaje con acceso a puntos seguros para ducharse



Si bien el 80,5% de los grupos de viaje reportaron que el lavado de manos lo realizan principalmente con agua y jabón, el 41% de los hogares reportó tener dificultades para acceder a artículos de aseo e higiene en Venezuela.

Con relación a la gestión menstrual, 37% de los grupos de viaje con niñas y mujeres no reportaron tener acceso a insumos para atender la menstruación, y el 74% reportó que las niñas y las mujeres han tenido dificultades para acceder a un baño cercano, privado y limpio para cambiar sus implementos absorbentes durante el periodo.

Gráfica 56. Porcentaje de grupos de viaje con mujeres con acceso a insumos de higiene menstrual





7 RIESGOS DE PROTECCIÓN

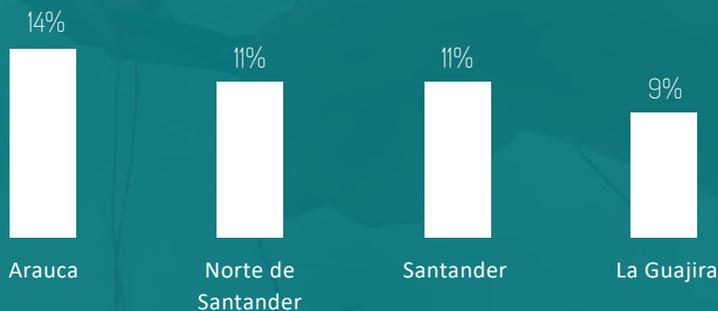
RIESGOS EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO Y VIOLENCIA

El 10% de las personas encuestadas indicaron haber estado expuestas a situaciones de riesgo durante su viaje, principalmente a hechos asociados a crimen urbano, como robos, amenazas o extorsión. El departamento donde las personas reportan mayor exposición a estos riesgos es Arauca (14%). Quienes ingresan al país a través de pasos no oficiales experimentan mayor exposición a estos riesgos (23%), respecto a la población que ingresa a través de pasos fronterizos oficiales (7%).

Gráfica 57. Exposición a riesgos por tipo



Gráfica 58. Exposición a riesgos por departamento





VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VBG)

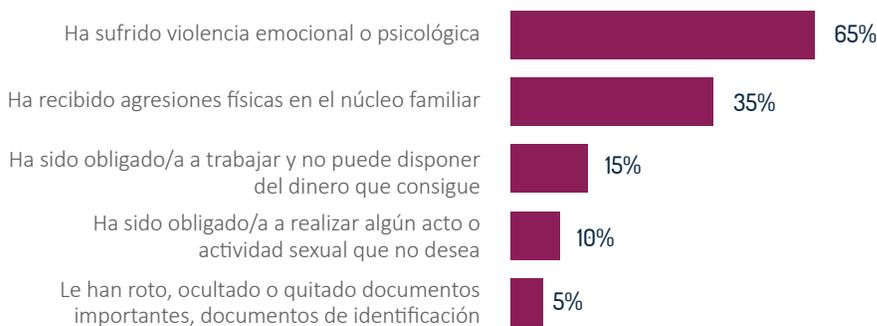
El 5% de los grupos de viaje encuestados ha tenido conocimiento de situaciones de VBG en sus experiencias de viaje. Los tipos de VBG más comúnmente identificados incluyen la violencia emocional o psicológica (65%) y las agresiones físicas en el núcleo familiar o en la relación de pareja (35%); aunque se reporta en un menor porcentaje (10%) llama la atención hechos de violencia sexual. En cuanto a la percepción sobre en qué grupos y lugares se presenta más frecuentemente la VBG, se destaca que un 65% de las personas consideran que afecta principalmente a adolescentes mujeres. Esto resalta la vulnerabilidad de este grupo específico en el contexto de los viajes. Además, un 40% de los grupos de viaje creen que la VBG se presenta en mayor medida en mujeres adultas, lo que subraya la amplia gama de víctimas

afectadas por este problema. En términos de ubicación, el 45% de las personas cree que la VBG es más común en espacios públicos, como parques y plazas, lo que enfatiza la necesidad de seguridad y prevención en estos lugares.

La reticencia a reportar casos de VBG es un tema relevante, con un 55% de los casos no siendo reportados. Entre las razones para no reportar está el temor a acudir a las instituciones encargadas (40%), lo que puede estar asociado a la situación migratoria, y la falta de información sobre cómo reportarlo (50%) son los factores más destacados, lo que indica la necesidad de fortalecer los sistemas de apoyo y la confianza en las instituciones para que las víctimas se sientan seguras al denunciar estos casos.

Gráfica 59. Exposición a Violencias Basadas en Género

El 5% de los grupos de viajes encuestados indicó haber conocido alguna persona de su comunidad que ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en el núcleo familiar o en la relación de pareja

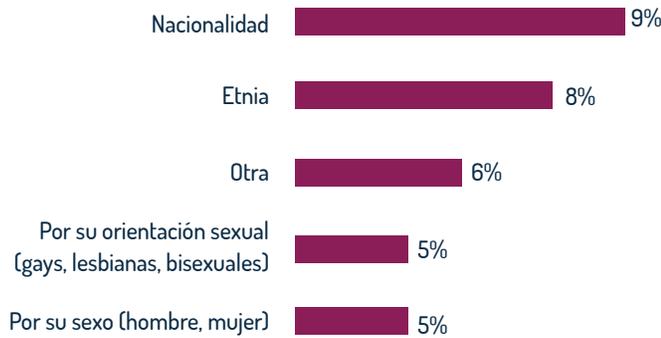


Discriminación

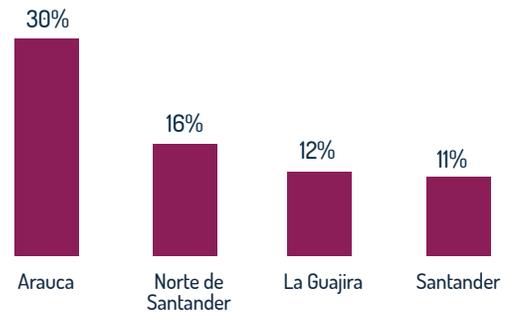
El 15% de las personas encuestadas indicó haber experimentado alguna situación de discriminación en su el país. Las personas manifiestan que su nacionalidad es la principal razón por la que enfrentan estas situaciones (9%), seguido de su etnia (8%), su orientación sexual (5%) y su sexo biológico (5%). El departamento en el que un mayor número de personas encuestadas indicaron haber experimentado discriminación fue Arauca (30%).



Gráfica 60. Discriminación por razones



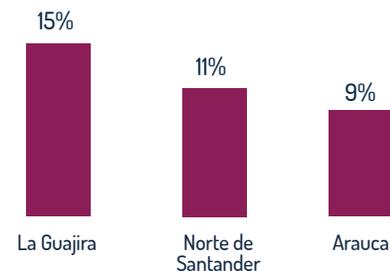
Gráfica 61. Discriminación por departamento



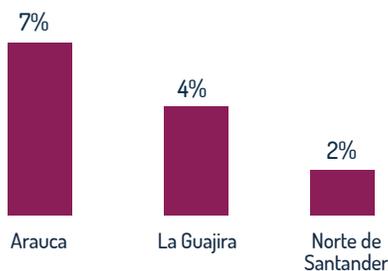
Riesgo de trata de personas

Durante su estadía en Colombia, el 13% de las personas encuestadas han recibido alguna oferta laboral o de estudio, la cual les generó sospecha o temor de ser vinculados a alguna actividad ilícita o de riesgo por no tener información suficiente sobre las condiciones de trabajo, el lugar de trabajo o las personas que hicieron la oferta. El departamento donde más se reporta esta situación es en La Guajira (15%).

Gráfica 62. Riesgos de trata asociados a ofertas de trabajo dudosas, por departamento.



Gráfica 63. Riesgos de trata de personas por departamento.



El 3% de las personas encuestadas se sintieron forzadas, amenazadas o engañadas para realizar alguna actividad a cambio de beneficios en dinero o en especie. En el 67% de los casos las personas indicaron que estas actividades requerían el traslado a otro municipio, departamento o país. El departamento donde más se reporta esta situación es Arauca (7%).



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.

Gráfica 64. Estrategias de afrontamiento adoptadas por los grupos de viaje

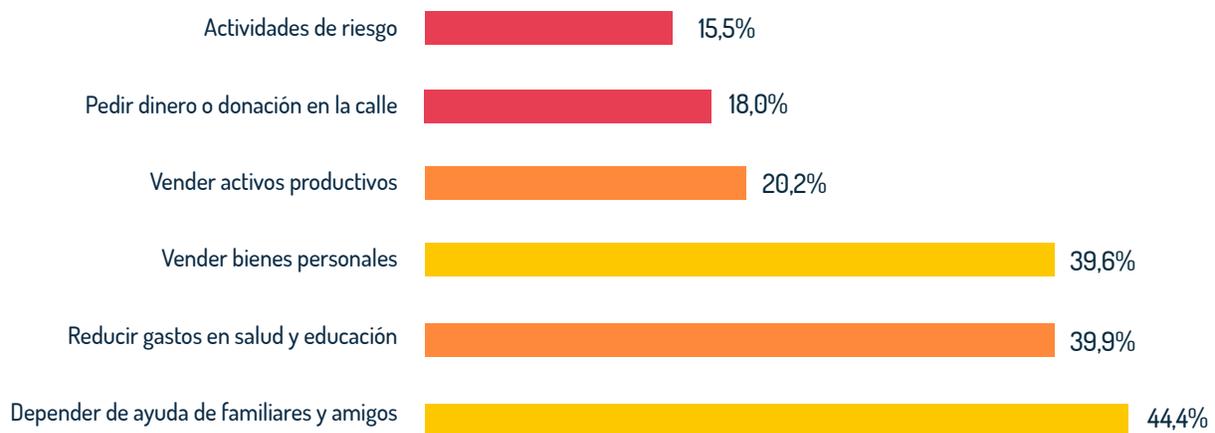




Las estrategias de afrontamiento de los medios de vida permiten entender las capacidades de respuesta del hogar ante las dificultades a largo plazo. El 62% de los hogares tuvo que acudir a éstas estrategias en los últimos 30 días por falta de alimentos o dinero para comprarlos. Las estrategias a las que más acudieron los grupos de viaje pendulares fueron las de crisis (33%), están asociadas con la reducción directa de la productividad futura. El 23% de los grupos de viaje acudió a estrategias de emergencia y el 6% de estrés.

Dentro de las estrategias de afrontamiento más utilizadas se encuentran: **1.Estrés:** De este grupo de estrategias la más común fue depender de la ayuda de familiares y amigos (44,4%) seguida de vender bienes personales (39,6%). **2.Crisis:** Esta es la categoría más utilizada por los grupos de viaje pendulares, de esta se destaca que el 39,9% de los grupos de viaje tuvo que reducir sus gastos en salud y educación y el 20,2% vender sus activos de producción o medios de transporte. **3.Emergencias:** Estas estrategias afectan la productividad futura y son más difíciles de revertir. El 18% pidió dinero o donaciones en la calle y el 15,5% realizó alguna actividad de riesgo.

Gráfica 65. Modalidades de asistencia preferidas para las tres principales necesidades reportadas



Por lo anterior, los grupos de viaje en tránsito tienen la mayor vulnerabilidad entre la población refugiada y migrante, tienen un bajo consumo de alimentos que limita cubrir sus necesidades básicas nutricionales y ante esta incertidumbre, deben acudir a estrategias de afrontamiento que vulneran su dignidad

y aumentan los riesgos de protección a los cuales tienen mayor exposición. Esta mayor vulnerabilidad también implica mayores riesgos frente a hechos de explotación o abuso sexual, siendo necesario reforzar las acciones de prevención e implementación de la Política de tolerancia cero.

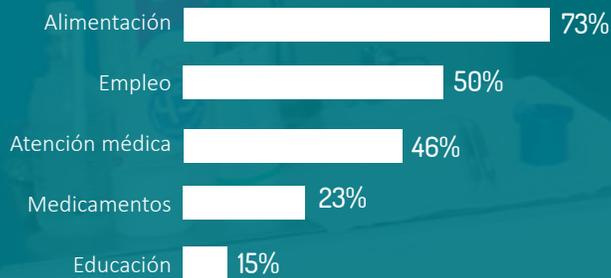


9 NECESIDADES Y RESPUESTA

NECESIDADES PRIORIZADAS

El 73% de las personas pendulares priorizaron la alimentación, el 50% el empleo o generación de ingresos, y el 46% la atención médica. Otras necesidades importantes corresponden a medicamentos (23%) y educación (15%).

Gráfica 66. Necesidades priorizadas por los grupos de viaje pendulares²⁴



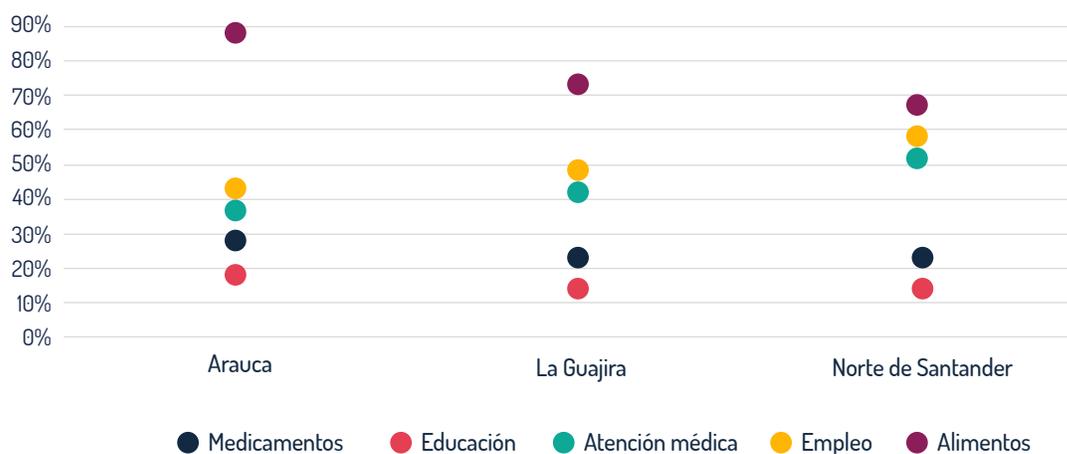
24. Los grupos de viaje estaban habilitados para priorizar tres necesidades.





Si se consideran los departamentos de recolección, y se comparan las necesidades reportadas, se observa que la necesidad de alimentos se mantuvo como la más prioritaria sin diferencia entre departamentos. Sin embargo, para las otras cuatro necesidades prioritarias, empleo, atención médica, educación y medicamentos, tampoco se presentan diferencias de priorización entre las necesidades (ver gráfico 67). La proporción de los encuestados que reportaron alimentación como necesidad prioritaria es casi el 90% de quienes respondieron en Arauca, cuando este porcentaje es de 70% o menos en Norte de Santander y La Guajira, por el contrario, el empleo fue reportado por menos de la mitad de los encuestados, a diferencia de en La Guajira y Norte de Santander, donde este porcentaje es casi 50% o un poco más.

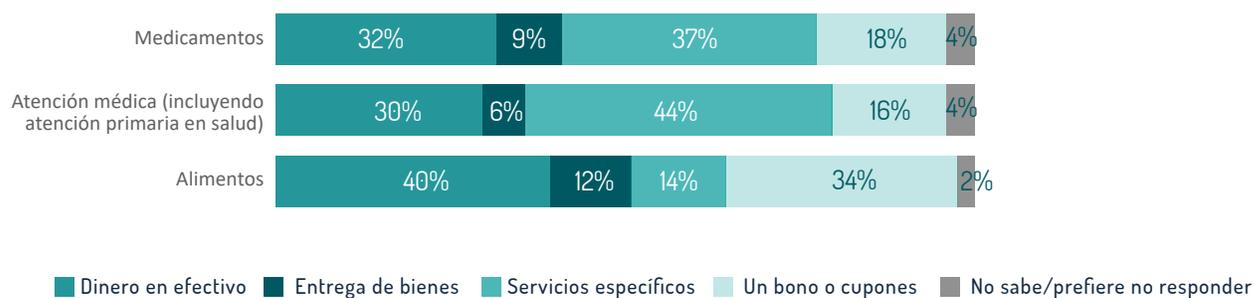
Gráfica 67. Top 5 necesidades prioritarias reportadas por los grupos de viaje según departamento



Respuesta

Sobre la preferencia de modalidad de asistencia, para la necesidad de alimentos, las proporciones son muy similares entre dinero en efectivo y recibir el bonos o cupones (40% y 34%, respectivamente). Este 34% se concentra en su mayoría en La Guajira, siendo el 45% de quienes se encuestaron allí quienes prefieren los bonos para los alimentos. Para la atención médica y los medicamentos fue muy parecida la distribución entre el dinero en efectivo (30% y 32%) y la recepción del servicio como tal (44% y 37%, respectivamente), pero se mantiene como preferida la modalidad de entrega del servicio.

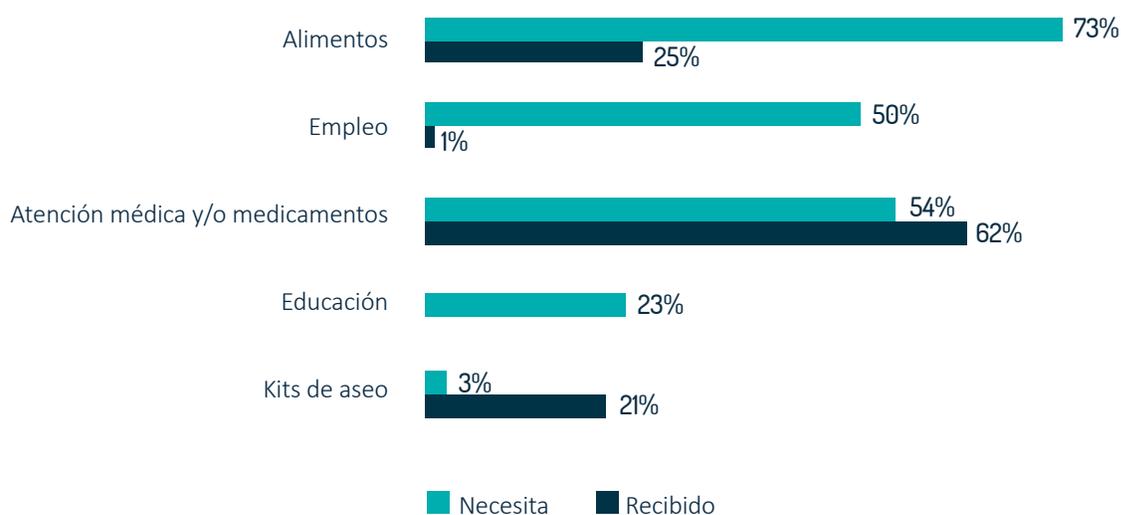
Gráfica 68. Top 3 necesidades prioritarias reportadas por los grupos de viaje según preferencia en la forma de respuesta





Del 26% que reportó haber recibido algún tipo de asistencia (74% reportó no haber recibido ninguna), en la gráfica 69 se puede ver la diferencia entre las necesidades reportadas como prioritarias y la respuesta en asistencia que reportó la población pendular encuestada. Se observa una gran discrepancia entre la necesidad de alimentos y empleo, donde se reporta mayor necesidad que atención, en el caso contrario para los kits de aseo, los cuales no se reportan como necesarios, pero sí se reporta asistencia de ese tipo, y parece haber coincidencia entre la respuesta de atención médica y/o medicamentos y la necesidad que reportó la población, de quienes reportaron recibir ayuda en salud en los últimos 30 días, el 90% mencionó que esta ayuda había sido entregada por una ONG o agencia de Naciones Unidas.

Gráfica 69. Necesidades prioritarias y asistencia recibida



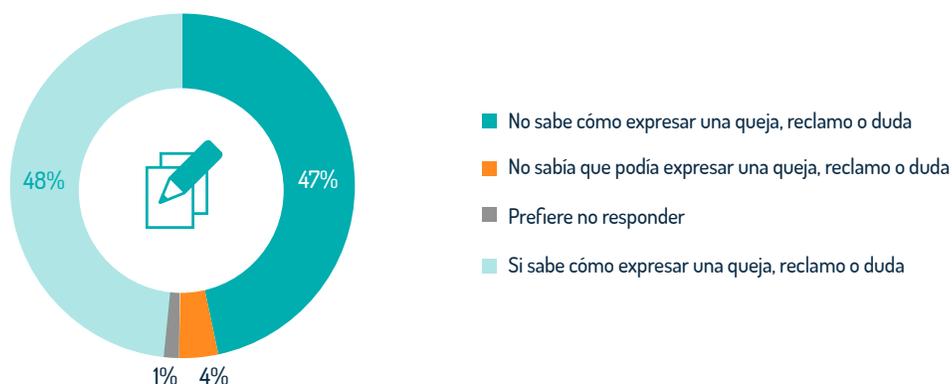
PREVENCIÓN DE LA EXPLOTACIÓN Y EL ABUSO SEXUAL (PEAS)

Respecto a los procedimientos operativos para la prevención de la explotación y el abuso sexual y los mecanismos de queja y retroalimentación que implementan las organizaciones humanitarias en Colombia, el 48% de las personas encuestadas sabe cómo expresar un reclamo, queja, duda o realizar algún comentario sobre el trabajo que hace el personal

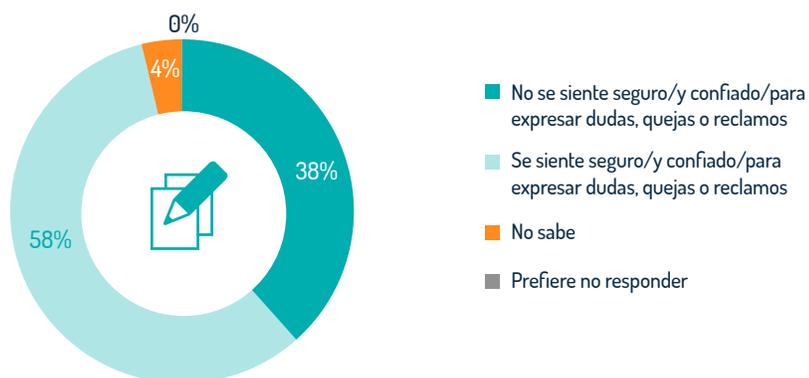
humanitario, mientras el 47% manifestó que no sabía cómo hacerlo. Al consultarles sobre la confianza que sienten para acceder a estos mecanismos, el 58% indicó que se sentiría seguro/a y confiada/a de manifestar sus inquietudes sobre el actuar de los miembros de las organizaciones presentes en sus comunidades.



Gráfica 70. Conocimiento sobre los mecanismos de queja y retroalimentación.



Gráfica 71. Confianza para acceder a los mecanismos de queja y retroalimentación.



Cuando las personas necesitan pedir orientación o comunicarse para informar sobre la forma como le 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 (70%), buzón de quejas y sugerencias (15%), llamada telefónica (13%), y a través de Whatsapp (12%). Teniendo en cuenta que la mayoría de personas se siente más seguras recibiendo orientación en persona y de manera directa, es necesario que las organizaciones capaciten a su personal para promover la capacidad de brindar una orientación frente a posibles situaciones de explotación y abuso sexual.

Únicamente 13% 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, un porcentaje muy bajo respecto a las situaciones de riesgo identificadas, siendo necesario fortalecer las acciones de información y prevención al respecto.

