



Plataforma de Coordinación
Interagencial para Refugiados
y Migrantes de Venezuela

Fotografía: ©UNICEF



2022

GIFMM COLOMBIA: EVALUACIÓN CONJUNTA DE NECESIDADES PARA **POBLACIÓN PENDULAR**



GIFMM COLOMBIA

EVALUACIÓN CONJUNTA DE NECESIDADES PARA **POBLACIÓN PENDULAR**

2022

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, 2022”.

Bogotá, D.C., Colombia.



Plataforma de Coordinación
Interagencial para Refugiados
y Migrantes de Venezuela

EQUIPO NACIONAL DE LA PLATAFORMA R4V EN COLOMBIA

Análisis:

Camila Borrero
cborrero@iom.int

Jairo Segura
seguradi@unhcr.org

Reporte:

Laura Zambrano
zambranl@unhcr.org

Diseño:

Carolina Castelblanco
ccastelblan@iom.int

Con el apoyo de:

Carlos Acosta cacosta@iom.int

En colaboración con:



Grupo de análisis:





TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	<u>1</u>
CONTEXTO	<u>2</u>
PRINCIPALES HALLAZGOS	<u>3</u>
METODOLOGÍA	<u>4</u>
ALCANCE Y LIMITACIONES	<u>5</u>

1

Perfil demográfico del entrevistado/a y su grupo de viaje	<u>6</u>
Discapacidad	<u>7</u>
Estatus y documentación	<u>7</u>

CARACTERIZACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS Y GRUPOS DE VIAJE



PERSPECTIVAS SOBRE LAS NECESIDADES



Necesidades priorizadas	<u>8</u>
Preferencias sobre modalidades de respuesta	<u>9</u>

2

3

Perfiles de viaje: origen y destino	<u>10</u>
Características y barreras del ingreso	<u>13</u>
Motivaciones de ingreso a Colombia	<u>15</u>

MOVIMIENTOS E INTENCIONES



CURSO DE VIDA



Atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia:	<u>17</u>
1. Contexto	<u>16</u>
2. Caracterización	<u>19</u>
3. Análisis de necesidades	<u>20</u>

4

5

Ocupación y fuentes de ingresos 34

Ingresos y deuda 36



MEDIOS DE VIDA

NECESIDADES SECTORIALES



Seguridad alimentaria 38

Salud 40

Alojamiento y transporte 44

Agua, saneamiento e higiene 48

6

7

Riesgos en la ruta 52

Discriminación 52

Seguridad 52

Violencia basada en género (VBG) 53

Riesgo de trata y tráfico 53



NECESIDADES Y RIESGOS DE PROTECCIÓN

MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO



8

9

RESPUESTA





648

PERSONAS
ENCUESTADAS

1.289

PERSONAS
CARACTERIZADAS

3

DEPARTAMENTOS



37

ORGANIZACIONES

INTRODUCCIÓN

Ante la necesidad de contar con información sobre las necesidades de la población pendular, el Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM), alineó su proceso de evaluación de necesidades con la Caracterización Conjunta de Movimientos Mixtos GIFMM para que, a través de un único formulario, se lograra capturar la información de los perfiles en movimiento y contribuir a la planificación estratégica mediante el Plan de Respuesta a Refugiados y Migrantes - RMRP 2023-24.

Así, esta evaluación buscó identificar: **i)** el perfil poblacional, sus tendencias y necesidades específicas, **ii)** cuáles han sido los riesgos de protección y dificultades durante la ruta, **iii)** cuáles son las características que motivan el desplazamiento y cuáles condicionan el flujo de la población refugiada y migrante.

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.



CONTEXTO

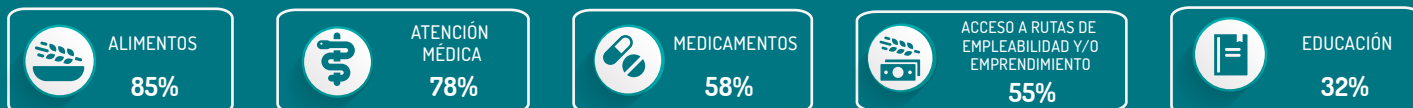
De acuerdo con cifras de Migración Colombia y datos del GIFMM, la proporción de movimientos regulares ha venido aumentando desde mayo de 2022. Asimismo, Colombia, por su posición geográfica, recibe diferentes flujos migratorios, entre los que se encuentran los movimientos pendulares (de cruce temporal y generalmente repetitivos) y de tránsito hacia terceros países. Sin embargo, durante este año, el nivel de flujos ha estado disminuyendo de manera estacional. De acuerdo con las proyecciones poblacionales realizadas por el GIFMM, a diciembre de 2022 se estima que habrá aproximadamente **386.000 personas transitando por Colombia y más de 1.870.500 personas en movimiento pendular**, lo que refuerza la importancia de visibilizar las necesidades sectoriales para estos grupos poblacionales.





PRINCIPALES HALLAZGOS

Las necesidades prioritarias de la población fueron:



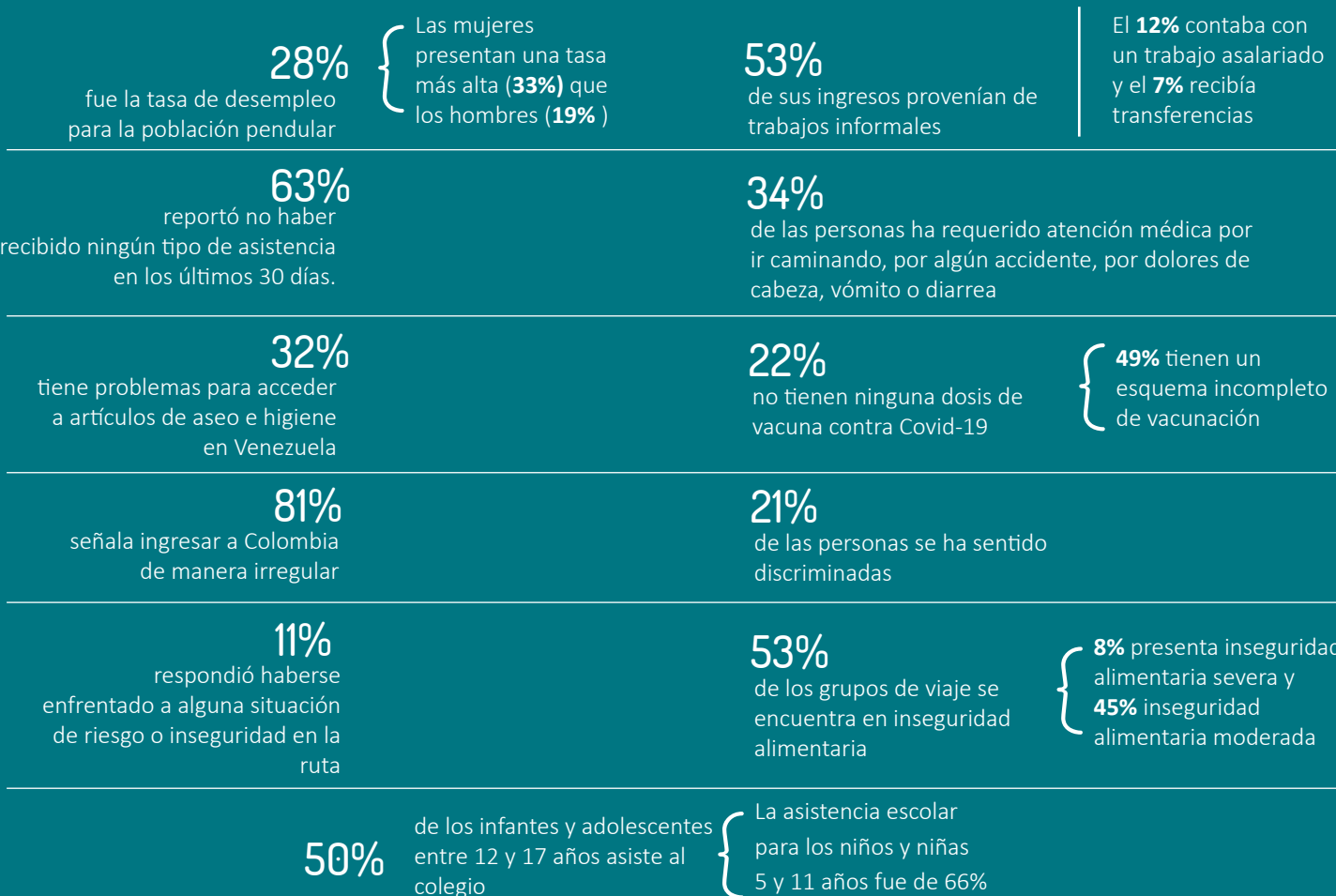
Los principales motivos de ingreso a Colombia fueron:



Las principales barreras de ingreso a Colombia fueron:



De los grupos de viaje:





METODOLOGÍA

En ausencia de un marco muestral para la población pendular y en tránsito, se entrevistó a la población en puntos estratégicos identificados previamente. Una vez elegidos los puntos, el proceso de recolección se realizó por conveniencia. Para esto fue importante abordar a las personas encuestadas previamente, con el fin de indagar sobre su residencia en Venezuela, la frecuencia con la que cruza la frontera hacia Colombia y confirmar su mayoría de edad, esto con el fin de identificar el perfil pendular. Para el perfil de tránsito fue necesario confirmar que estuvieran haciendo un viaje a un tercer país.

Las encuestas fueron realizadas a una cabeza del grupo de viaje o a una única persona en caso de que cruzara/viajara sola. Así, esta evaluación cuenta con ambas categorías de análisis.

Durante el tiempo de levantamiento de información se registraron 700 encuestas para la población pendular, de las cuales, de acuerdo con los criterios de elegibilidad previamente mencionados, resultaron un total de 648 personas encuestadas pendulares que corresponde a información de 1.289 personas

en la base de datos (incluyendo los acompañantes en el grupo de viaje). Además, la metodología presencial de esta evaluación permitió, en quienes autorizaron los procedimientos, la realización de valoraciones nutricionales a niños y niñas menores de 10 años y mujeres gestantes en los departamentos de Arauca, Norte de Santander y La Guajira¹.

Los resultados presentados en este informe fueron analizados a través de un proceso conjunto con un equipo de análisis compuesto por 9 organizaciones miembros del Equipo Técnico de Análisis y Evaluación de Necesidades (ETAEN) del GIFMM, en donde cada uno contribuyó al ejercicio de acuerdo con su experticia sectorial. Asimismo, este proceso de análisis de los resultados contó con la retroalimentación de diferentes sectores y perspectivas geográficas a través de los GIFMM locales, que ayudaron a enriquecer los hallazgos aquí presentados.

Por medio de este [enlace](#) es posible acceder a la nota metodológica, el cuestionario y la base de datos de esta ronda.

¹ Para 2022, la evaluación de necesidades para población en tránsito incluyó la evaluación antropométrica y de anemia realizada por personal capacitado de las organizaciones socias del sector de Sector de Seguridad Alimentaria y Nutrición bajo el liderazgo técnico del mismo. La clasificación antropométrica se realizó de acuerdo con los lineamientos de la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.



ALCANCE Y LIMITACIONES

Las encuestas fueron realizadas durante los meses de mayo y junio; estas fechas coincidieron con las elecciones presidenciales en Colombia, lo cual restringió la movilización de los equipos encuestadores. Adicionalmente, esto pudo afectar también los flujos de la población proveniente de Venezuela.

Algunas de las limitaciones identificadas para esta evaluación son:

■ La mayoría de las encuestas se realizaron en los puntos de servicio del GIFMM, por esta razón, existe un sesgo en la muestra debido a que la población se encontraba requiriendo alguno de los servicios en estos espacios, en su mayoría, servicios de salud.

■ Dado que las encuestas se realizaron en espacios abiertos o con alto flujo de personas, la condición de NO privacidad pudo generar desincentivos para responder preguntas sensibles.

■ Dicho esto, la información expuesta en el informe debe tomarse como indicativa, mas no representativa de la población en movimientos pendulares y en tránsito.



1 CARACTERIZACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS Y GRUPOS DE VIAJE

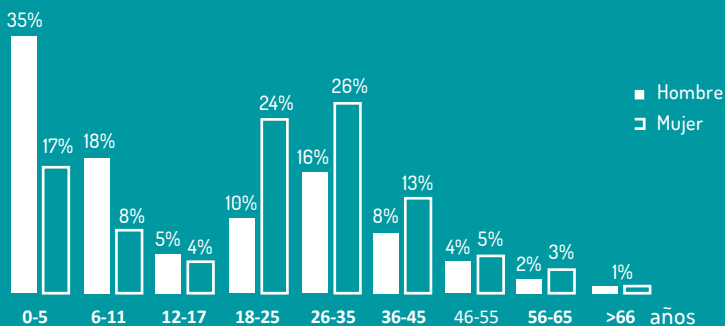
PERFIL DEMOGRÁFICO DEL ENTREVISTADO/A Y SU GRUPO DE VIAJE

**648**GRUPOS DE VIAJE
ENCUESTADOS**1.289**PERSONAS QUE CONFORMABAN
ESTOS GRUPOS

De éstos:

- En promedio, los grupos de viaje estaban compuestos por 2 personas, el 44% de los grupos de viaje correspondía a personas viajando solas y el restante 56% a grupos de viaje de 2 o más personas. Para los grupos de viaje de más de una persona, la relación más frecuente entre los miembros fue la de hijo/a (66%), seguido de cónyuge (10%), nieto/a (4%) y amigo/a (4%).
- El 66% de las personas viajando fueron mujeres con promedio de edad de 24 años, el 34% hombres con promedio de edad de 17 años, y el 1% personas que se reconocieron como miembros de la comunidad LGBTIQ+.

Gráfica 1. Distribución demográfica de los grupos de viaje:



1%
se reconocen como
afrodescendientes



24%
se reconocen como
indígenas



62%
cursó por lo menos un grado
de educación secundaria

16%
cursó por lo menos un grado
de educación primaria

12%
cursó por lo menos un grado
de educación superior

7%
cursó algún grado de educación
técnica o tecnológica

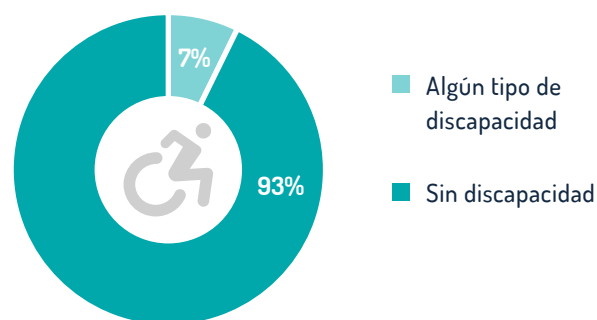


Discapacidad

Para la caracterización de las personas encuestadas se usaron las Preguntas del Grupo Washington, diseñadas para identificar de manera comparable a las personas con un riesgo mayor que la población general de no participar en la recopilación de información sobre la dificultad para realizar 6 actividades básicas como: 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.

De las personas encuestadas, se encontró que el 7% tiene algún tipo de discapacidad al presentar bastante dificultad o no poder realizar al menos una o varias de las 4 actividades básicas: ver, oír, caminar o subir escalones y/o recordar o concentrarse.

Gráfica 2. Discapacidad de las personas encuestadas:



Estatus y documentación

La tenencia de documentos de identificación entre la población encuestada es baja y aún más escasa cuando se refiere a documentación expedida por instituciones colombianas. Así, el 62% de la población porta una cédula venezolana, 31% tiene acta de nacimiento de Venezuela, mientras que apenas el 3% consta de registro civil de Colombia, Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF), cédula de extranjería o Permiso de Protección Temporal.

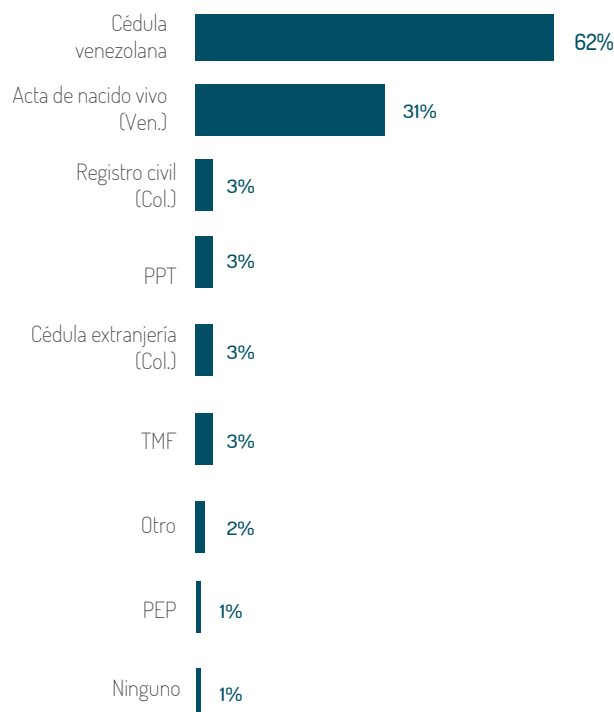
Las mujeres (71%) tienden a tener cédula de Venezuela en mayor proporción que los hombres (47%). La proporción se invierte en cuanto a la tenencia del acta de nacimiento de Venezuela, 48% para hombres versus 23% para mujeres.

A nivel departamental, la proporción de personas encuestadas en Norte de Santander con cédula venezolana (69%) es mayor que en La Guajira (58%) y Arauca (56%).

Según la composición del grupo de viaje, las personas que

viajan solas se caracterizan por tener cédula venezolana (90%), en contraste con los grupos de dos o más personas (55%).

Gráfica 3. Tenencia de documentación de los miembros del grupo de viaje:





2 PERSPECTIVAS SOBRE LAS NECESIDADES

NECESIDADES PRIORIZADAS

Las cinco necesidades prioritarias que la población encuestada identificó fueron alimentos (85%), atención médica (78%), medicamentos (58%), acceso a rutas de empleabilidad y/o emprendimiento (55%), y educación (32%). La mayoría de los encuestados (63%) reportó no haber recibido ningún tipo de asistencia en los 30 días previos a la evaluación. Quienes recibieron asistencia, en su mayoría recibieron servicios de salud (24%).

Gráfica 4. Necesidades priorizadas por los grupos de viaje²:



² Los grupos de viaje podían priorizar hasta cinco necesidades principales.

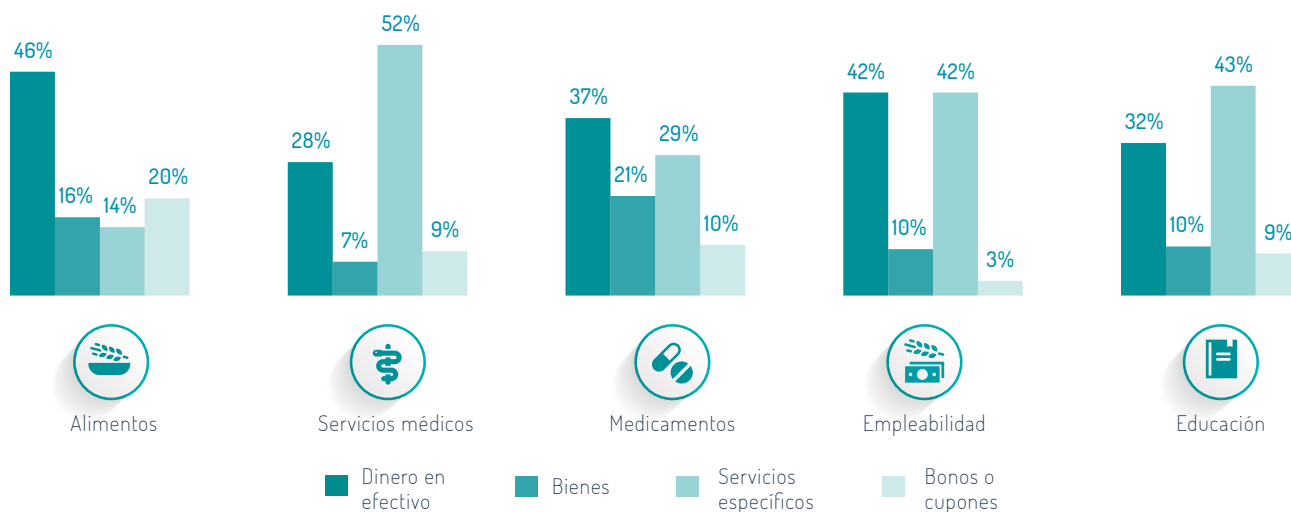


Preferencias sobre modalidades de respuesta

Frente a las necesidades priorizadas por la población encuestada, la preferencia general de recibir apoyo es en forma de dinero en efectivo para las necesidades de alimentos (46%) y medicamentos (37%). Para la necesidad de empleabilidad se encuentra a la par dinero en efectivo junto con servicios específicos (42%). En atención médica y educación la preferencia es la entrega de servicios específicos (52% y 43%, respectivamente).

Para atender estas cinco necesidades prioritarias, las personas que viajan solas prefieren, en una proporción significativamente mayor, recibir apoyo a través de la entrega de dinero en efectivo, mientras que las personas que viajan en grupo prefieren apoyos en forma de servicios específicos.

Gráfica 5. Preferencias sobre modalidades de asistencia³:



A nivel departamental se observa que en Arauca existe una dinámica diferente a la observada en los resultados agregados de los tres departamentos, pues hay una mayor preferencia por la entrega de bienes y servicios específicos en lugar del dinero en efectivo, incluso con una preferencia importante en las necesidades de alimentos, atención médica y medicamentos por los bonos o cupones.

En el caso de Norte de Santander la dinámica se asemeja a

la observada en Arauca, existe una preferencia más alta en la entrega de bienes y servicios específicos, con una preferencia por los bonos y cupones para la necesidad de educación.

En La Guajira, la preferencia para todas las necesidades, a excepción necesidades de empleabilidad, es recibir el apoyo en forma de dinero en efectivo por encima de las otras modalidades.

³ Señaladas únicamente por los grupos de viaje que priorizaron cada necesidad.



3 MOVIMIENTOS E INTENCIONES

PERFILES DE VIAJE: ORIGEN Y DESTINO

La población pendular usualmente tiene flujos estructurados y planeados en términos del propósito del viaje, la duración de éste y el tránsito por los diferentes lugares. La mayor parte de la población entrevistada proviene de los Estados de Táchira y Zulia (35% y 31% respectivamente), seguidos de Apure, de Barinas, y otros estados cada vez más lejos de la frontera (ver gráfica 6). En menor proporción, también hubo población que venía de otros estados como Aragua, Bolívar, Carabobo, Guárico, Lara, Mérida, Miranda, Portuguesa, Táchira y Zulia.

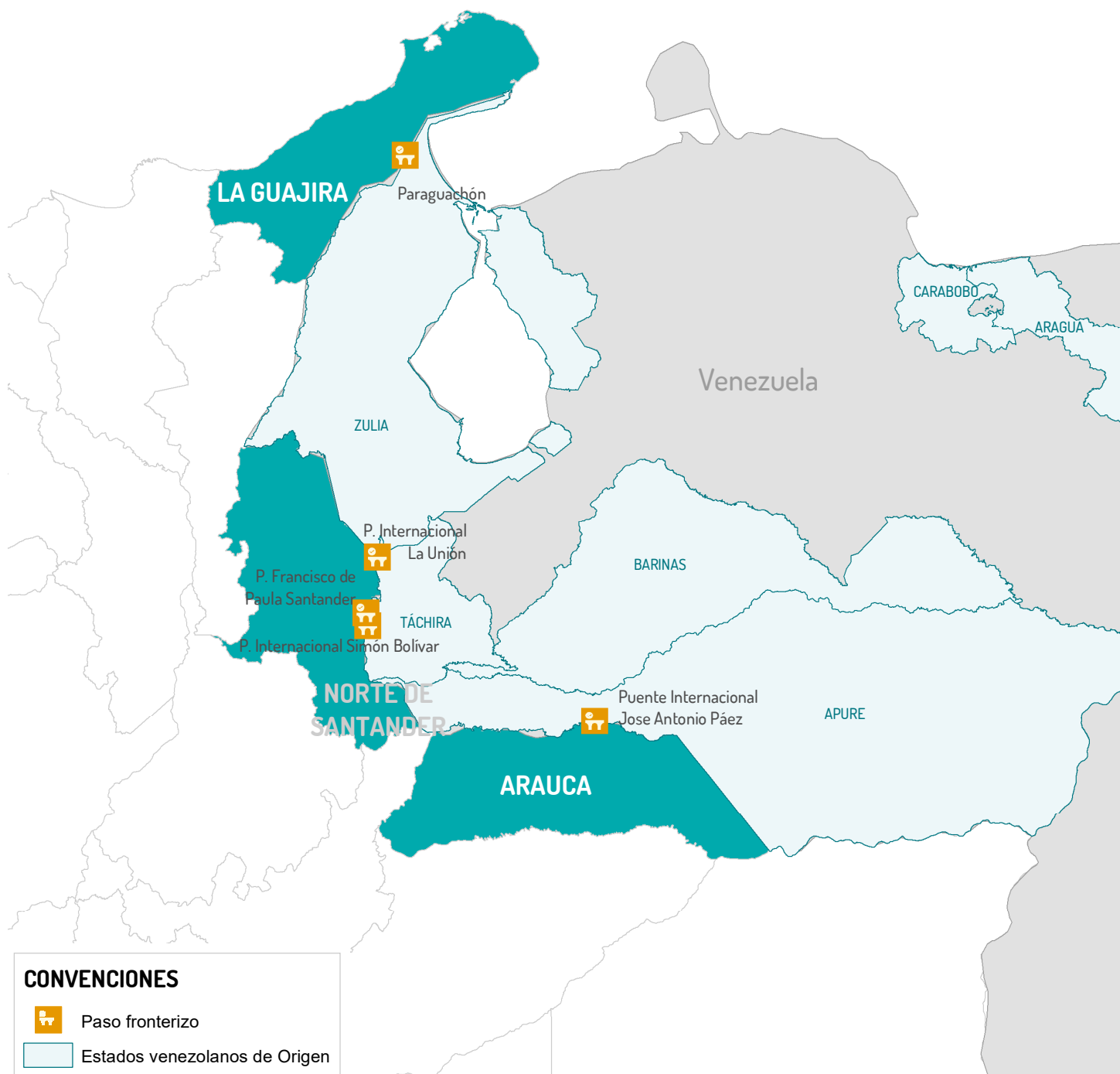
PUENTE
INTERNACIONAL
FRANCISCO
DE PAULA
SANTANDER

Sellado de Pasap

MIGRACIÓN



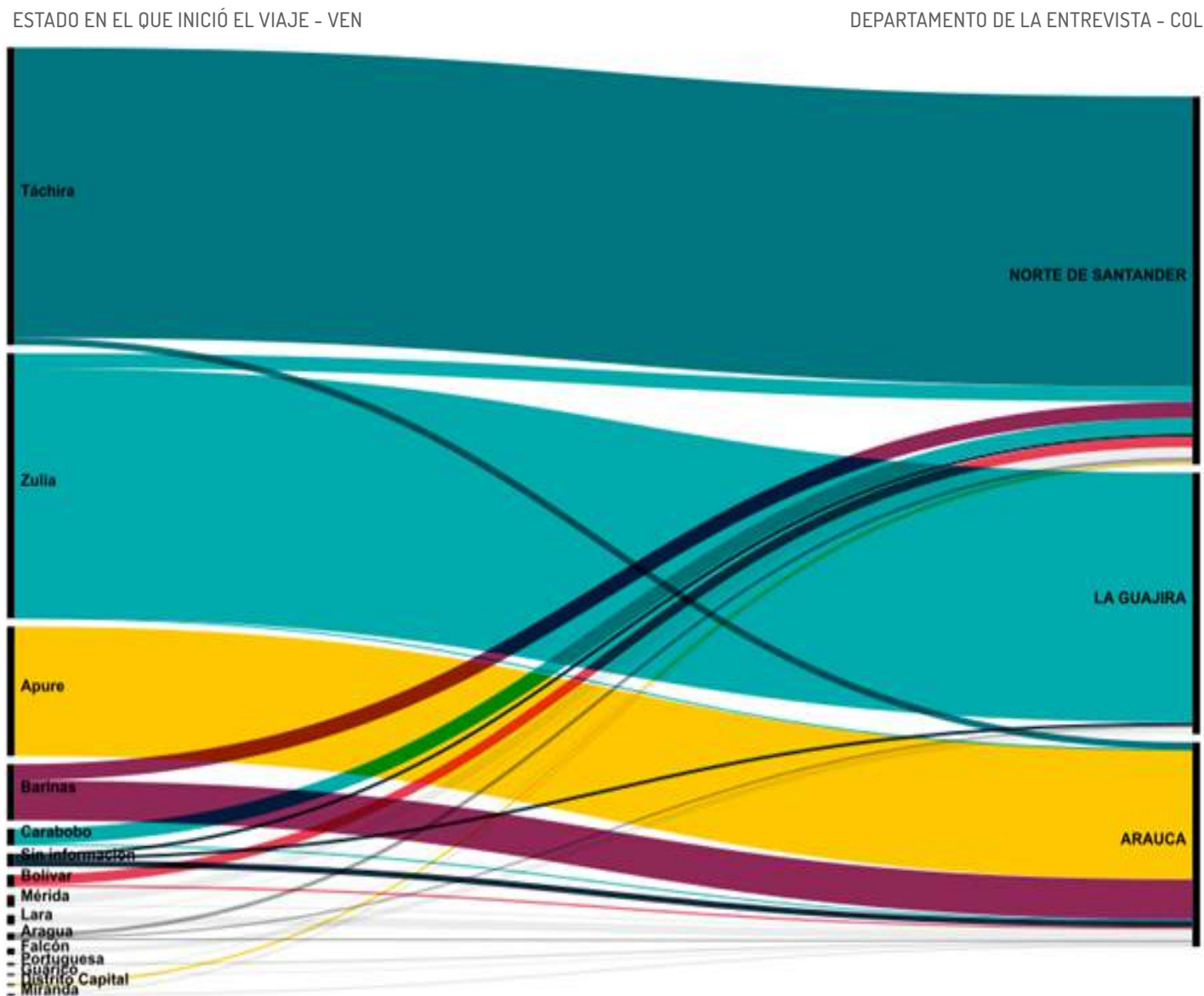
Mapa 1. Cruces fronterizos y Estados venezolanos de origen



Respecto a la periodicidad del flujo se identificó que, en general, la principal frecuencia es que sea no planificada no implica que sea ocasional “cada vez que haya una necesidad”, esto significa que no hay una frecuencia programada, sino conforme a eventos o situaciones específicas, esta es la situación reportada por el 36,6% de las personas entrevistadas. Esto es más frecuente entre quienes entran por Arauca (52%), y quienes provienen de Apure (47%), Aragua (45%) y Barinas (43%).



Gráfica 6. Flujos según estado de origen y departamento de destino pendular



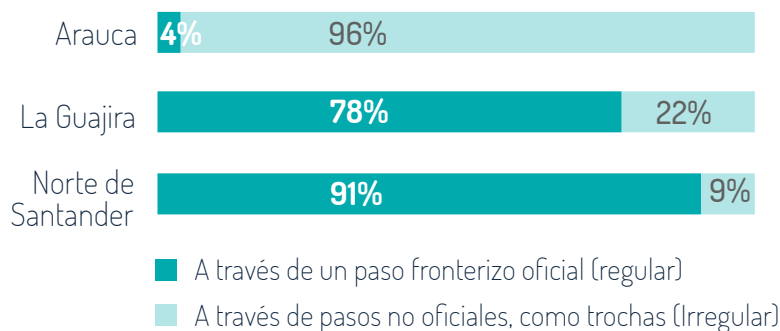
La segunda periodicidad más frecuente corresponde a los flujos mensuales, (18,7%), un poco más frecuentes en Arauca (20%), en tercer lugar, los viajes una vez a la semana (15,3%), seguido de los flujos de cada dos semanas (12,5%), los flujos de tránsito a diario (7,9%), y flujos de más de una vez al día (5,3%). Los flujos de más de una vez al día se concentran más en Táchira (10%) y Carabobo (8%), flujos que llegan principalmente a Norte de Santander.



Características y barreras del ingreso

El 64% de los encuestados ingresó por pasos regulares: el 39% de la población lo hizo por Cúcuta, de los cuales el 15% ingresó por el Puente Internacional Francisco de Paula Santander, el 14% por el Puente Simón Bolívar y el otro 10% por el Puente Internacional Puerto Santander (La Unión). El 23% de las personas ingresó por el paso de Maicao (Paraguachón), y el 4% ingresó por el Puente Internacional José Antonio Paez.

Gráfica 7. Forma de paso de la frontera según departamento de entrada:



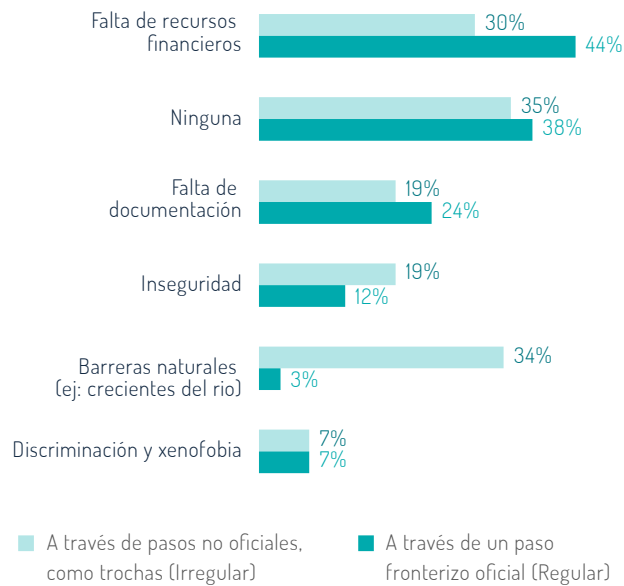
Las personas que ingresaron por Arauca, a diferencia de quienes ingresaron por La Guajira y Norte de Santander, en su mayoría (96%) ingresaron por pasos irregulares. Esto supone mayores riesgos de protección, y está asociado con las prácticas de construcción social del territorio en las que el Río Arauca es la frontera misma.

Entre quienes viajan en grupos, la distribución de la forma de ingreso no es especialmente diferente: el 59% ingresó a través de un paso regular, mientras que el 41% restante ingresó por un paso irregular. No obstante, entre quienes viajan solos, el 76% ingresó por un paso fronterizo regular, esto puede estar asociado a una mayor percepción de riesgo, y el 12% ingresó por un paso irregular.

Las tendencias de ingreso entre hombres y mujeres no muestran una diferencia significativa (2 puntos porcentua-

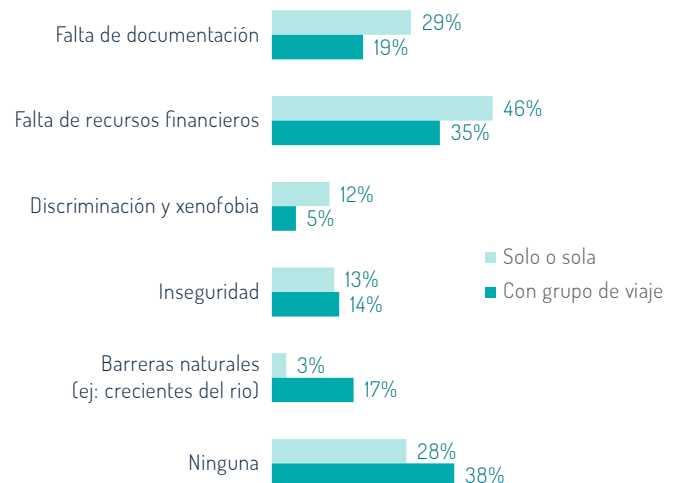
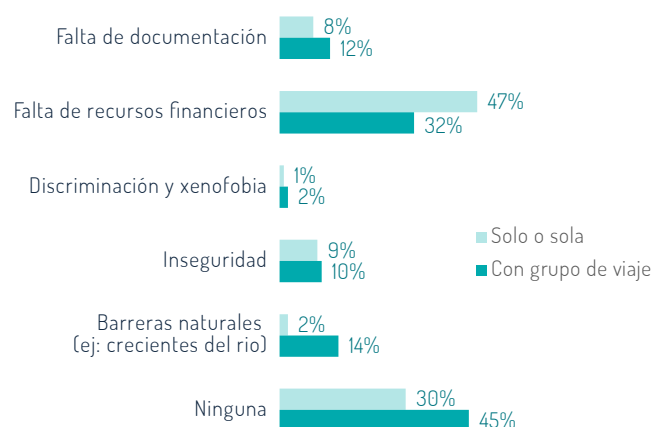
les). La población indígena, más que el resto de la población ingresa por pasos regulares (82%), las mujeres viajan solas con mayor frecuencia (24%) a diferencia de los hombres (16%), a pesar de que ellas están expuestas a mayores riesgos de protección.

Las barreras de ingreso al país son diferentes según el tipo de entrada (ver gráfica 8). La más frecuente es la falta de recursos financieros reportada por el 38% de las personas en flujo pendular, seguida de falta de documentación (22%), inseguridad (14%), barreras naturales (14%), y discriminación y xenofobia (7%). Es importante mencionar que el 36% considera que no tuvo dificultades en su ingreso, lo que da cuenta también de lo cotidiano que es este cruce para muchas personas.

**Gráfica 8. Barreras de ingreso a Colombia según forma de paso:**

Entre hombres y mujeres solo se identificó una diferencia significativa en relación con las barreras de entrada a Colombia: mientras el 20% de las mujeres reportó la falta de documentación como una barrera, esto le ocurre al 28% de los hombres. Para las demás posibles barreras, las experimentan en similar proporción hombres y mujeres.

En general, quienes viajan solos/as con mayor frecuencia (72%) enfrentan barreras en el ingreso a Colombia, en contraste con quienes viajan en grupo (62%). No obstante, no son las mismas barreras las que enfrentan unos y otros (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Barreras de ingreso a Colombia según grupo de viaje:**Gráfica 10. Barreras de ingreso a Venezuela según tamaño del grupo de viaje:**

Durante el ingreso a Colombia, entre quienes viajan solos/as es más frecuente que la falta de documentación (29%), la falta de recursos financieros (46%) y la xenofobia y discriminación (12%) sean consideradas como barreras que para aquellos que viajan en grupo. En contraste, para quienes viajan en grupo, la inseguridad (14%) y las barreras naturales (17%) son más frecuentes. Esto está asociado también a los flujos y las formas de ingreso al país.



Ahora bien, en el retorno a Venezuela la mayoría de las personas encuestadas también enfrentan barreras durante el ingreso (59%), aunque con menor frecuencia que en la entrada a Colombia (64%). La barrera más frecuente es la falta de recursos financieros (35%), le siguen la falta de documentación y las barreras naturales (11% cada una), y la inseguridad para el 10% de las personas que respondieron. En esta fase del viaje que constituye un regreso hacia Venezuela no hay diferencias entre las barreras que enfrentan

hombres y mujeres. En cambio, entre la población indígena, la falta de recursos financieros es una barrera más común (63%) y, en general, una mayor proporción de la población (75%) percibe barreras para el ingreso a Venezuela.

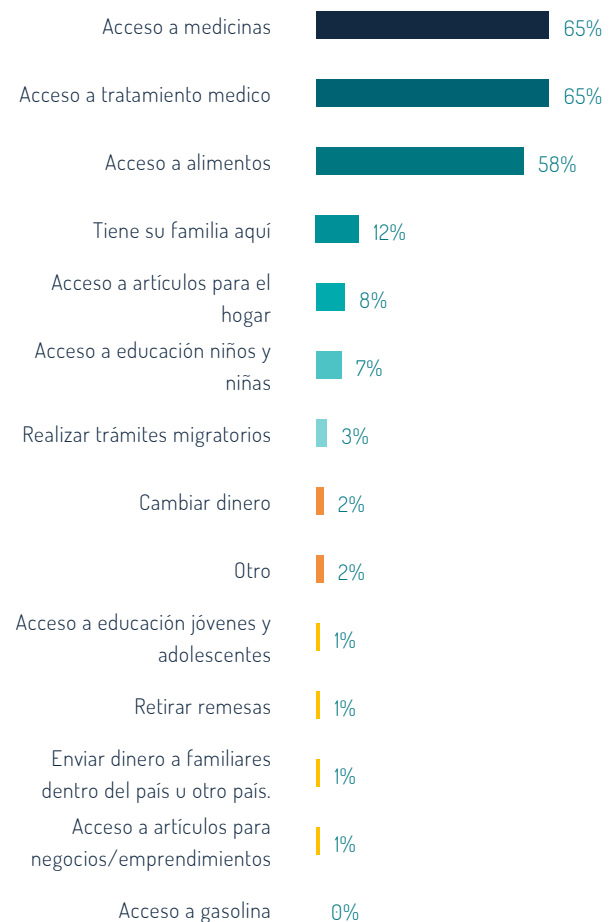
Entre quienes viajan solos/as es mucho más frecuente (47%) tener dificultades en el retorno por falta de recursos financieros. En el caso opuesto, las barreras naturales son más frecuentes (14%) entre quienes viajan en grupo.

Motivaciones de ingreso a Colombia

Los principales motivos de ingreso a Colombia por parte de la población pendular son el acceso a bienes y servicios fundamentales para la vida: acceso a medicinas (65%), acceso a tratamiento médico (65%) y acceso a alimentos (58%). Un segundo grupo de motivaciones están asociadas con la generación de ingresos, trámites y relaciones familiares: el 25% de la población pendular entró a Colombia motivado por oportunidades de trabajo, el 12% porque tiene su familia en Colombia, el 8% para acceder a artículos para el hogar y el 7% para que los niños y las niñas accedan a educación.

Es importante considerar que la mayoría de las personas (95%) realizan este movimiento pendular por múltiples razones y no por una sola razón. Los costos financieros y transaccionales del viaje implican en promedio que cada persona tenga entre 2 y 3 motivaciones para ingresar a Colombia.

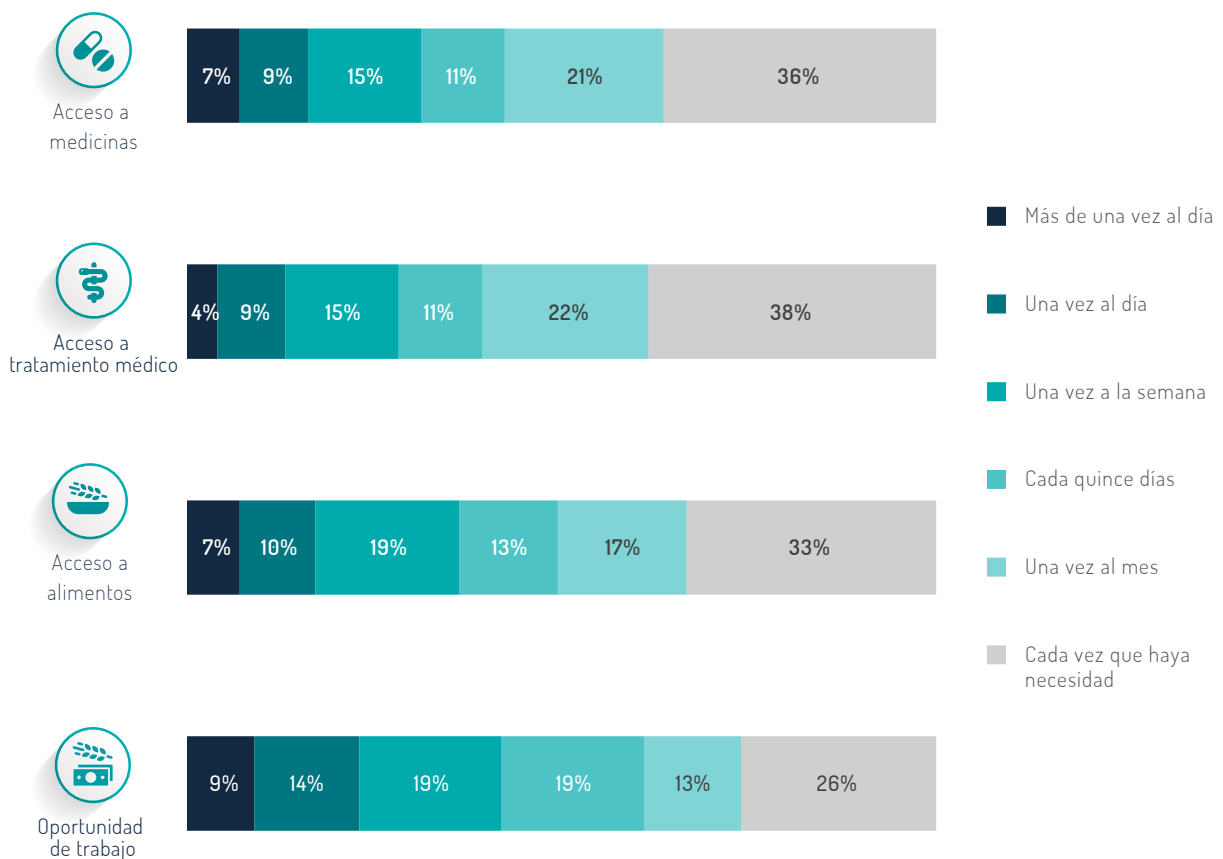
Gráfica 11. Motivaciones para ingresar a Colombia:





En mayor proporción, quienes viajan en grupo reportaron hacerlo para acceder a tratamiento médico (71%) que quienes viajan solos (46%). Asimismo, quienes viajaron en grupo reportaron en mayor proporción viajar para acceder a medicamentos (69%) que quienes viajaban solos (43%). En contraste, quienes viajan solos reportan en mayor proporción hacerlo por oportunidades de trabajo (38%) que quienes viajan en grupo (20%).

Gráfica 12. Motivaciones más comunes para el ingreso a Colombia, según frecuencia de ingreso:



Aquellas personas con motivaciones relacionadas con bienes y servicios de salud son quienes en mayor proporción acuden mensualmente a Colombia, mientras que quienes viajan por acceso a alimentos lo hacen cada quince días o cada mes (26%).

Para el 71% de las personas pendulares no hay una intención en el corto plazo (3 meses) de vivir en Colombia.



4 CURSO DE VIDA

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

1. Contexto

La primera infancia es un período fundamental, irremplazable e impostergable 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 para participar activamente en la sociedad.

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).



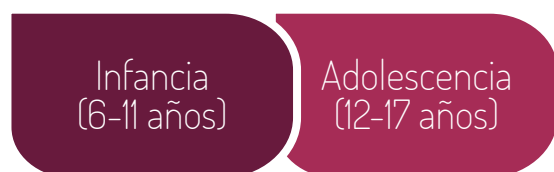


El desarrollo físico, emocional y cognitivo de niñas y niños está determinado en gran medida por las experiencias que viven en sus primeros años, las cuales a su vez dependen de la calidad de los entornos en los que transcurre su vida, incluyendo su hogar, los espacios públicos y los entornos educativos 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. 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.^{4,5}

La atención integral de la primera infancia-y a sus familias-en contextos de emergencia, permite fortalecer las habilidades en la respuesta acertada ante las necesidades más urgentes de los niños y niñas; y mejorar también en ellos y sus familias la resiliencia para hacer frente a continuas amenazas. La atención a la primera infancia también contribuye en la prevención de situaciones de negligencia y violencias, así como para garantizar a través de la educación inicial, oportunidades de aprendizaje para su desarrollo presente y su continuo en la educación formal.

Figura 2. Etapas del curso de vida de la infancia a adolescencia:



Fuente: Desarrollado a partir de la Política Nacional de Infancia y Adolescencia 2018-2030 de Colombia: Ruta Integral de Atenciones (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar)

La infancia es la etapa siguiente 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 el curso de vida de las personas entre 12 y 17 años (figura 2), caracterizado por ciclos de autoaprendizaje para definir su personalidad y carácter, y como fin último lograr la autonomía, independencia y construcción de identidad⁶. 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 vulne-

raciones dadas en la primera infancia, construir y potenciar las habilidades y conocimientos necesarios para la vida adulta.

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 para sus familias y comunidades en contextos de alta vulnerabilidad, y es posible encontrar formas de potenciar la creatividad para resolver problemas y contribuir a solventar las situaciones generadas por las crisis⁷.

4 Center on the Developing Child at Harvard University, 2007. *The Science of Early Childhood Development*. Tomado de [The Science of Early Childhood Development \(harvard.edu\)](https://www.scienceofearlychildhood.org/)

5 WHO, UNICEF, The World Bank Group, 2019. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Tomado de [Nurturing Care Framework for Early Childhood Development - HOME \(nurturing-care.org\)](https://www.nurturing-care.org/)

6 *Primera infancia y política pública en Colombia* (2018) <https://www.eae-publishing.com/catalog/details/store/gb/book/978-620-2-11884-2/primera-infancia-y-pol%C3%ADtica-p%C3%BAblica-en-colombia>

7 *Informe de niñez migrante: Caracterización de la niñez y adolescencia migrante en Colombia*. <https://migravenezuela.com/web/articulo/infancia-migrante/2616>



Las siguientes subsecciones buscan analizar la trayectoria y la ventana de oportunidades de los niños, niñas y adolescentes dentro de sus entornos, como sujeto de derechos en los temas referentes a protección, educación, consumo de alimentos, atención nutricional, y salud para determinar las barreras y necesidades de esta población para cumplir con sus realizaciones. La información que se va a presentar se resume en la siguiente tabla:

Tabla 1. Análisis situacional según momento del curso de vida:

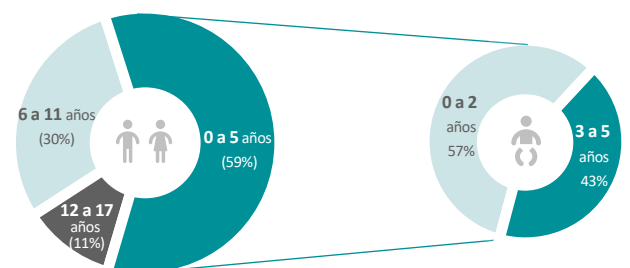
ATENCIÓN	MUJERES GESTANTES	PRIMERA INFANCIA (0-5 AÑOS)	INFANCIA (6-11 AÑOS)	ADOLESCENCIA (12 - 17 AÑOS)
Consumo de alimentos	X	X		
Atenciones nutricionales de gestantes, niños y niñas de 0 a 4 años y de 5 a 9 años	X	X	X	
Derecho a una identidad		X	X	X
Prácticas de alimentación en niños y niñas de 0 a 23 meses de edad		X		
Vacunación		X	X	
Educación inicial y cuidado, preescolar, básica y media		X	X	X
Tiempo libre y medios de vida				X
Salud mental		X	X	X

2. Caracterización

Niños, niñas y adolescentes (NNA)

Del total de los niños, niñas y adolescentes reportados en la encuesta (501), el 59% son niños y niñas de primera infancia entre los 0 y los 5 años, 30% entre los 6 y los 11 años y 11% entre los 12 y los 17 años. Del total de los niños de primera infancia incluidos (295), el 57% están entre los 0 y los 2 años y el 43% entre los 3 y los 5 años. De los 648 grupos de viaje entrevistados, el 38% (246) tiene al menos un niño o niña en la primera infancia, de los cuales el 48% son mujeres y el 52% hombres. Estas niñas y niños pertenecen a hogares que se autoreconocen en un 30% como indígenas. El 53% de las personas a cargo de los niños y las niñas en los grupos de viaje son jóvenes entre 18 y 29 años, de los cuales 93% son mujeres y 7% son hombres. El 41% tiene bachillerato completo y el 11% tiene alguna discapacidad.

Gráfica 13. Proporción de niños y niñas de primera infancia, infancia y adolescencia incluidos en la encuesta:





Personas gestantes

De las 87 gestantes que participaron en la evaluación, 28 (32%) se reconocieron como indígenas (27 Wayúu y 1 no especificada). 43 (49%) se entrevistaron en Norte de Santander, 30 (34%) en La Guajira y 14 (16%) en Arauca. El promedio de edad de las gestantes fue 25 años y tres gestantes encuestadas tenían entre los 15 y 17 años.

3. Análisis de necesidades

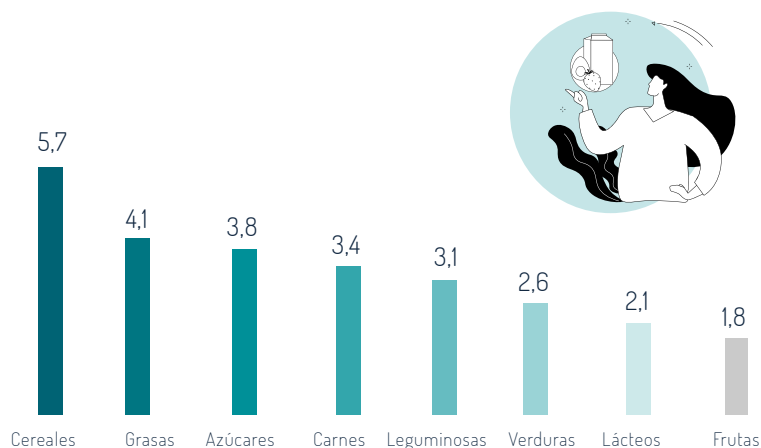


Personas gestantes

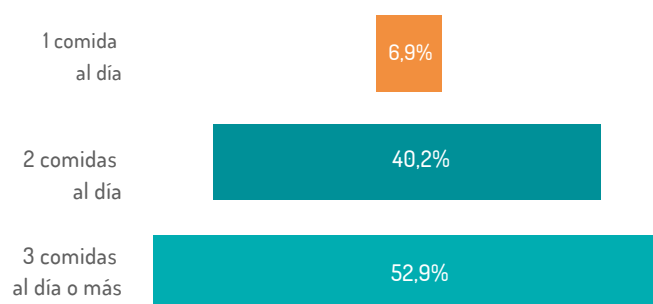
Se encuestaron 87 gestantes de grupos de viaje y personas viajando solas. En este grupo las gestantes refirieron consumo de cereales de 5,7 días por semana en promedio, seguido de grasas (4,1 días) y azúcares (3,8 días). El consumo de lácteos y frutas fue menos frecuente, en promedio 2,1 y 1,8 días a la semana, respectivamente (ver gráfica 14), siendo tema de preocupación el **alto consumo de cereales, grasas y azúcares y el bajo promedio de consumo de carnes, verduras, lácteos y frutas**, especialmente en la gestación que implica altas demandas de energía y nutrientes para garantizar el adecuado crecimiento fetal y desarrollo cerebral, fundamentales en los primeros mil días de vida.

En cuanto al número de comidas consumidas por las gestantes de grupos de viaje pendulares, es preocupante que el 40,2% consume dos comidas al día y el 6,9% consume únicamente una comida al día. Estos resultados pueden indicar bajo consumo de alimentos y limitada posibilidad de cubrir los requerimientos de energía y nutrientes necesarios en esta etapa de vida (ver gráfica 15). El déficit en el consumo de alimentos y de nutrientes puede ocasionar menor ganancia de peso, asociado con mayor riesgo de retraso del crecimiento intrauterino, mortalidad perinatal y bajo peso al nacer.

Gráfica 14. Promedio de días de consumo de grupos de alimentos por semana en las gestantes pendulares:



Gráfica 15. Número de comidas consumidas por las personas gestantes de grupos de viaje pendulares:

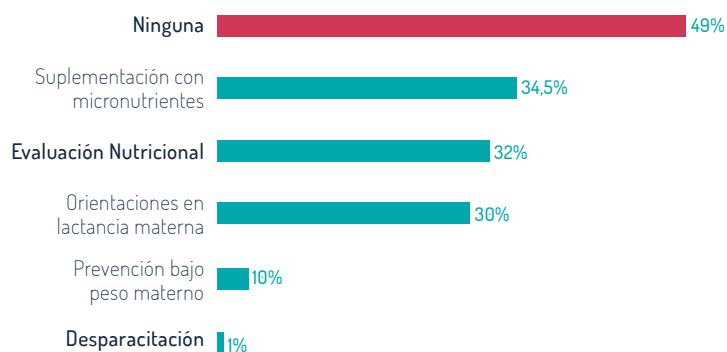




Atención Nutricional de las mujeres gestantes

El 49% de las gestantes reportó no haber recibido ninguna atención nutricional, mientras que el 50% refirió haber recibido una o varias intervenciones. De este porcentaje, el 34% reportó suplementación con micronutrientes, 32% evaluación nutricional, 10% prevención del bajo peso materno y sólo el 30% orientaciones en lactancia materna.

Gráfica 16. Atenciones nutricionales reportadas por las gestantes migrantes de grupos de viajes pendulares:

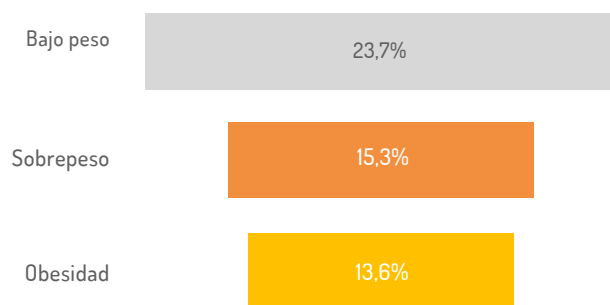


Situación Nutricional de las mujeres gestantes

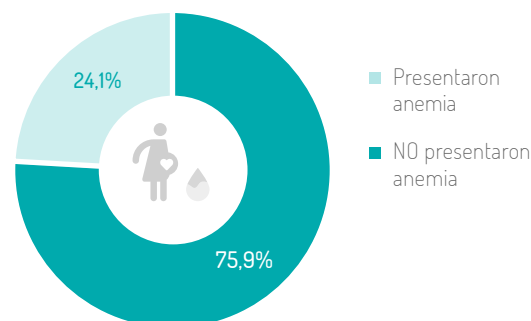
Los datos presentados a continuación corresponden a la situación nutricional de 59 gestantes pendulares evaluadas en los departamentos de Arauca, La Guajira y Norte de Santander, y corresponden al 68%⁸ del total de grupos pendulares con gestantes participantes de la evaluación general.

De acuerdo con el Índice de Masa Corporal según la edad gestacional (ver gráfica 17), **el 24% de las gestantes presentó bajo peso 1,7 veces mayor a la prevalencia nacional (14,2%)⁹**, y el 29% presentó exceso de peso: 15% sobrepeso y el 14% obesidad. Esto indica que menos de la mitad de las gestantes tuvo un adecuado estado nutricional. El 53% de las gestantes con malnutrición por déficit y exceso tienen riesgo aumentando en salud materno infantil y pueden presentar complicaciones durante el periodo perinatal, además de riesgo de bajo peso al nacer en el recién nacido.¹⁰

Gráfica 17. Estado nutricional según IMC para la edad gestacional de las gestantes de grupos de viaje pendulares:



Gráfica 18. Porcentaje de anemia en gestantes de grupos de viaje pendulares:



⁸ Total de encuestas a grupos pendulares con gestantes: 87

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

¹⁰ Heidkamp, Rebecca A et al. Mobilising evidence, data, and resources to achieve global maternal and child undernutrition targets and the Sustainable Development Goals: an agenda for action. *The Lancet*, Volume 397, Issue 10282, 1400 - 1418. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00568-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00568-7/fulltext)

¹¹ ICBF, Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015. Marzo, 2020.



Similar a los efectos de la malnutrición por déficit y exceso, la anemia en el periodo gestacional está asociada a resultados adversos durante la gestación, riesgo aumentado de partos pretérmino y bajas reservas de hierro para el bebé, cuyo desarrollo cerebral y cognitivo puede verse afectado desde edades tempranas.¹²

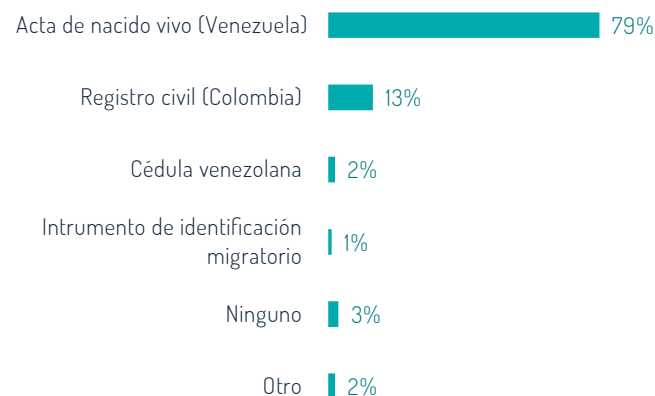


Niños, niñas y adolescentes (NNA)

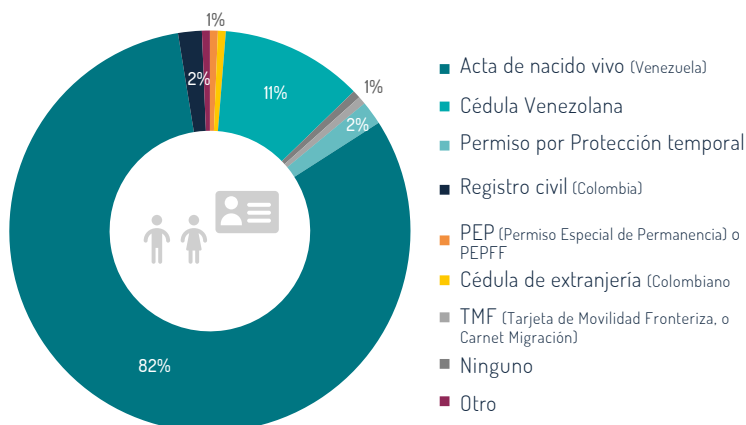
DERECHO A UNA IDENTIDAD PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

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 salud, alimentación, educación inicial y protección. El 13% de estos niños y niñas cuentan un registro civil de nacimiento de Colombia, el 2% con cédula venezolana y el 79% con acta de nacido vivo de Venezuela, y el 1% del total es identificado con algún documento extraordinario de formalización migratoria (Permiso Especial de Permanencia, Tarjeta de Movilidad Fronteriza o Carnet Migratorio). El 2% reporta otro documento no especificado y solo existe un 3% de los niños y las niñas sin ningún documento que los identifique.

Gráfica 19. Tipo de identificación reportada para los niños y niñas de 0 a 5 años:



Gráfica 20. Documento de identificación de niños y niñas entre 6 y 11 años de edad:



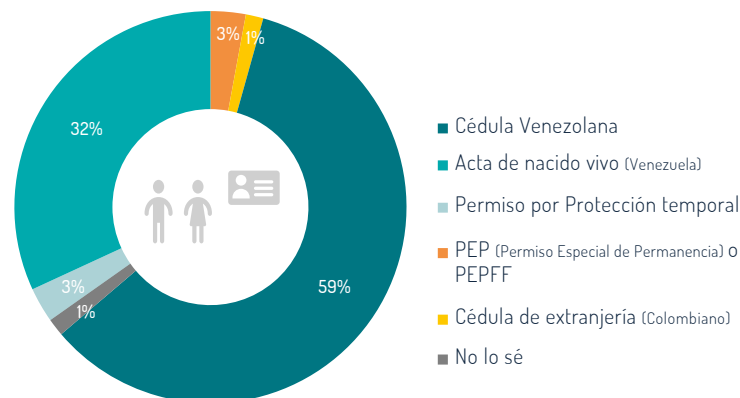
De los niños y niñas entre 6 a 11 años, se encuentra que el 82% tiene un acta de nacimiento venezolana, el 11% tiene una cédula venezolana, y el 2% un registro civil colombiano o un Permiso de Protección temporal. Adicionalmente, aunque parte de los niños y niñas tienen documentos de identidad, muy pocos casos reportan tener permisos migratorios (tales como el PEP-Permiso Especial de Permanencia, el PEP-FF, PEP para formalización laboral, la TMF-Tarjeta de Movilidad Fronteriza o el Carné de Migración). Asimismo, también son minoritarios los solicitantes de asilo, quienes portan salvoconducto.

¹² WHO, Global anemia estimates, 2021. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children



En cuanto a los y las adolescentes entre 12 a 17 años, se observa que el 59% cuenta con una cédula venezolana y el 32% tiene un acta de nacimiento venezolana. Respecto a contar con permisos migratorios, se identifica que solamente el 6% de los adolescentes cuentan con Permiso por Protección Temporal y/o PEP (Permiso Especial de Permanencia) o PEPFF (3% respectivamente para cada uno de los casos).

Gráfica 21. Documento de identificación de las y los y adolescentes entre 12 y 17 años de edad:



PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 23 MESES DE EDAD

Del total de los grupos pendulares con bebés entre los 0 y 5 meses de edad que respondieron las preguntas sobre la práctica de la lactancia materna (46), el 67% refirió brindar lactancia materna exclusiva, mientras que el 63% los niños y niñas de 6 a 23 meses recibieron leche materna junto con otros alimentos, siendo ésta la práctica protectora por excelencia en nutrición infantil y con implicaciones para toda la vida.¹³

La evaluación de la calidad y cantidad de los alimentos ofrecidos a los bebés menores de 2 años, es recomendada por la OMS para cubrir las brechas en nutrición infantil desde tempranas edades. Se incluyó el indicador de dieta mínima aceptable, que incluye estándares de *diversidad*

*mínima dietaria y frecuencia mínima de comidas*¹⁴ de acuerdo a si se recibió lactancia materna o no.¹⁵

Se encontró que sólo el 14% de los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad de los grupos de viaje pendulares entrevistados consumía al menos cinco de ocho grupos de alimentos al día, es decir, tenían una diversidad mínima dietaria. El 12% de los niños y niñas en este grupo de edad tuvieron una dieta mínima aceptable, siendo el 9% para los no amamantados y aproximadamente 5 puntos porcentuales por debajo de las niñas y los niños amamantados (14%). En todos los casos, estos porcentajes distan de la referencia nacional dada por la ENSIN (36%).¹⁶

¹³ La leche materna contiene los anticuerpos requeridos para la protección de enfermedades infecciosas y contiene todos los nutrientes requeridos por el bebé en los primeros años de vida, además, protege en el largo plazo de enfermedades no transmisibles como el exceso de peso y la diabetes (https://www.unicef.org/media/48046/file/UNICEF_Breastfeeding_A_Mothers_Gift_for_Every_Child.pdf)

¹⁴ La diversidad mínima dietaria se aproxima al aporte nutricional de alimentos y de líquidos incluyendo la leche materna y la frecuencia mínima de comidas se aproxima al adecuado consumo de energía a partir de fuentes diferentes a la leche materna.

¹⁵ OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, 2009. Disponible en <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52516/retrieve>

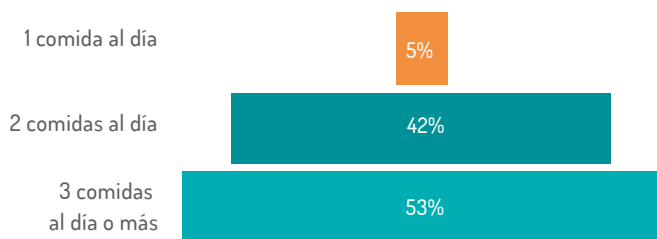
¹⁶ ICBF, Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015.



CONSUMO DE ALIMENTOS

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

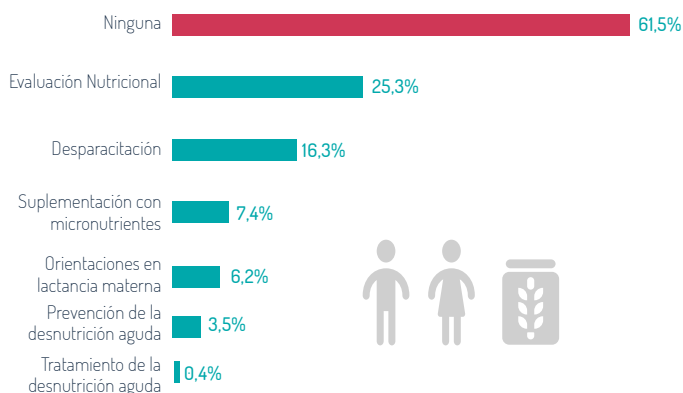
Gráfica 22. Comidas al día de los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad:



El 47% (231) de los niños y niñas de 6 a 59 meses consumen 2 comidas o menos al día, de los cuales el 5% consume 1 comida al día; y sólo el 53% consume 3 o más comidas al día. Estos resultados indican el bajo consumo de alimentos y limitada posibilidad de cubrir las recomendaciones de energía y nutrientes propios de este grupo de edad necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo.

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

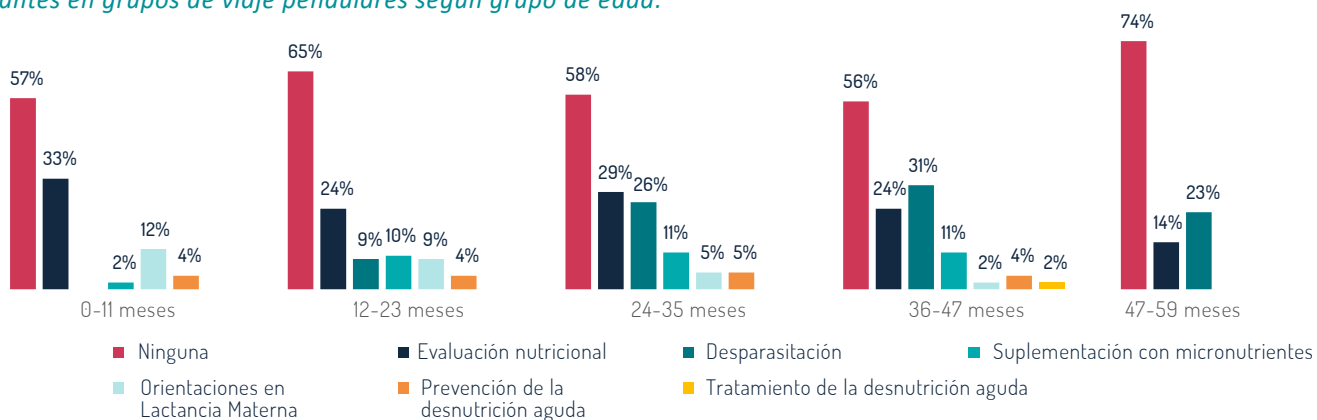
Gráfica 23. Atenciones nutricionales reportadas por las madres, los padres o cuidadores de niñas y niños de 0 a 4 años de edad migrantes de grupos de viaje pendulares:¹⁸



257 grupos de viaje encuestados tenían niños y niñas menores de cinco años¹⁷. De estos, el 61% (158) refirió no haber recibido ninguna atención nutricional, mientras que el 38% (99) reportó haber recibido una o varias intervenciones nutricionales, 25% (65) refirió evaluación nutricional, 16% (42) desparasitación, 7% (19) suplementación con micronutrientes, 6% (16) consejería en lactancia materna, 3% (9) prevención de la desnutrición aguda, y sólo en un caso se refirió el manejo de la desnutrición aguda (ver gráfica 23).

El mayor número de atenciones se reportó en los dos primeros años de vida, la desparasitación reporta los mayores porcentajes después de los dos años de edad y el grupo con menor reporte de atenciones fue el de 4 años, sin embargo, éste fue el de más bajo reporte (ver gráfica 24). La consejería en la lactancia materna se mantuvo en porcentajes iguales tanto para niños como para niñas.

Gráfica 24. Atenciones nutricionales reportadas por las madres, los padres o cuidadores de niñas y niños de 0 a 4 años de edad migrantes en grupos de viaje pendulares según grupo de edad:



¹⁷ Datos indicativos de los grupos pendulares en Arauca, Norte de Santander y La Guajira, no tienen representatividad estadística.

¹⁸ Un niño o niña pudo haber recibido un o varias atenciones nutricionales.

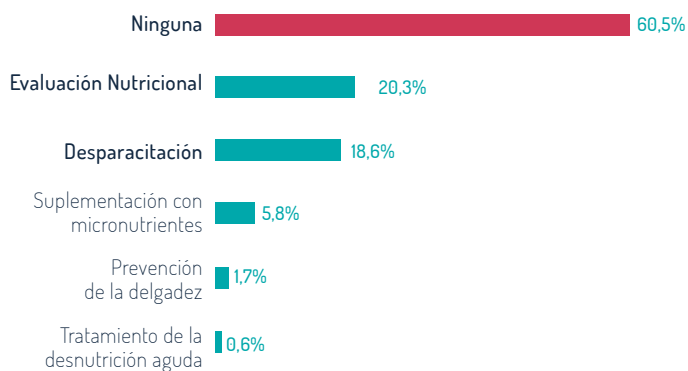


En la diferenciación por género, el 63% de los encuestados que tenían niños en su grupo de viaje refirió no haber recibido ninguna atención nutricional, mientras que para aquellos con niñas fue 59%. La suplementación con micronutrientes se hace en mayor proporción a los niños de los grupos pendulares encuestados (8%) respecto a las niñas (7%). La prevención de la desnutrición aguda se realizó en el 7% de las niñas y el 0,7% en los niños.

Según la pertenencia étnica, el 30% (78) de los grupos de viaje tenía niños y niñas menores de 5 años reconocidos como indígenas. El 74% de los encuestados indígenas no refirió ninguna atención nutricional. Los departamentos donde no se refirieron intervenciones nutricionales por parte de los encuestados fueron La Guajira (76,1%), Arauca (55,6%) y Norte de Santander (51,2%).

Atenciones nutricionales a los niños y niñas de 5 a 9 años de edad en grupos de viaje pendulares

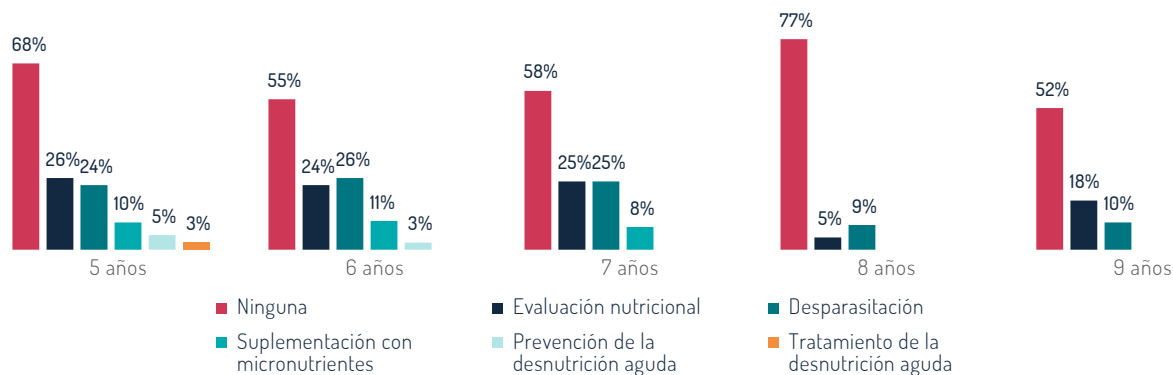
Gráfica 25. Atenciones nutricionales reportadas por las madres, los padres o los cuidadores de niñas y niños de 5 a 9 años de edad migrantes en grupos de viaje pendulares:



172 grupos pendulares tenían niños y niñas entre los 5 y 10 años de edad¹⁹; de estos el 60,5% (104) refirió no haber recibido ninguna atención nutricional, mientras que el 39,5% refirió haber recibido una o varias intervenciones nutricionales, 20,3% (35) refirió evaluación nutricional, 18,6% (32) desparasitación, 5,8% (10) suplementación con micronutrientes, 1,7% (3) prevención de la delgadez, y sólo un caso de manejo de la delgadez.

El mayor número de atenciones se reportaron en los grupos de edad de 5 y 7 años, la evaluación nutricional y la desparasitación presentaron los mayores porcentajes. En los grupos de edad de 8 y 9 años se reportaron los menores porcentajes.

Gráfica 26. Atenciones nutricionales reportadas por las madres, los padres o los cuidadores de niñas y niños de 5 a 9 años de edad migrantes en grupos de viaje pendulares según grupo de edad:



¹⁹ Datos indicativos de los grupos pendulares en Arauca, Norte de Santander y La Guajira, no tienen representatividad estadística.



El 62% de los niños de los grupos pendulares encuestados refirió no haber recibido ninguna atención nutricional, mientras que en las niñas fue 58%. La evaluación nutricional, la desparasitación y el tratamiento de la delgadez se realizan en mayor proporción en las niñas (24%, 21% y 1%, respectivamente), mientras que la prevención de la delgadez se realiza en mayor proporción en los niños (2% vs 1% en niñas).

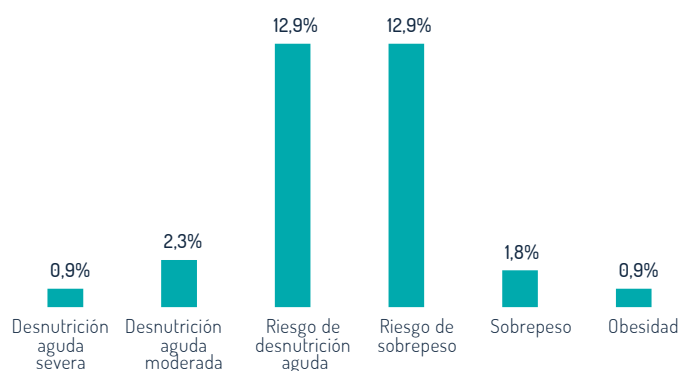
El 27% de los grupos pendulares con niños y niñas entre los 5 y 9 años se reconocieron como indígenas, el 62% de ellos no refirieron ninguna atención nutricional. Respecto a los departamentos donde no se refirieron intervenciones nutricionales por parte de los encuestados fueron La Guajira (67,7%), seguido de Arauca (62,7%) y Norte de Santander (49%).

Situación nutricional de niñas y niños entre 0 y 9 años

A continuación, se presentan los datos de situación nutricional de 217 niños y niñas de 0 a 4 años y de 172 de 5 a 10 años en grupos de viaje pendulares evaluados en los departamentos de Arauca, La Guajira y Norte de Santander.

Según el indicador peso para la talla (ver gráfica 27), el 3% de los niños y niñas de 0 a 4 años presentó desnutrición aguda. El riesgo de desnutrición aguda afectó al 13% de los casos, mientras que en 2021 se reportó el 11%. Se destaca, además, que ningún niño o niña entre los 6 y 59 meses presentó riesgo de muerte por desnutrición, según la medición del perímetro del brazo.

Gráfica 27. Estado nutricional según Peso para la Talla de niños y niñas de 0 a 4 años de grupos de viaje pendulares:



El 60% de casos de desnutrición aguda moderada y el 100% de los casos severos se presentaron en los niños y niñas evaluados en La Guajira, mientras que el 67% de los casos de exceso de peso²⁰ se concentró en el departamento de Arauca.

La malnutrición por exceso se identificó en el 13% de los niños y niñas quienes presentaron riesgo de sobrepeso, el 2% sobrepeso y 1% obesidad, siendo factor de riesgo de enfermedades a mediano y largo plazo. Es de destacar que en contextos de emergencias y alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria, puede confluir simultáneamente con malnutrición infantil por déficit y exceso, debido a la calidad de lactancia materna y de los alimentos que se brindan a los niños y niñas.²¹

²⁰ Sumatoria de los casos de sobrepeso y obesidad.

²¹ <https://www.wfp.org/stories/climate-variability-and-extremes-among-key-drivers-uptick-world-hunger>
<https://reliefweb.int/report/world/inequality-exacerbates-hunger-malnutrition-and-obesity-latin-america-and-caribbean>

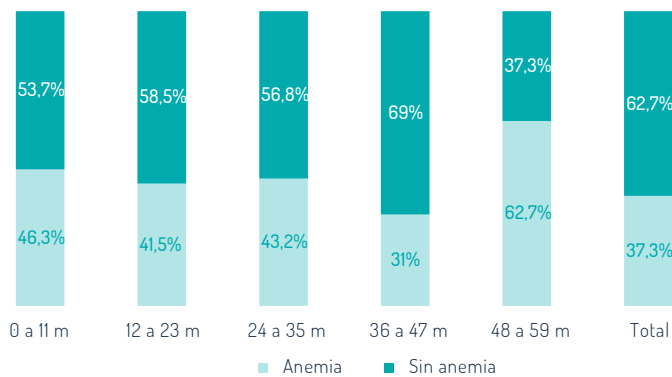


Gráfica 28. Estado nutricional según Talla para la edad de niños y niñas de 0 a 4 años de grupos de viaje pendulares:

Respecto al indicador talla para la edad (gráfica 28), el 23% de los niños y niñas de 0 a 4 años presenta retraso en talla y 35% tuvo riesgo de retraso en talla, es decir, menos de la mitad de los niños y niñas evaluados tuvieron una adecuada talla para la edad. El porcentaje de retraso en talla obtenido es dos veces mayor a la prevalencia nacional (11%)²².



Gráfica 29. Porcentaje de anemia en niños y niñas de 6 a 59 meses de grupos de viaje pendulares, según grupo de edad:



Respecto a las diferencias por género, el riesgo de retraso en talla fue mayor en los niños (40%) respecto a las niñas (28%).

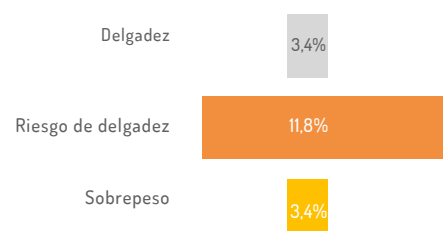
De los 177 niños y niñas entre 6 y 59 meses a quienes se les realizó la prueba de hemoglobina en sangre capilar, el 37% presentó anemia, siendo mayor al dato de referencia nacional (25%)²³.

El porcentaje de anemia fue mayor en los niños y niñas entre los 48 a 59 meses (63%), mientras que en los primeros 36 meses de edad el porcentaje está entre 41% y 46%, casi doblando el dato de referencia nacional²⁴. La anemia es un problema de salud pública en Colombia y la anemia por deficiencia de hierro genera deterioro en la maduración del cerebro, afecta los niveles de concentración y el coeficiente intelectual, retrasa el desarrollo psicomotor en los niños, aumenta el riesgo de retardo mental, retraso en el crecimiento y en el desarrollo cognitivo²⁵, afectando la ventana de oportunidades de la primera infancia y la reducción de brechas en indicadores nutricionales que inciden en el desarrollo social del capital humano de los países.

Según el indicador de Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad, el 3% de los niños y niñas entre 5 y 9 años evaluados presentó delgadez. El riesgo de delgadez afectó al 12% de los casos, mientras que en 2021 se reportó el 13%.

El 50% de los casos de delgadez y de riesgo se presentaron en Arauca, siendo mayor que en La Guajira y Norte de Santander. Los casos de sobrepeso se presentaron en igual proporción en La Guajira y Norte de Santander.

Gráfica 30. Estado nutricional según IMC para la edad de niños y niñas de 5 a 9 años de grupos de viaje pendulares:



²² ICBF, Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015.

²³ Ibid.

²⁴ ICBF, Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015.

²⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategias para la reducción de la anemia nutricional.

Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PJ/Paginas/estrategias-reduccion-anemia-nutricional.aspx#:~:text=La%20anemia%20es%20considerada%20por,cuando%20es%20mayor%20al%2040%25,>



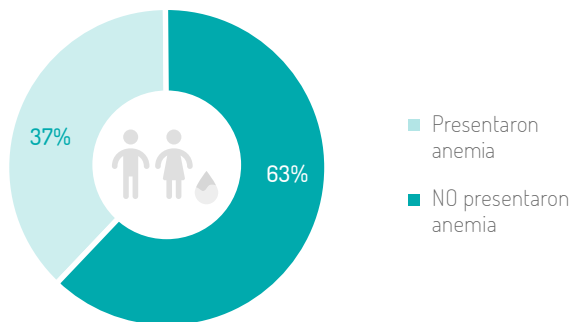
Se identificó que el 3% de los niños y niñas presentaron sobrepeso, siendo también un factor de riesgo para enfermedades a mediano y largo plazo.

Respecto al indicador talla para la edad (ver gráfica 31), el 20% de los niños y niñas de 5 a 9 años presenta retraso en talla y 36% tuvo riesgo de retraso en talla, es decir, el 44% los niños y niñas evaluados tenía adecuada talla para la edad. El porcentaje de retraso en talla obtenido es casi tres veces la prevalencia nacional (7%)²⁶. Si bien este es un indicador que implica restricciones nutricionales por tiempos prolongados, tiene efectos negativos en la capacidad cognitiva de los niños y niñas y es un factor de riesgo de sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles en la infancia y adultez.

Gráfica 31. Estado nutricional según talla para la edad de niños y niñas de 5 a 9 años de grupos de viaje pendulares:



Gráfica 32. Porcentaje de anemia en niños y niñas de 5 a 9 años de grupos de viaje pendulares:



Del total los niños y las niñas entre 5 y 9 años a quienes se les realizó la prueba de hemoglobina en sangre capilar (108), el 37% presentó anemia- 15% anemia leve y 22% anemia moderada (ver gráfica 32), el cual es 4,6 veces mayor al dato de referencia nacional (8%)²⁷. El porcentaje de anemia fue mayor en los niños (47%) que en las niñas (26%).

²⁶ ICBF, Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015.

²⁷ Ibid.



SALUD

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

La política de primera infancia indica que todos los niños y las niñas entre 0 y 5 años deben tener al menos una vacuna al año. De las 295 niñas y niños entre los 0 y 5 años que hacían parte de los grupos de viaje de la población pendular, se reportó información de vacunación de 264 (89%) niñas y niños. De ellos, el 88% tienen su vacunación al día, es decir, por lo menos han recibido una vacuna por año vivido (color verde claro de la tabla) y el 12% se encuentran fuera del rango de oportunidad (color verde oscuro), lo que los deja expuestos a mayores riesgos de contagio por enfermedades infecciosas que pueden derivar en enfermedades graves e incluso la muerte.

Tabla 2. Niñas y niños entre los 0 y 5 años que recibieron su última vacuna según año:

EDAD	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
0				4	44	48
1				14	56	70
2			1	16	19	36
3		5	9	11	25	50
4	1	2	5	6	14	28
5	4	2	4	15	7	32
Total registros	5	9	19	66	165	264



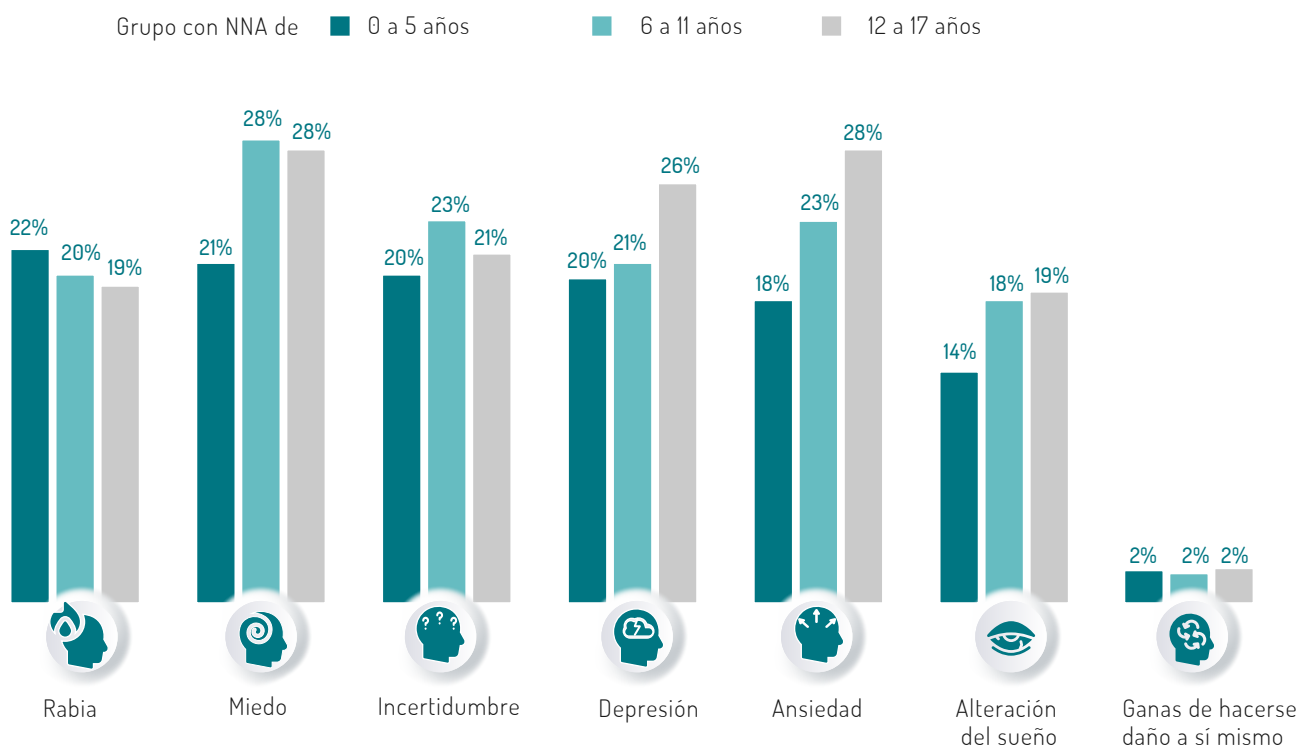


Salud mental en grupos de viaje con niñas y niños entre 0 y 17 años

Entre los principales síntomas de salud mental reportados por los grupos de viaje con niñas y niños entre los 0 y 5 años (246), rabia (22%), miedo (21%), incertidumbre (20%), depresión (20%) y ansiedad (18%). Los principales síntomas de salud mental reportados por los grupos de viaje con niñas y niños entre los 6 y 11 años (120) en los

siete días previos a las entrevistas fueron: miedo (28%), incertidumbre (23%), ansiedad (23%), depresión (21%) y rabia (20%). De manera similar, los grupos de viaje con niñas y niños entre los 12 y 17 años (47) reportaron principalmente miedo (28%), ansiedad (28%), depresión (26%), incertidumbre (21%) y rabia (19%).

Gráfica 40. Grupos de viaje con niñas y niños (NNA) entre los 0 y 5 años de edad (246), 6 y 11 años de edad (120) y con NNA entre 12 y 17 años (47) que reportaron síntomas de salud mental en los siete días previos a la entrevista:



Otros de los problemas de salud en los que se debe enfocar la respuesta en salud en primera infancia son los problemas de Infección Respiratoria Aguda (IRA) y de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), que, aunque no fueron abordados en esta ronda de evaluación de necesidades, son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años. La IRA representa una de las principales causas de consulta y hospitalización en menores de 5 años,

llegando a originar en los países en desarrollo entre el 40% al 60% de las consultas pediátricas²⁸. En Colombia, la mortalidad por IRA en menores de 5 años fue de 26 niñas y niños provenientes de Venezuela entre el año 2020 y 2022²⁹. Por su parte, la EDA es la segunda mayor causa de muerte en menores de 5 años³⁰ y en Colombia la cifra de mortalidad en menores de 5 años fue de 9 niños y niñas entre 2020 y 2022.³¹

28 Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/PREVENION-MANEJO-CONTROL-IRA-MENORES-5-ANOS-2015.pdf>

29 Boletín de frontera número 64, Instituto Nacional de Salud (INS), eventos de interés en salud pública procedentes del exterior entre las semanas epidemiológicas 1 a 36 de 2022.

30 Tomado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

31 Boletín de frontera número 64, Instituto Nacional de Salud (INS), eventos de interés en salud pública procedentes del exterior entre las semanas epidemiológicas 1 a 36 de 2022.



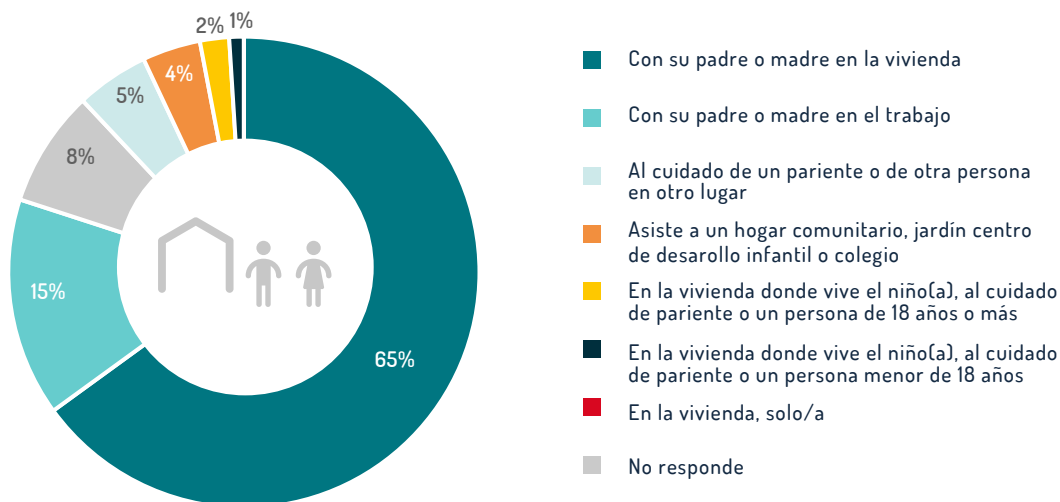
EDUCACIÓN



Cuidado y acceso a educación inicial

En el contexto de la migración pendular, los niños y las niñas de 0 a 5 años pueden estar accediendo a servicios de educación inicial tanto en el territorio venezolano como en el colombiano. Si bien este es un servicio esencial para el desarrollo de la primera infancia, que además apoya a las familias en el cuidado mientras están trabajando, tan solo 6 niños o niñas (2%) reportaron estar asistiendo a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio.

Gráfica 33. Lugar en donde permanecen los niños y las niñas de 0 a 5 años la mayor parte del tiempo durante la semana:



Finalmente, la encuesta permitió observar datos adicionales que llaman la atención: 15% de las niñas y niños están cuidados por su papá o mamá en sus lugares de trabajo, con mayor frecuencia en La Guajira (22%) y en menor medida en Norte de Santander (8%). Si bien no se cuenta con mayor información sobre el lugar de trabajo, es importante cuestionarse si el mismo está relacionado con trabajo en calle u otros trabajos que pongan en riesgo la seguridad de los niños/as.

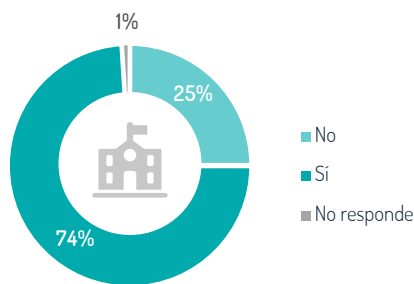


Acceso a la educación para niños y niñas entre 6 y 11 años y entre 12 y 17 años

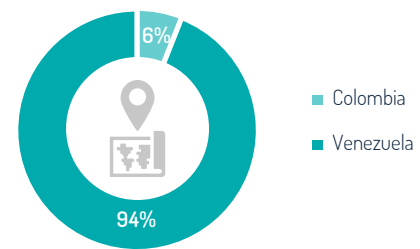
Al analizar la asistencia educativa de los niños y niñas de 6 a 11 años, se observa que el 74% se encontraban inscritos en preescolar, escuela o colegio al momento de la encuesta. De otra parte, el 25% señaló que estos no estaban inscritos y el 1% no respondió la consulta. De la población pendular que menciona no asistir a la escuela, cabe resaltar que el 50% son niñas, el 18% se autoreconoce como indígena y el 3% de comunidad negra.

De los niños y niñas inscritos al colegio, el 94% informó que estudia en Venezuela y el 6% indicó que lo hace en un colegio de Colombia.

Gráfica 34. Niños y niñas entre 6 a 11 inscritos en la escuela/colegio :

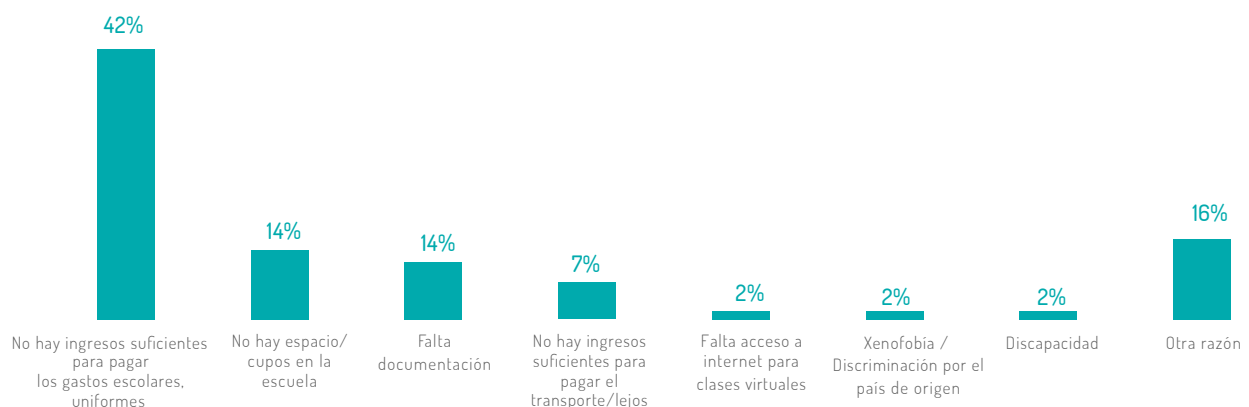


Gráfica 35. País donde se encuentra inscritos actualmente los NN en preescolar, escuela o colegio (6 a 11 años) :



Las principales razones reportadas para que los niños y niñas no se encuentren inscritos son: 42% dice que no hay ingresos suficientes para pagar los gastos escolares (uniformes, libros de texto, materiales, etc.), 14% señaló que no hay espacio/cupos en la escuela, 14% indicó que falta documentación, 7% explicó que no hay ingresos suficientes para pagar el transporte/lejos, 2% por falta de acceso a dispositivos para clases virtuales, y similar proporción se observa por causa de xenofobia / discriminación por su nacionalidad. El 76% señaló que piensa vincularlo a una escuela o colegio en Colombia, el 19% no haría este trámite. Se resalta que el 83% de los niños/as que informaron como causa la falta de documentación, han pensado vincularse a un colegio en Colombia.

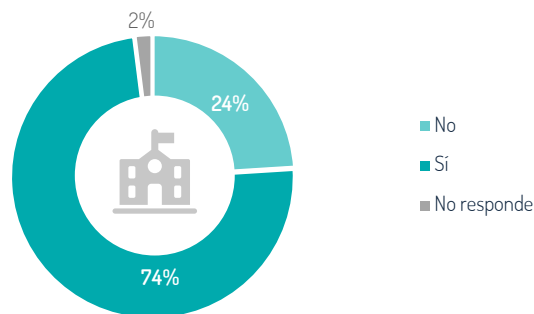
Gráfica 36. Razones por las cuales los niños y niñas de 6 a 11 no están inscritos en preescolar, escuela o colegio:





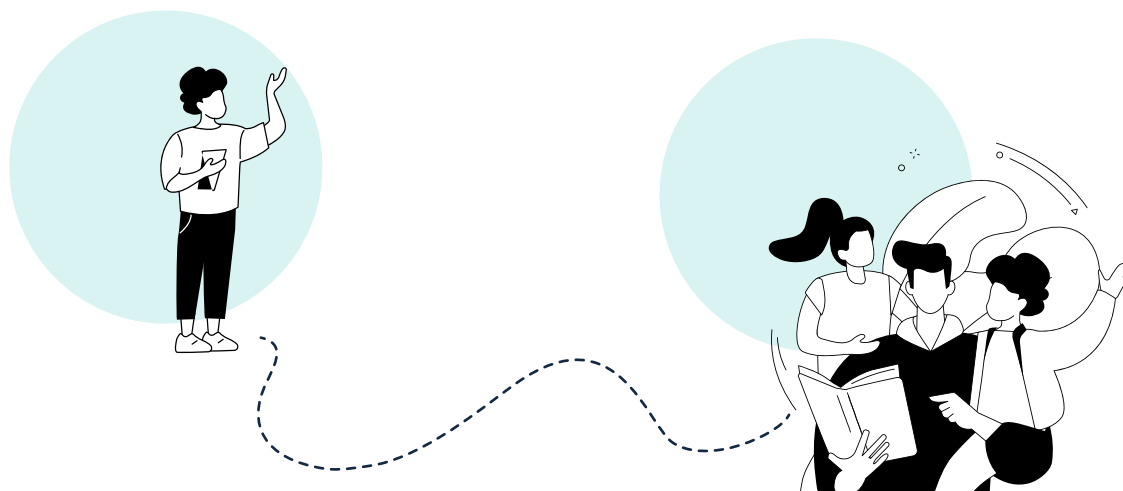
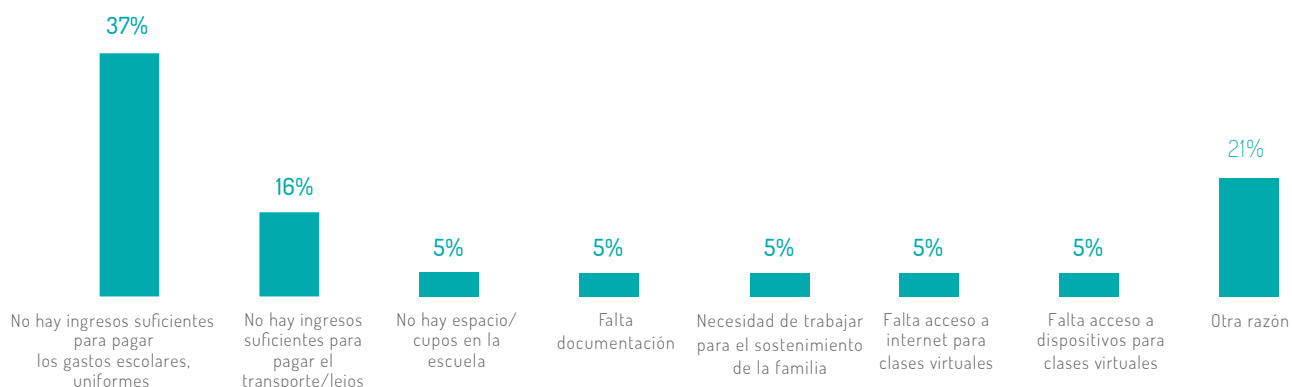
El 74% de los niños, niñas y adolescentes entre 12 y 17 años están inscritos en el colegio, el 95% estudia en Venezuela y el 5% en Colombia. Del restante que no asiste, se resalta que el 79% son mujeres y el 14% se autoreconoce como indígena.

Gráfica 37. Niños y niñas entre 12 a 17 inscritos en la escuela/colegio:



Las principales razones para no estar inscritos son: 37% porque no hay ingresos suficientes para pagar los gastos escolares (uniformes, libros de texto, materiales, etc), el 16% señaló que no hay ingresos suficientes para pagar el transporte, el 5% indicó que no hay espacio/cupos en la escuela. Por otro lado, el 21% destacó otro tipo de razón de las cuales se resalta la reciente llegada a Venezuela y por embarazo. El 50% señala que no piensa vincularse en el colegio en Colombia y un 36% si lo haría. Se resalta que 100% de los que informaron como causa la falta de documentación han pensado vincularse a un colegio en Colombia.

Gráfica 38. Razones por las cuales los adolescentes de 12 a 17 años NO están inscritos en preescolar, escuela o colegio :





TIEMPO LIBRE Y MEDIOS DE VIDA

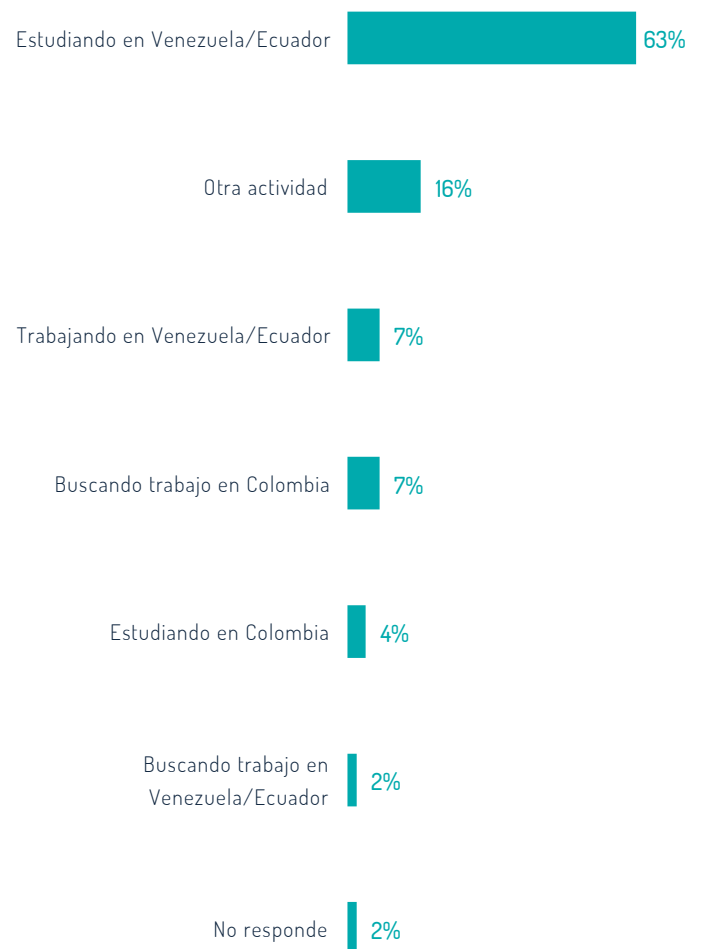


Respecto al grupo etario entre 12 a 17 años (47), se observa que la mayoría de adolescentes se encuentran estudiando en Venezuela (63%) o en Colombia (4%). No obstante, 7% se encuentran trabajando en Venezuela o Ecuador y un 9% se encuentra buscando trabajo: siendo Colombia el lugar de preferencia (7%), seguido de Venezuela (2%). El 16% de esta población respondió que la mayor parte de su tiempo se dedican, entre otras actividades, a apoyar en los quehaceres del hogar y/o cuidar de su familia.

En cuanto a las diferencias por género, se encuentra que el 72% de los adolescentes dedican la mayor parte de su tiempo a estudiar. De igual forma, se observa que alrededor del 17% de las adolescentes se dedican a tareas del hogar.

Por otra parte, a la pregunta hecha a los miembros del hogar de si “retirarían a los niños y niñas de la escuela para que aporten a la economía del hogar”, se encontró que un 9% lo haría, frente a un 44% que dice que no.

Gráfica 39. Uso del tiempo libre de los adolescentes de 12 a 17 años:





5 MEDIOS DE VIDA

OCUPACIÓN Y FUENTES DE INGRESOS

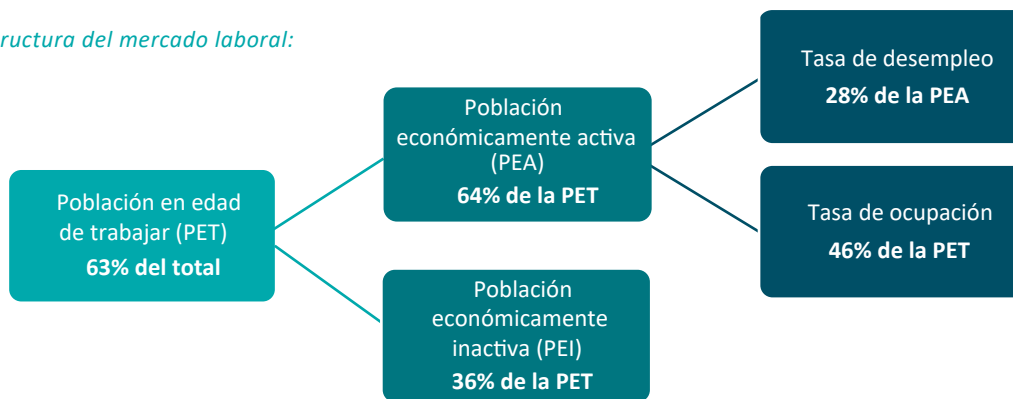
Del total de las personas pendulares un 63% corresponde a Población en Edad de Trabajar (PET), es decir, personas de 15 años o mayores. Este porcentaje indica que casi una tercera parte de la población son menores de 15 años. Dentro de la PET, el 64% participa en el mercado de trabajo (Población Económicamente Activa -PEA-) ya sea en condición de empleados o desempleados.

Dadas estas consideraciones, la tasa de desempleo se ubicó en 28%, considerada alta si se compara con la tasa de desempleo en Colombia (10,9%)³². Adicionalmente, la información permite constatar que quienes tienen un empleo lo tienen mayoritariamente en Venezuela (80% de las personas ocupadas).

³² Promedio de la tasa de desempleo a nivel nacional para los meses de abril y mayo de 2022



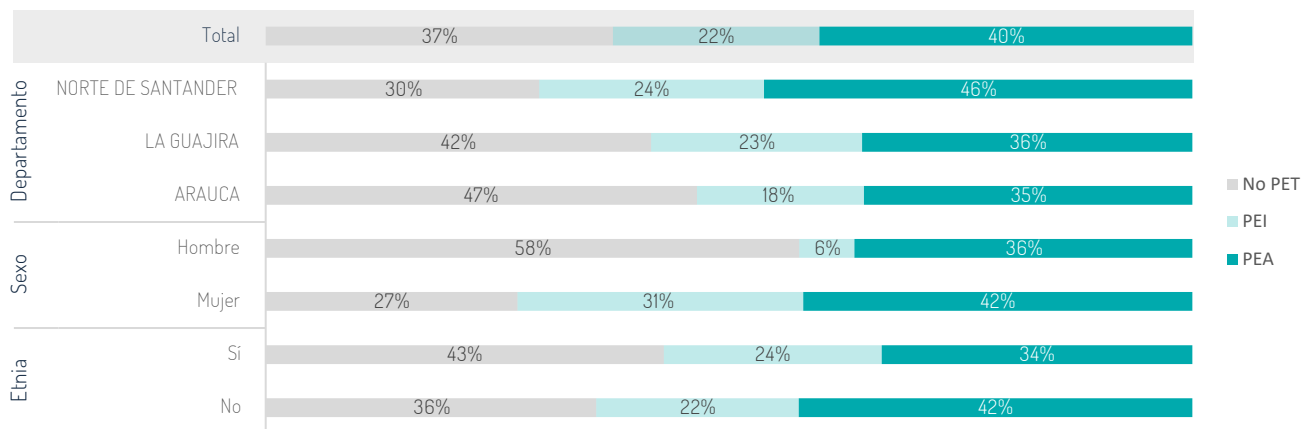
Figura 3. Estructura del mercado laboral:



Comportamiento según departamentos y características de la población pendular

A nivel departamental, Norte de Santander es la región que tiene un porcentaje de PEA más alto sobre el total de la población (46%), mientras que en La Guajira y Arauca estos son más bajos (36% y 35%, respectivamente). Igualmente, cuando se observa la tasa de desempleo, Norte de Santander es el departamento que tiene una menor tasa (23%).

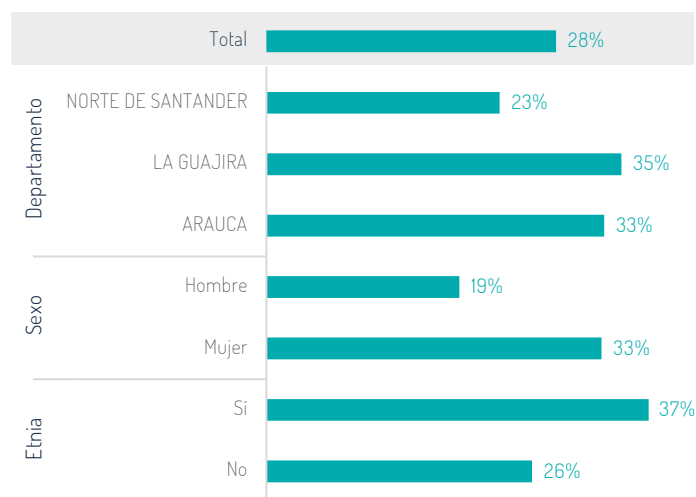
Gráfica 42. Distribución de la población total según población no PET, PEA y PEI por características territoriales y personales:



El análisis por género indica que en las mujeres -quienes tuvieron mayor participación en la encuesta- la proporción de PEA es superior a la de los hombres. El anterior fenómeno se explica porque hay un porcentaje importante de hombres que no hacen parte de la PET (58%), mientras que para el caso de las mujeres este porcentaje es el 27%. Además, las mujeres encuestadas tienen tasas de desempleo más altas (33%) y un mayor porcentaje está en la inactividad, comparado con los hombres.

Por otro lado, quienes se identifican con un grupo étnico tienen una menor proporción de PEA y una mayor tasa de desempleo, en contraste con quienes no se identifican con un grupo étnico.

Gráfica 43. Tasa de desempleo de la población pendular:

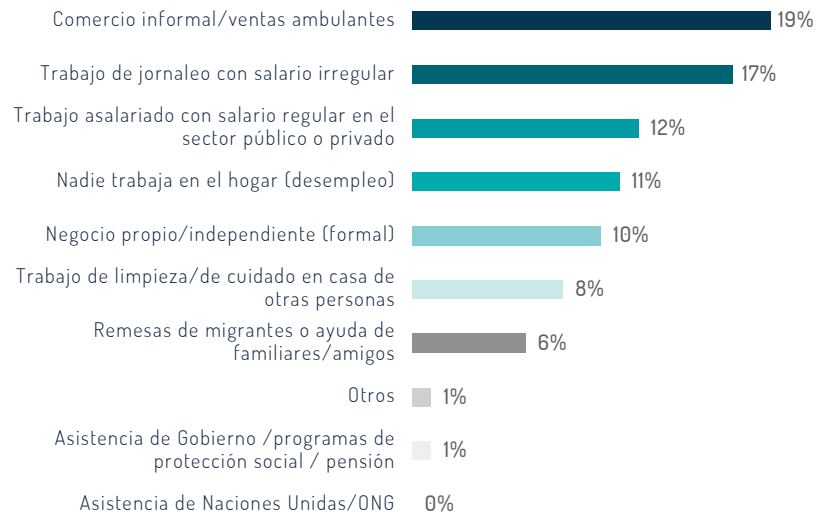




Ingresos

Para la mitad de los grupos de viaje encuestados sus ingresos provienen de trabajos informales, con periodicidades irregulares o de negocios propios (53%), es decir, a través del comercio informal, el trabajo de jornalero, negocios propios, trabajos independientes o trabajos de limpieza o cuidado en otros hogares. El 12% tiene un trabajo asalariado y el 7% recibe transferencias, ya sea de familiares, amigos, el gobierno, o ONG. Resalta que el 11% afirma que nadie trabaja en el hogar.

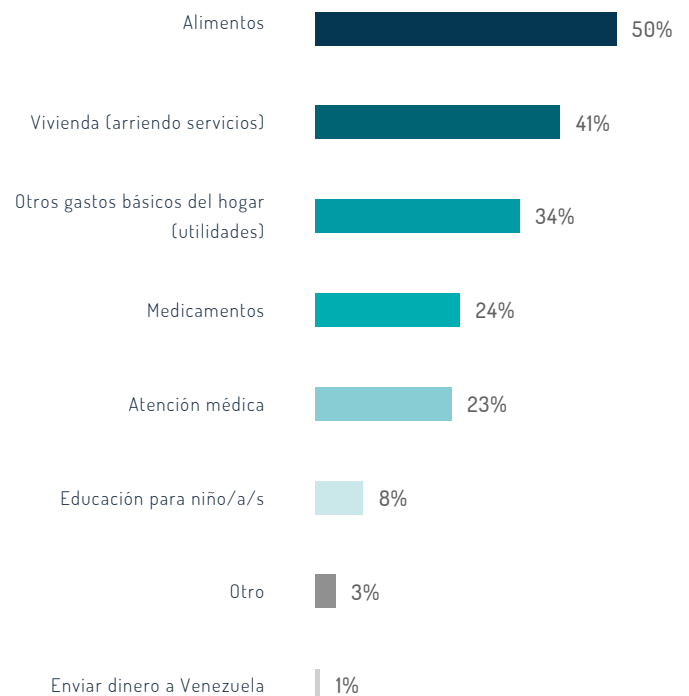
Gráfica 44. Fuentes de ingreso:



Deuda

Del total de grupos de viaje encuestados hay un 41% que tiene deudas principalmente en Venezuela. Las razones de endeudamiento obedecen a suplir necesidades básicas del hogar, por ejemplo, casi la mitad de aquellos que reportan tener una deuda la han hecho para suplir los gastos relacionados con la vivienda. Más de una tercera parte lo ha hecho para cubrir gastos relacionados con los alimentos, y otros gastos básicos del hogar. Finalmente, el 15% han adquirido deudas para acceder a los medicamentos y 19% para la atención médica.

Gráfica 45. Usos de la deuda de la población pendular que reporta tenerla:





6 NECESIDADES SECTORIALES



SEGURIDAD ALIMENTARIA



SALUD



ALOJAMIENTO Y TRANSPORTE



AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE



SEGURIDAD ALIMENTARIA

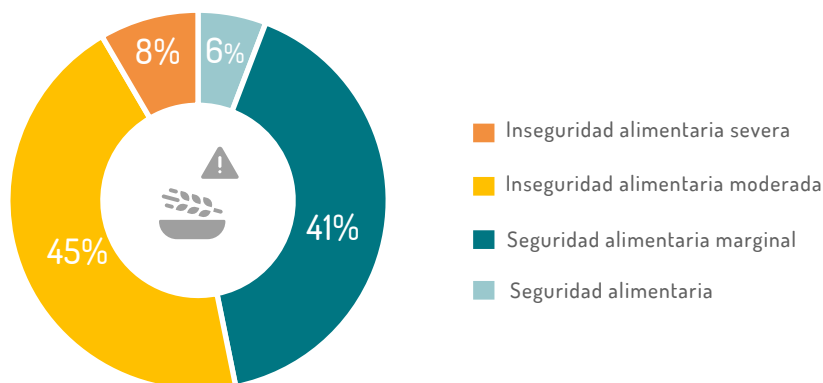


Los resultados de la Evaluación Conjunta de Necesidades 2022 que se presentan en este apartado, buscan documentar la situación actual de la población pendular a través del análisis de dos indicadores: el Índice de Seguridad Alimentaria (ISA) y el número de comidas consumidas al día.

El ISA es un indicador compuesto que refleja la situación de los hogares a partir de la frecuencia y la diversidad en el consumo de alimentos, y su capacidad de afrontamiento³³. Los resultados de 2022 muestran que el

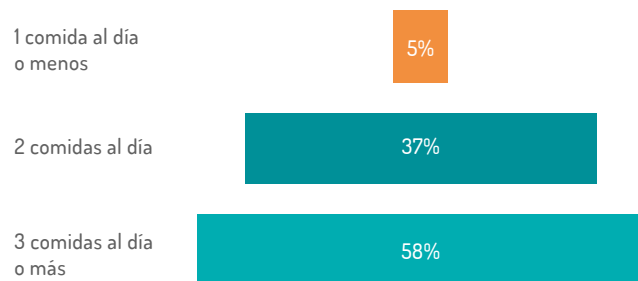
53% de los grupos pendulares tuvo inseguridad alimentaria. De estos, el 8% presentó inseguridad alimentaria severa, es decir, tiene brechas extremas en el consumo de alimentos o padece agotamiento extremo de los medios de vida y pueden incidir en el consumo de alimentos. El 45% restante de los grupos pendulares tuvo inseguridad alimentaria moderada, con brechas relevantes en el consumo de alimentos o son marginalmente capaces de cubrir las necesidades mínimas de alimentos empleando únicamente estrategias de afrontamiento irreversibles (ver gráfica 46).³⁴

Gráfica 46. Índice de Seguridad Alimentaria:



En cuanto al número de comidas consumidas, el 42% de los grupos pendulares consumió dos comidas al día o menos, lo que puede indicar bajo consumo de alimentos y limitada posibilidad de cubrir los requerimientos de energía y nutrientes (ver gráfica 47). Este indicador refiere una mejora relativa frente a la ronda de 2021, en donde este porcentaje fue de 63%.

Gráfica 47. Número de comidas consumidas por los grupos pendulares:



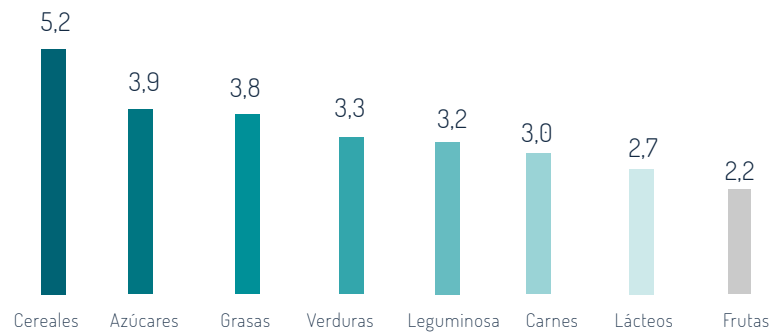
³³ La capacidad de afrontamiento está relacionada con la vulnerabilidad económica de los hogares y el uso de estrategias negativas de supervivencia para hacer frente a la falta de alimentos o dinero para comprarlos.

³⁴ La situación de seguridad alimentaria marginal alude a que el hogar tiene un consumo de alimentos mínimamente adecuado sin emplear estrategias de afrontamiento irreversibles, pero es incapaz de afrontar algunos de los gastos no alimentarios esenciales.



El promedio de días de consumo de alimentos³⁵ por semana en los grupos pendulares indica que cereales (5,2), azúcares (3,9) y grasas (3,8) son los grupos de alimentos consumidos con más frecuencia. En contraste, el consumo de carnes, lácteos y frutas es menos frecuente, los cuales se consumen en promedio 3,0, 2,7 y 2,2 días a la semana, respectivamente (ver gráfica 48), siendo tema de preocupación debido a que estos últimos grupos de alimentos tienen aportes nutricionales relevantes.

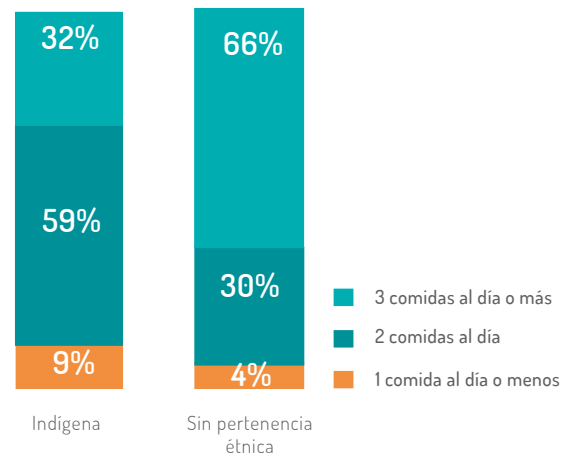
Gráfica 48. Promedio de días de consumo por semana, para cada grupo de alimentos:



El porcentaje de grupos pendulares con inseguridad alimentaria severa y moderada no presenta diferencias estadísticamente significativas según el género, la edad o la pertenencia étnica del respondiente y tampoco con el hecho de que viaje solo o en grupo³⁶. Tampoco hay diferencias significativas según el departamento en que fueron encuestados. Este hallazgo demuestra que la situación de seguridad alimentaria es homogénea entre la población pendular.

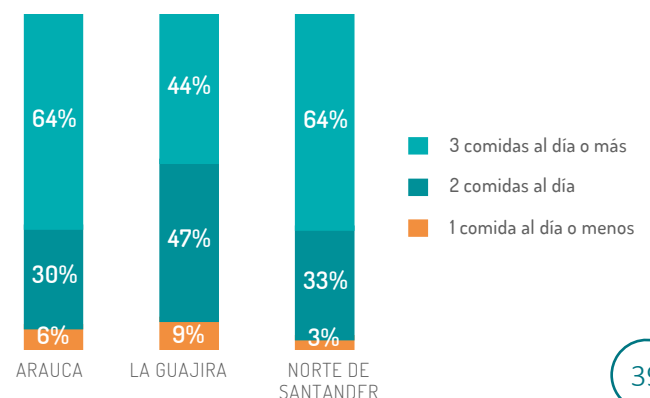
comidas al día o menos. En contraste, el 34% de grupos de viaje en donde la persona no se reconoce dentro de ningún grupo étnico, consumen dos comidas al día o menos (ver gráfica 49).

Gráfica 49. Número de comidas consumidas por los grupos de viaje al día, según pertenencia étnica de la persona encuestada:



A diferencia de la inseguridad alimentaria, el número de comidas al día presenta diferencias según la pertenencia étnica de la persona encuestada y con el departamento de recolección de información. Los grupos de viaje en donde el respondiente se identifica como indígena presentan la situación más desfavorable, en tanto que el 68% de los grupos consume dos

Gráfica 50. Número de comidas consumidas por los grupos de viaje, según departamento:



Los grupos encuestados de La Guajira tienen la situación más crítica: el 56% de los hogares consume dos comidas al día o menos, lo que resulta significativamente mayor que en Norte de Santander y Arauca con 36% en ambos casos (ver gráfica 50). Entre estos últimos dos departamentos no hay diferencias estadísticamente significativas.³⁷

³⁵ Por grupos de alimentos.

³⁶ Las diferencias entre las proporciones fueron evaluadas a partir del estadístico z.

³⁷ Idem.



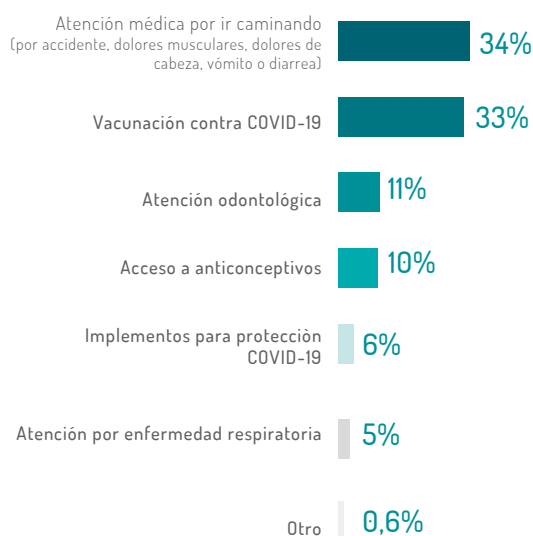
SALUD



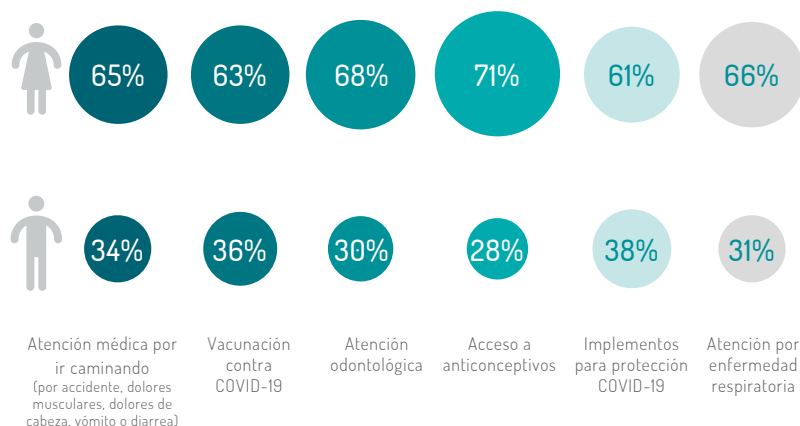
Bienes y servicios de salud

De las 1.289 personas de los grupos de viaje, el 34% ha requerido atención médica por ir caminando, por algún accidente, por dolores de cabeza, vómito o diarrea; el 33% por vacunación contra Covid-19 y el 11% por odontología. En cuanto a implementos, insumos o bienes de salud, los anticonceptivos e implementos para protección contra Covid-19 son los más requeridos en estos grupos de viaje. Entre hombres y mujeres, las mujeres son las que más han requerido bienes y servicios de salud, con una proporción de 65% para mujeres y 35% para hombres (ver gráfica 51).

Gráfica 51. Bienes y servicios de salud requeridos por los grupos de viaje:



Gráfica 52. Bienes y servicios de salud requeridos por los grupos de viaje según sexo:



A nivel departamental, Arauca y La Guajira, cuentan con el mayor número de personas de grupos de viaje cuyo principal servicio requerido fue vacunación contra Covid-19, seguido de atención por ir caminando y atención en odontología. Para Norte de Santander, el 49% de personas refieren que el principal servicio requerido fue atención médica general³⁸, seguido de vacunación contra Covid-19 y atención odontológica.

Las atenciones médicas generales se atienden en los servicios de urgencias de las instituciones de salud. De acuerdo a los Registros Individuales de Prestaciones de Servicios de Salud del Ministerio de Salud³⁹, el 74% de las personas refugiadas y migrantes venezolanas pendulares que están en La Guajira han accedido a servicios de urgencias sin estar afiliadas a salud, y para el caso de las personas de Norte de Santander y Arauca, este porcentaje es de 53% y 46%, respectivamente.

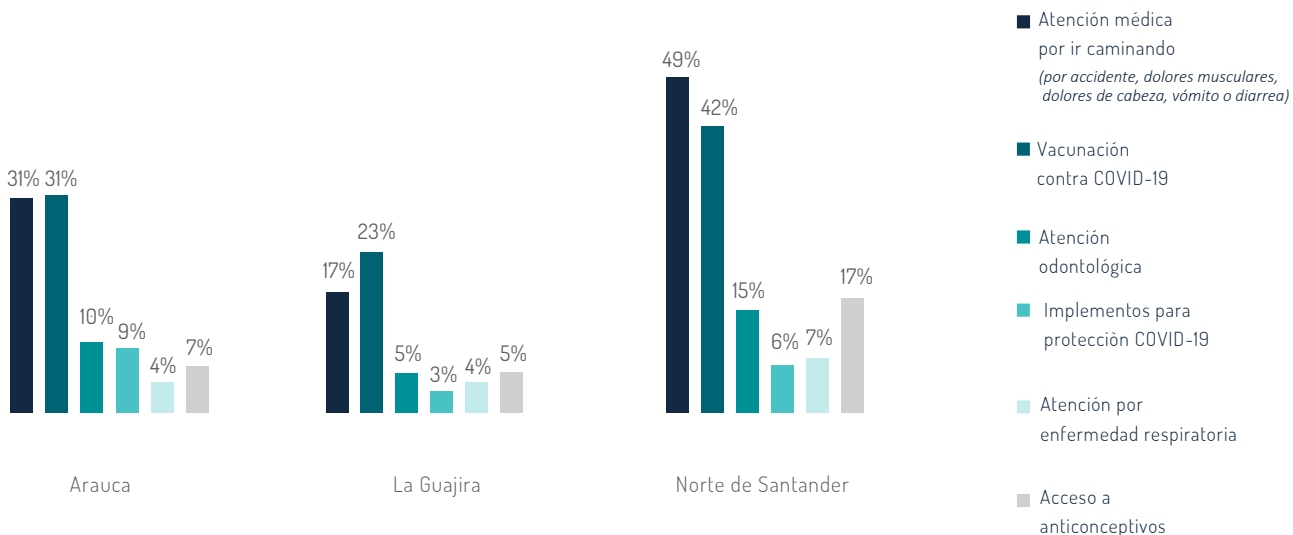
³⁸ Por ir caminando, por accidente, dolores musculares, dolores de cabeza, vómito o diarrea.

³⁹ Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Individual de Prestación de Servicios-SISPRO, Cubo 029 con corte a agosto 2022. <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>



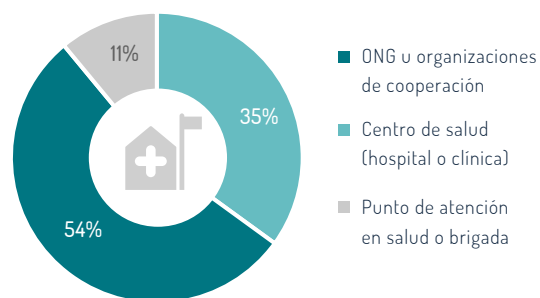
Por otra parte, la diferencia de la población que necesitó acceder a servicios de anticoncepción entre los departamentos de Norte de Santander con Arauca y Guajira puede estar explicada por la mayor oferta de información y acceso a los servicios de anticoncepción. Según los datos de los reportes de las organizaciones en ActivityInfo (5W) con corte a Julio 2022, 6.940 personas han sido beneficiadas con provisión y servicios en atención en planificación familiar en Norte de Santander, mientras que esta cifra fue de 2.110 y 588 personas para La Guajira y Arauca, respectivamente.

Gráfica 53. Bienes y servicios de salud requeridos por los grupos de viaje según departamento:



El 54% de los grupos de viaje indicaron que las ONG u organizaciones de cooperación internacional prestaron el servicio o bien de salud requerido, seguido de los centros de salud (35%) y puntos de atención o brigadas (11%).

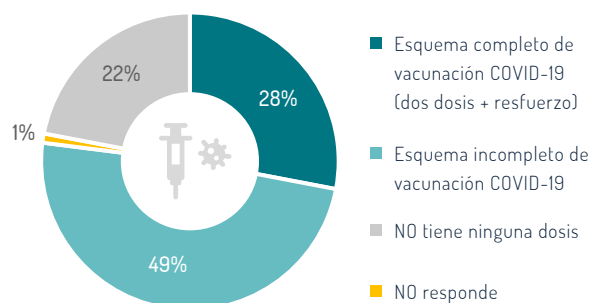
Gráfica 54. Lugar u organización que prestó el servicio de salud:



Salud y vacunación COVID-19

El 22% de las personas de los grupos de viaje no tienen ninguna dosis de vacuna contra Covid-19, el 49% tienen un esquema incompleto de vacunación, y sólo el 28% tienen el esquema completo de vacunación que incluye dos dosis y el refuerzo.

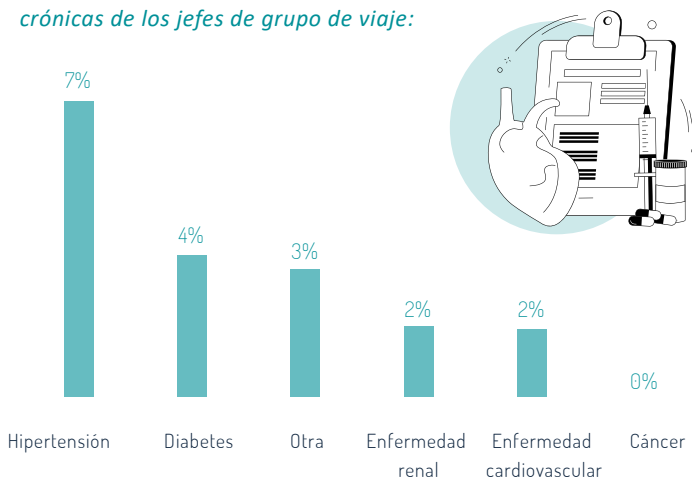
Gráfica 55. Vacunación en personas de los grupos de viaje:



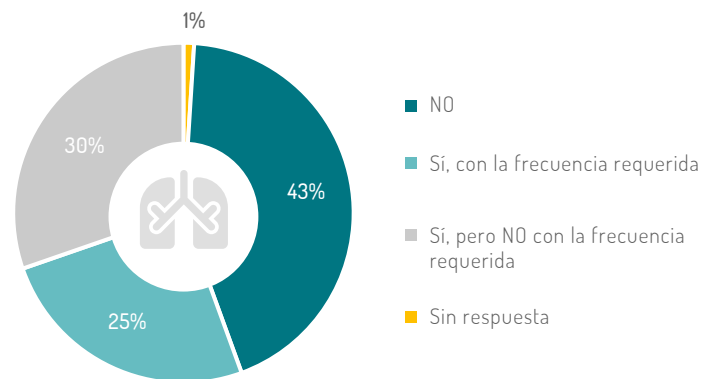
Enfermedades crónicas

El 7% (96) de las personas de los grupos de viaje han sido diagnosticadas con hipertensión y el 4% (46) con diabetes. Menos del 3% han sido diagnosticadas con enfermedad renal, enfermedad cardiovascular y cáncer u otra enfermedad crónica. Arauca y Norte de Santander tienen el mayor número de personas diagnosticadas con hipertensión. Datos similares se encontraron en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud del Ministerio de Salud (RIPS, 2022). Este año, del total de personas que han demandado servicios de salud en Arauca (12.050) y La Guajira (60.388), el 5% fueron atendidas por enfermedades crónicas, y del total de personas que demandaron servicios en Norte de Santander (84.793), el 4% fueron atendidas por esta misma causa.

Gráfica 56. Porcentaje de enfermedades crónicas de los jefes de grupo de viaje:



Gráfica 57. Enfermedades crónicas y acceso al tratamiento:



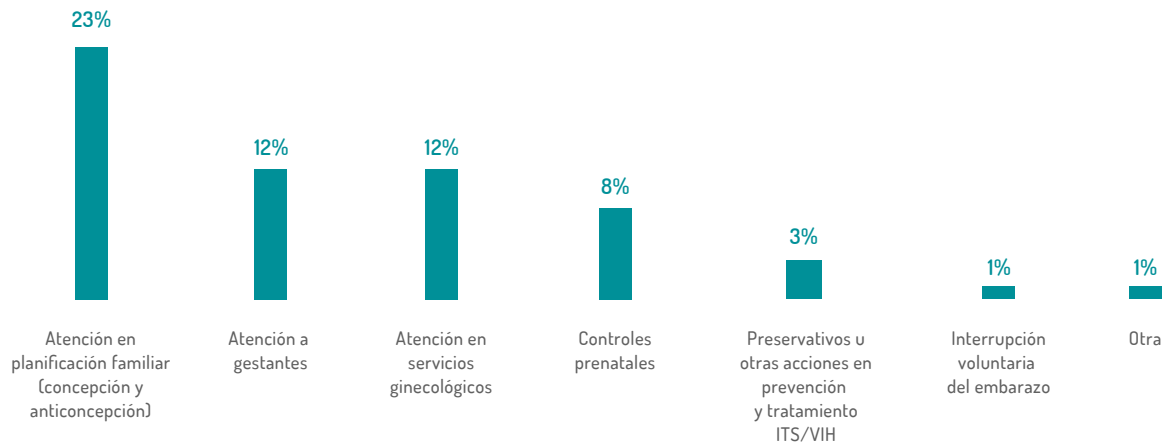
Salud sexual y salud reproductiva

Entre las principales necesidades en salud sexual y salud reproductiva que han tenido las personas de los grupos de viaje en los últimos 30 días, estuvieron la atención en planificación familiar (23%, 294 personas) que incluye concepción y anticoncepción; la atención a gestantes (12%, 151 personas); y servicios ginecológicos (12%, 151 personas). Menos del 9% de los miembros de grupos de viaje refieren tener necesidades relacionadas con controles prenatales, preservativos e interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Para la atención a gestantes, según los RIPS del Ministerio de Salud (2022), del total de personas que han demandado servicios de salud en Norte de Santander (84.793), el 9% fueron madres gestantes lactantes, del total que demandaron servicios en La Guajira (60.388) el 16% fueron madres gestantes lactantes, y para el caso de Arauca (12.050) este porcentaje fue de 21%.



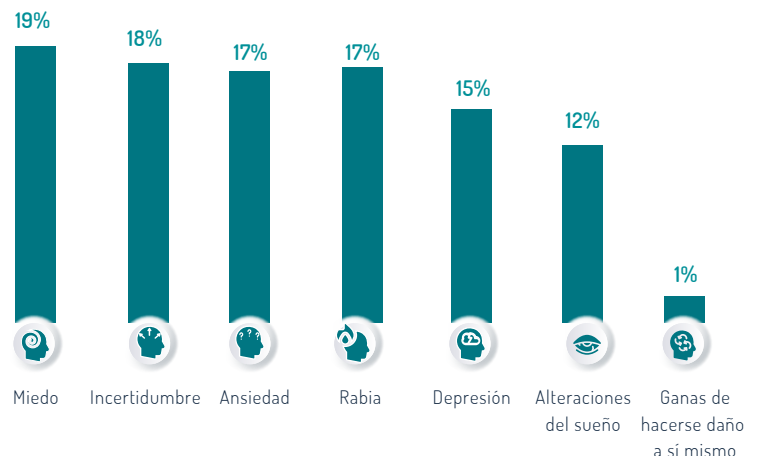
Gráfica 58. Necesidades en salud sexual y reproductiva:



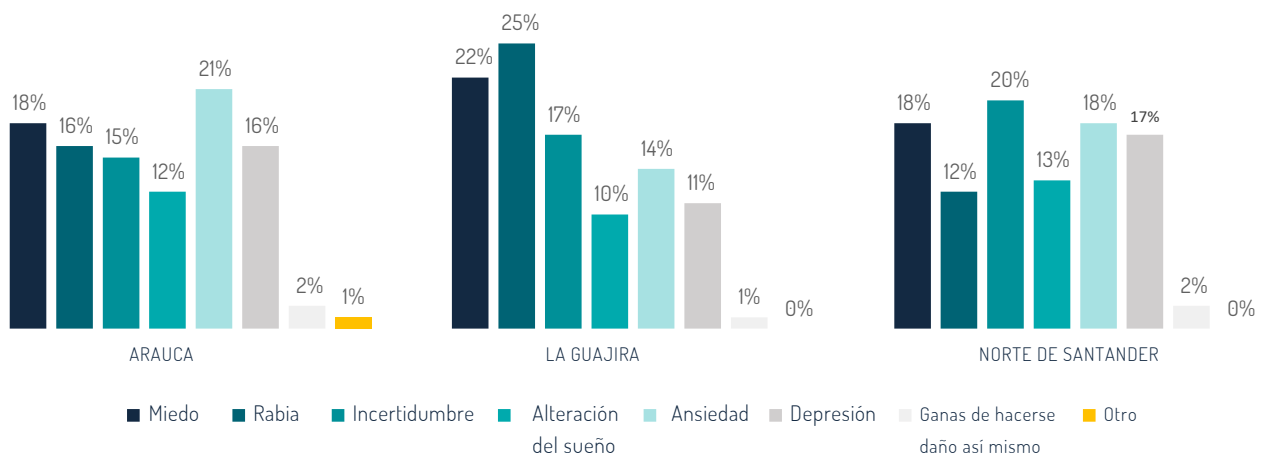
Salud mental

Los principales síntomas relacionados con enfermedades de salud mental que han presentado los grupos de viajes en los últimos siete días previos a la encuesta fueron: miedo (26%), incertidumbre (24%), ansiedad (23%) y rabia (23%). A nivel departamental, en Arauca el principal síntoma referido por los grupos de viaje fue ansiedad, en La Guajira miedo y en Norte de Santander incertidumbre. Según los datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS, 2022), alrededor del 1% de las personas que demandan servicios de salud en La Guajira, Arauca y Norte de Santander, acceden para atenciones relacionadas con salud mental, lo que podría reflejar una baja intención de refugiados y migrantes por considerar estos síntomas como un motivo de consulta en salud.

Gráfica 59. Síntomas de salud mental:



Gráfica 60. Síntomas de salud mental en los últimos siete días, por departamento:



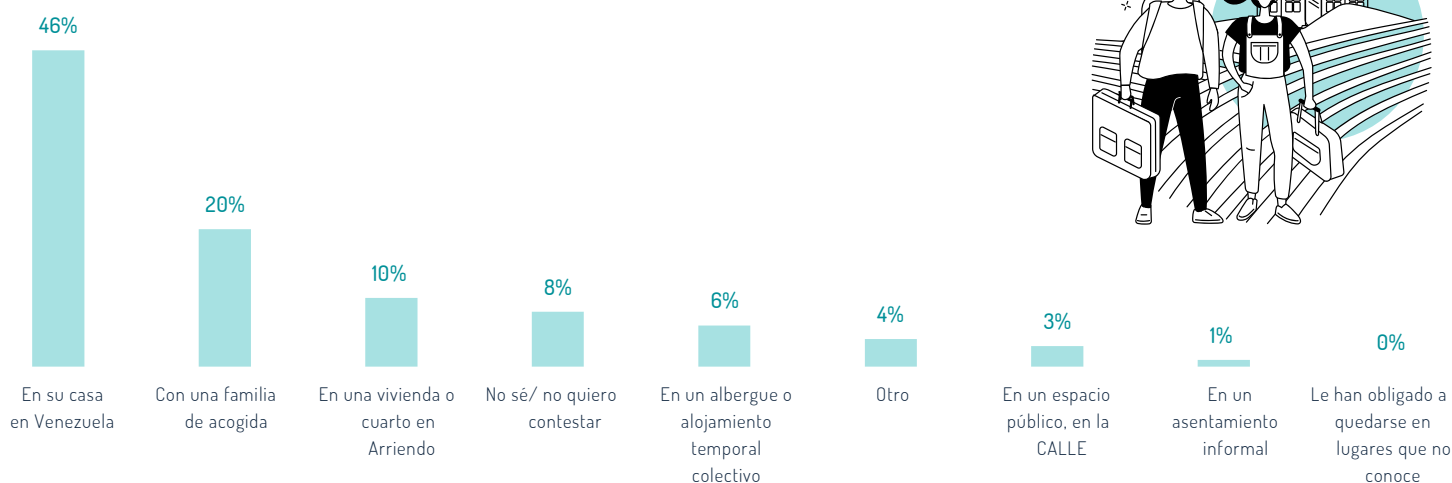


ALOJAMIENTO Y TRANSPORTE



El 46% de las personas pendulares se hospedan en su casa en Venezuela, un 20% se queda en casa de algún familiar o de amistades, Indicado que posiblemente se queden en Colombia para suplir otras necesidades. El 10% se encuentran en una vivienda o cuarto en arriendo, mientras que el 6% ha pernoctado en un albergue o en un alojamiento temporal colectivo. El 90% de la población pendular se aloja sólo por un día, y de las personas que informan haberse alojado por más de una noche, el 48% no cuentan con los recursos económicos suficientes para una estancia digna y segura.

Gráfica 61. Tipos de alojamiento de los grupos de viaje pendulares:



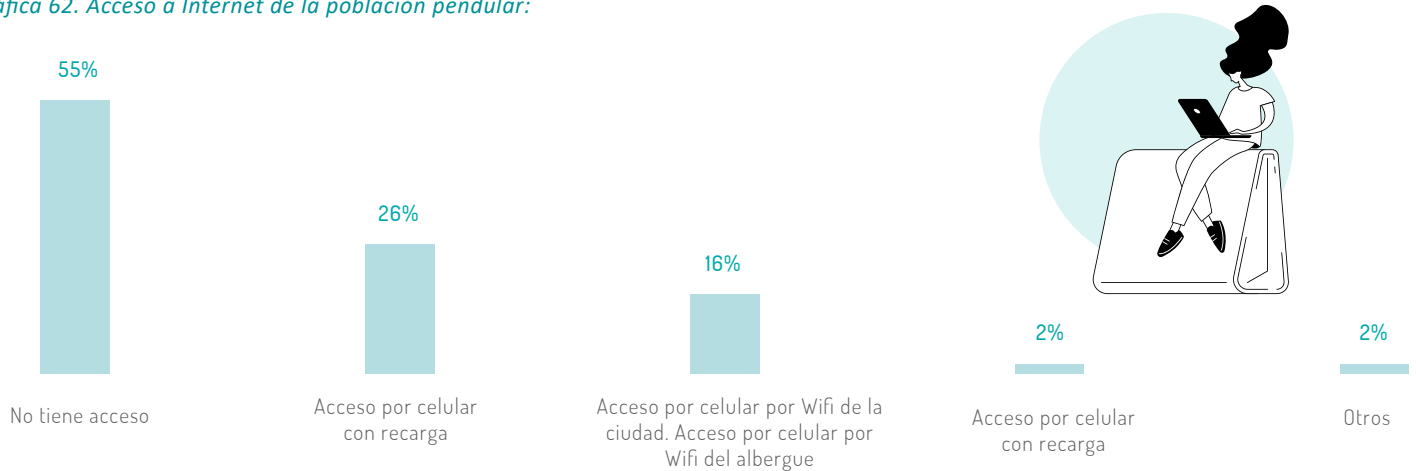
Tomando en cuenta la población que ha tenido que pernoctar en la calle, con un 3% de los casos, se evidencia que el 64% que ha pasado por esta situación son mujeres, mientras que el 36% son hombres. El pernocte en calle se registra en mayor proporción en Norte de Santander (5%), que en La Guajira (3%) y Arauca (2%). Como lugar alternativo para pernoctar se mencionan los buses o vehículos de transporte de carga.

En particular, el 1,5% de las personas encuestadas menciona haber recibido soluciones de alojamiento. El apoyo al arriendo o vivienda, con el 26%, es la quinta necesidad prioritaria, y el 6% establece el alojamiento temporal como una de sus principales necesidades.



Internet

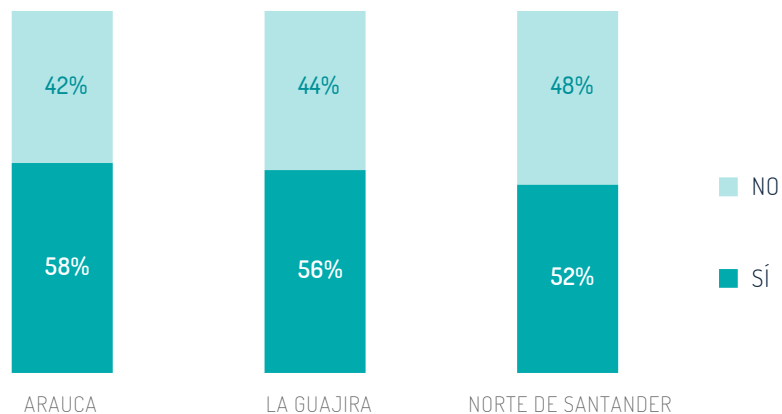
Gráfica 62. Acceso a Internet de la población pendular:



El 55% de los encuestados manifiestan no tener acceso a internet cuando ingresan a Colombia. Entre los que sí tienen acceso, el medio más utilizado es el teléfono celular: 26% mediante paquetes de recarga para su teléfono, 16% mediante el Wi-Fi de la ciudad, 2% mediante el Wi-Fi del albergue y 2% con otros medios. Esto implica que, para la mayoría de la población pendular con acceso a internet, este servicio es intermitente. El 65% de las mujeres reportó tener acceso a internet, frente al 34% de los hombres.⁴⁰

El 63% de las personas que se autoreconoce como indígena reportó no tener acceso a internet, a diferencia de los que no se reconocieron con un grupo étnico (54%). El 1% de los entrevistados informa haber recibido soluciones en comunicación y/o conectividad por internet o por teléfono, y el 2% establece la conectividad como una de sus principales necesidades.

Gráfica 63. Acceso a Internet de la población pendular según departamento:



El acceso a internet por departamento es similar, siendo Norte de Santander el departamento que registra un mayor porcentaje de barrera para el acceso a conectividad con el 48%.

40 Estas diferencias pueden deberse a diferencias en la muestra dada la mayor participación de mujeres.



Transporte

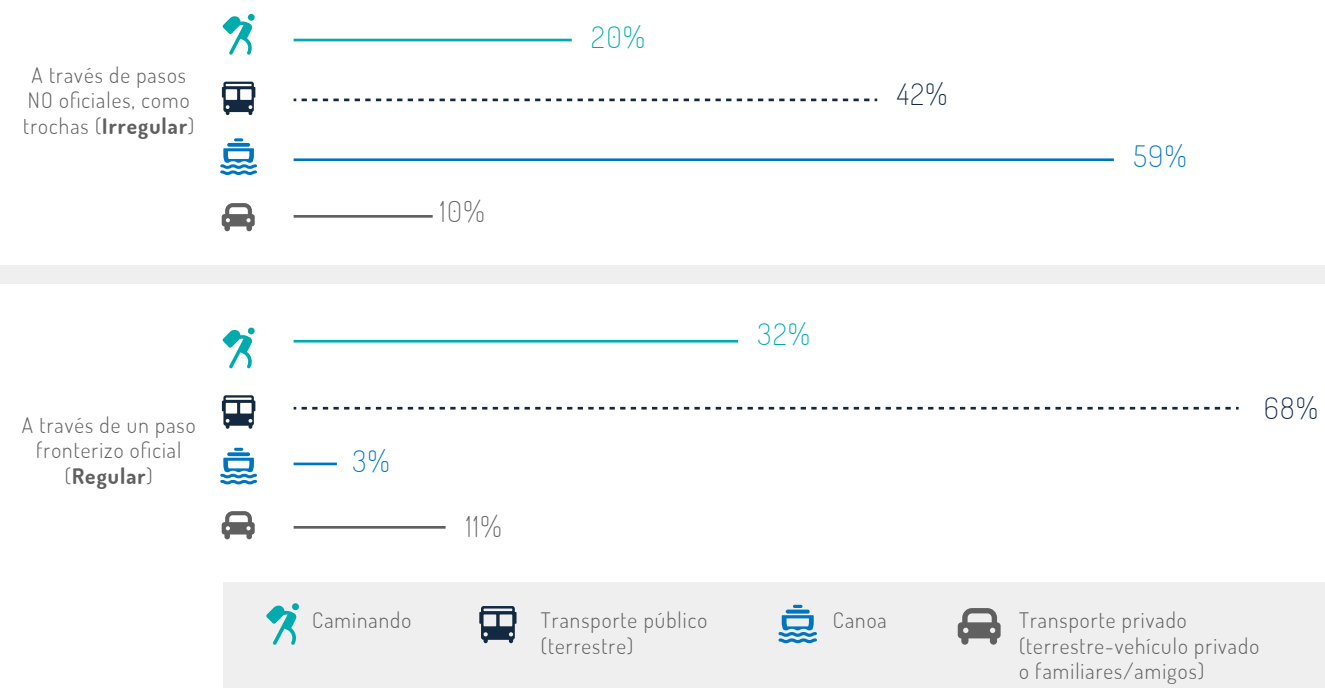
Es importante tener en cuenta que el transporte, más que un medio logístico para movilizarse de un lugar a otro, es un factor protector. En la actualidad, dentro de Colombia persisten restricciones para garantizar el acceso al transporte humanitario seguro de refugiados y migrantes provenientes de Venezuela, especialmente entre quienes se encuentran en el país de manera irregular y entre quienes necesitan movilizarse entre diferentes municipios.

En relación con los medios de transporte utilizados durante el trayecto de llegada a Colombia y de retorno a Venezuela, el 77% de las personas utiliza un único medio de transporte. El 23% restante utiliza al menos dos medios de transporte en los trayectos. El medio más utilizado, en general, es el transporte público terrestre, reportado por el 59% de las personas entrevistadas, le sigue la modalidad de ir a pie o caminando, que es

utilizada por el 28% de las personas, y para el 17% es su único medio de transporte. La canoa es utilizada por el 22% de las personas que cruzan la frontera en Arauca, y el 10% utiliza transporte privado terrestre.

La selección del transporte guarda una estrecha relación con el departamento de entrada y las características de la frontera. Entre quienes cruzaron irregularmente (36%), la mayoría cruzaron en canoa-principalmente en Arauca-, mientras que quienes cruzaron por un paso fronterizo oficial solo el 3% tuvo que acudir a la canoa. El transporte privado en ambos casos fue utilizado por cerca del 10% de las personas. El transporte público terrestre fue utilizado en mayor proporción por la población que entró por un paso regular (68%), en contraste con un 42% de la población que ingresó por pasos informales (ver gráfica 64).

Gráfica 64. Medios de transporte según forma de ingreso a Colombia:





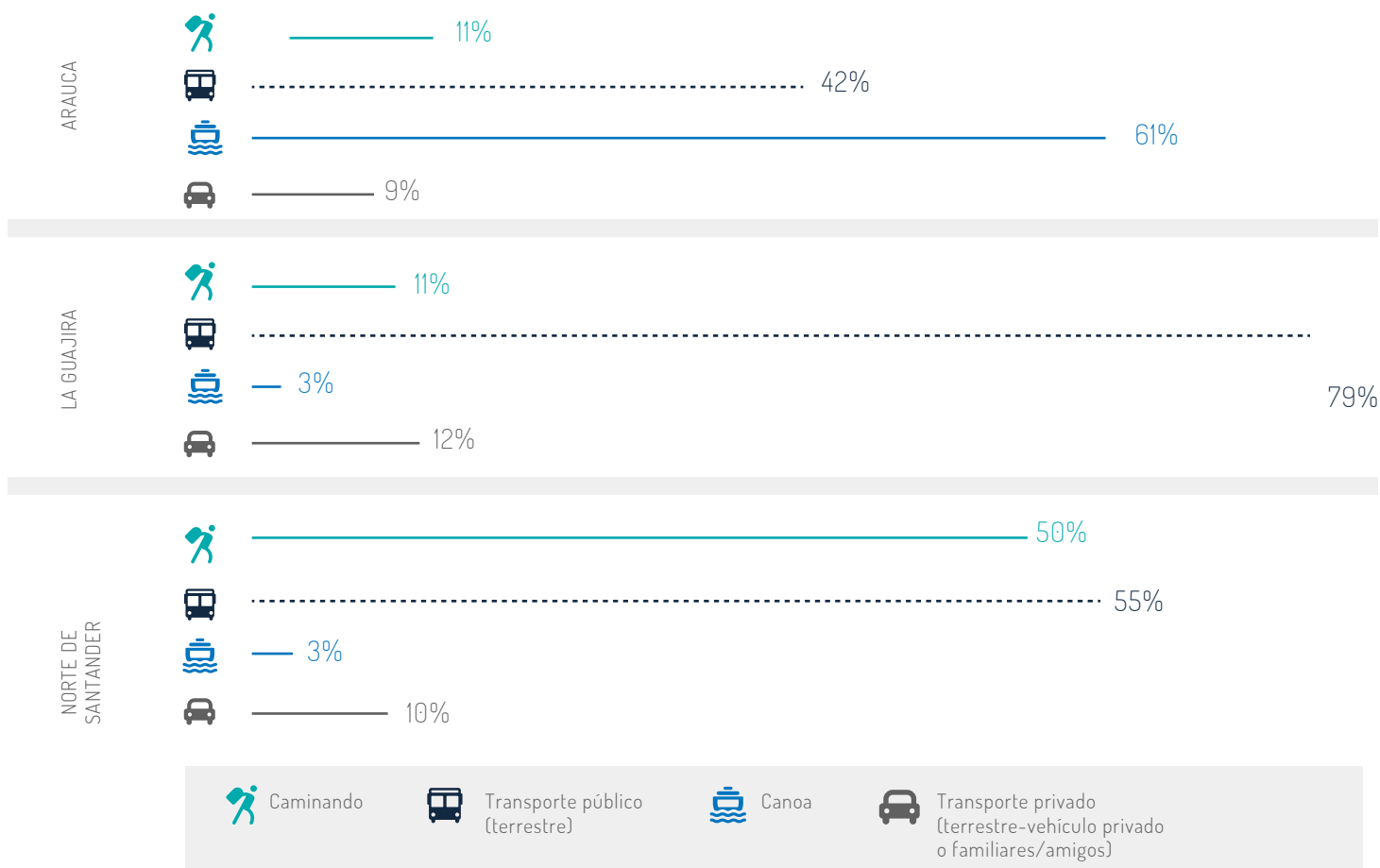
Entre las personas que entraron por Arauca, el 81% de las personas utilizaron canoa. El transporte público terrestre fue utilizado por el 79% de las personas que entraron por La Guajira, el 55% de la población que entró por Norte de Santander y el 42% de la población que ingresó por Arauca.

El 50% de las personas pendulares en Norte de Santander ingresaron al país caminando, a diferencia del 11% reportado en Arauca y La Guajira. Para el 19% de las personas que caminaron, una barrera de entrada a Colombia fue la inseguridad. Por otro lado, las personas pendulares no caminan por largos periodos de tiempo: el 91% tuvo solo un día de viaje, el 8% entre uno y tres días de viaje y un 1% entre 5 y 7 días de viaje. En relación con

el promedio de horas diarias, el 61% tuvo que caminar dos horas o menos, el 28% de quienes caminaron lo hicieron entre 3 y 5 horas, y el 11% tuvieron que caminar seis o más horas en un día.

La población pendular en su mayoría no identificó el transporte humanitario como una de sus principales necesidades. No obstante, en este flujo pendular, el transporte humanitario es un servicio para acceder a otros servicios que sí son necesidades prioritarias. Solo el 8% de las personas identificó el transporte humanitario como una de sus principales necesidades, y solo 1% de la población ha recibido asistencia humanitaria en transporte.

Gráfica 65. Medios de transporte según departamento de ingreso a Colombia:



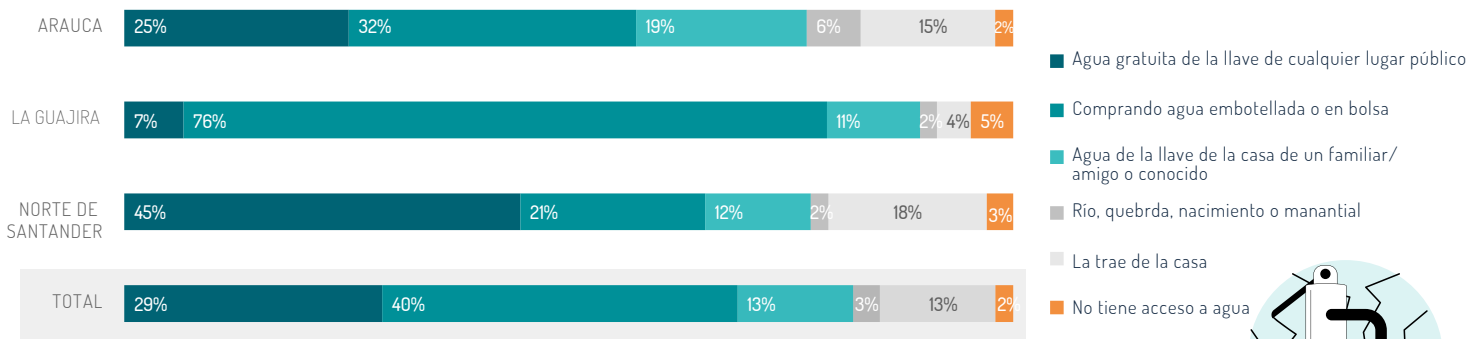


AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE (WASH)

Agua

Se evidencia que el 40% de los grupos compran el agua, mientras que el 2% no tiene acceso a agua, para un 3% el mecanismo de afrontamiento para poder acceder al líquido vital es tomarla directamente de ríos y de otras fuentes hídricas. Asimismo, otro 13% indica traerla desde su casa debido a las barreras que limitan su acceso, particularmente en el departamento del Norte de Santander se asocia a la no disponibilidad, mientras que en Arauca y la Guajira se indicó que las barreras se deben a los costos del agua.

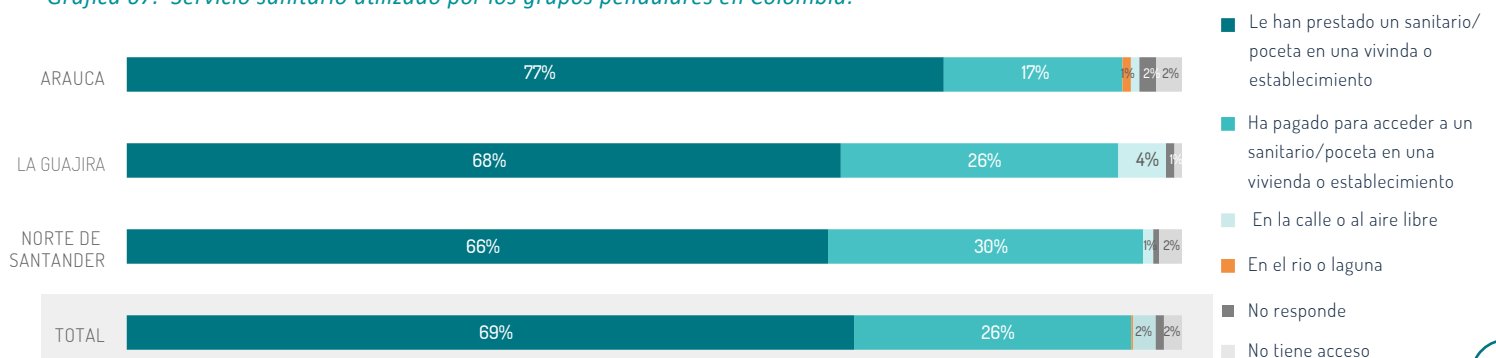
Gráfica 66. Fuente de acceso a agua según departamento de entrada:



Saneamiento

Los resultados sobre saneamiento para la población pendular dejan ver un alto acceso a servicios sanitarios, cifras acordes con los servicios de este tipo operados por las organizaciones humanitarias disponibles próximos a la frontera.

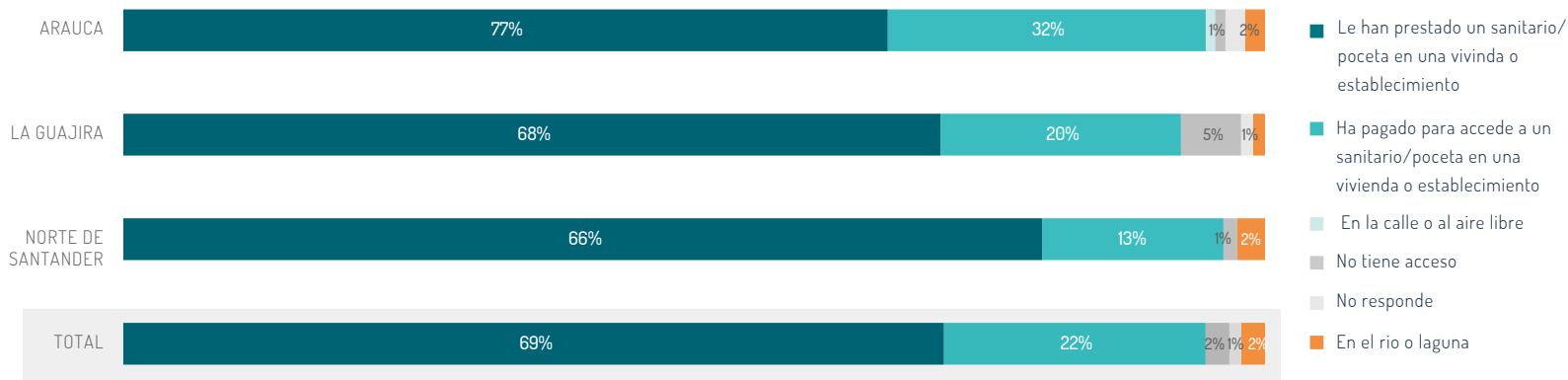
Gráfica 67. Servicio sanitario utilizado por los grupos pendulares en Colombia:





Para acceder a los servicios sanitarios el 26% de los grupos de viaje y sus miembros deben pagar, mientras que otro 5%⁴¹ indica tener restricciones que resultan en prácticas de defecación a campo abierto.

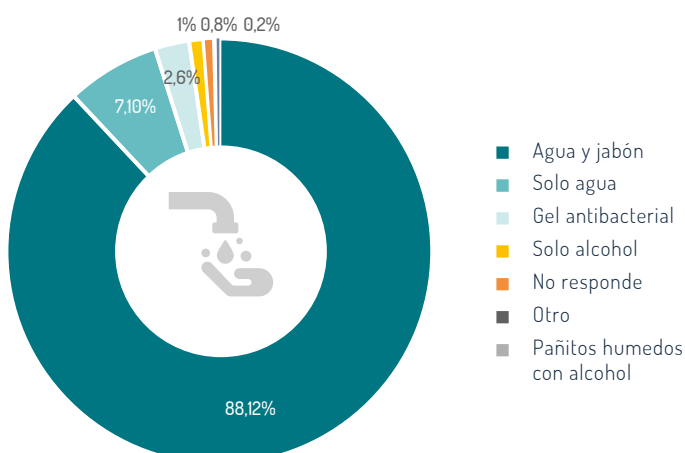
Gráfica 68. Servicio sanitario utilizado por los grupos de viaje en Colombia:



Los porcentajes mencionados anteriormente no distan de los resultados que se reporta sobre la situación a nivel departamental a la que se enfrentan aquellos grupos viajando con niños y niñas menores de 5 años, especialmente en el departamento de Arauca. Por otra parte, en el departamento de La Guajira, aproximadamente el 6% de los grupos acompañados de niños y niñas tiene prácticas de defecación a campo abierto. Uno de los hallazgos de la evaluación es que 7% de los grupos de viaje encuestados que se identificaron como indígenas reportan las cifras de defecación al aire libre más alta.

Higiene

Gráfica 69. Elementos utilizados para el lavado de manos:

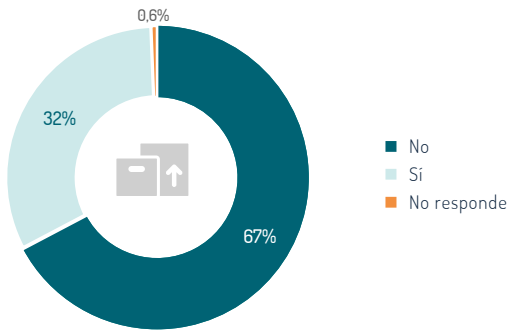


En la evaluación, el 88% de la población pendular encuestada indicó que para lavarse las manos principalmente utilizan agua y jabón. Sin embargo, ante las diferentes barreras de acceso a infraestructura sanitaria debe considerarse que no necesariamente es posible que esta acción sea realizada en los momentos adecuados; esto propicia la exposición a enfermedades transmisibles e infecciones.

⁴¹ Agrupa los datos de las opciones de respuesta en la calle o al aire libre, no tiene acceso y/o no responde.

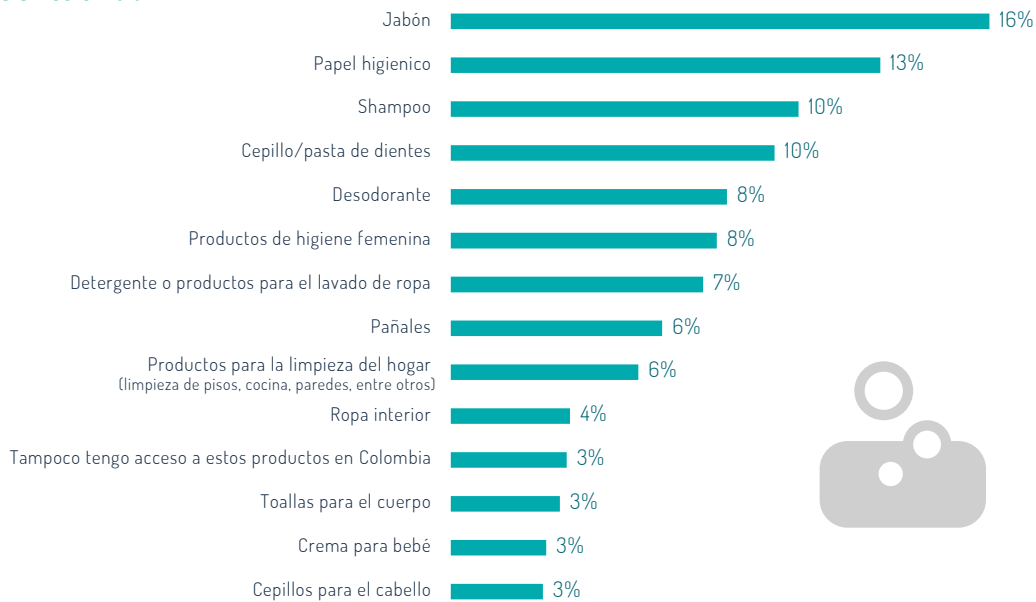


Gráfica 70. Porcentaje de grupos de viaje con y sin acceso a artículos de aseo e higiene en Venezuela:



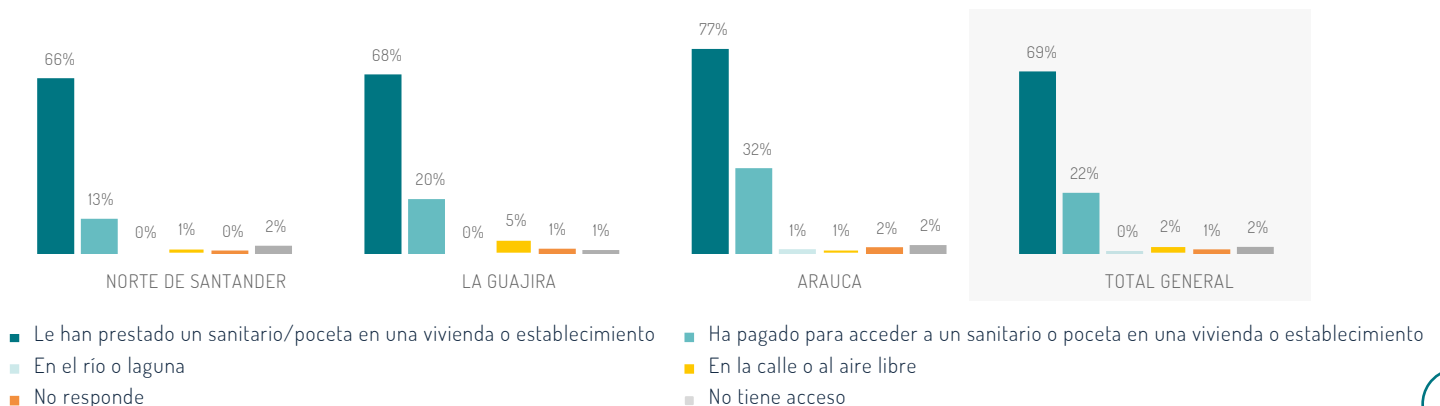
El 32% de la población encuestada indicó que tiene problemas para acceder a algunos artículos de aseo e higiene en Venezuela. Manifestaron además que, al no tener acceso en Venezuela, logran abastecerse en Colombia principalmente de jabón, papel higiénico, shampoo, cepillo y pasta de dientes.

Gráfica 71. Artículos de higiene y aseo que compran los grupos de viaje en Colombia:



En general, los productos de cuidado menstrual no hacen parte de los más demandados por la población pendular. Sin embargo, 11% de las niñas y mujeres menstruantes mencionó no haber tenido acceso a ninguno de estos productos, 5% mencionó haber usado papel higiénico y un 8% prefirió no responder.

Gráfica 72. Productos de higiene menstrual a los que tienen acceso las mujeres, niñas y personas menstruantes en los grupos de viaje según departamento:





7 NECESIDADES Y RIESGOS DE PROTECCIÓN





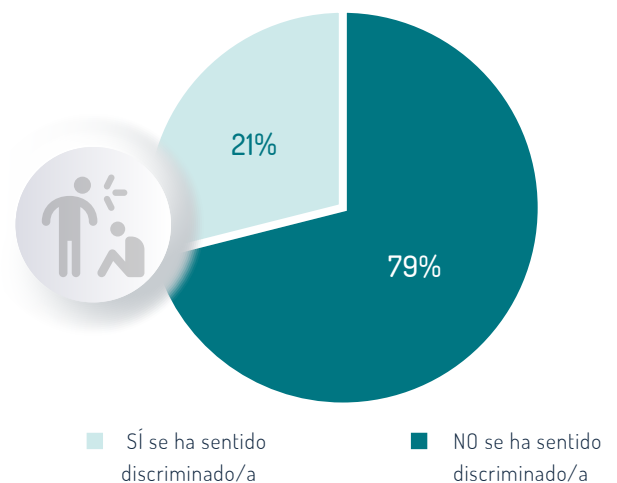
Riesgos en la ruta

Del total de personas encuestadas, tan solo alrededor del 11% respondió que ha sentido o se ha enfrentado a una situación de riesgo o inseguridad mientras cruza la frontera, mientras que el 89% respondió que no ha habido ninguna situación de las descritas. Dentro de la muestra, los principales riesgos identificados corresponden a violencia física, robo e intimidación. A nivel departamental la situación de riesgo e inseguridad se reportó en Norte de Santander (15%), La Guajira (10%) y Arauca (7%).

Discriminación

De la población encuestada, el 21% se ha sentido discriminada. Entre los departamentos analizados, Norte de Santander (26%) presenta el mayor número de migrantes venezolanos que se han enfrentado a algún tipo de discriminación, seguido por Arauca (18%) y la Guajira (17%). La discriminación por nacionalidad y por situación socioeconómica son los principales motivos que enfrenta la población. En general, los migrantes que viajan solos o en grupos de 2 y 3 personas suelen ser más propensos a sufrir algún tipo de discriminación.

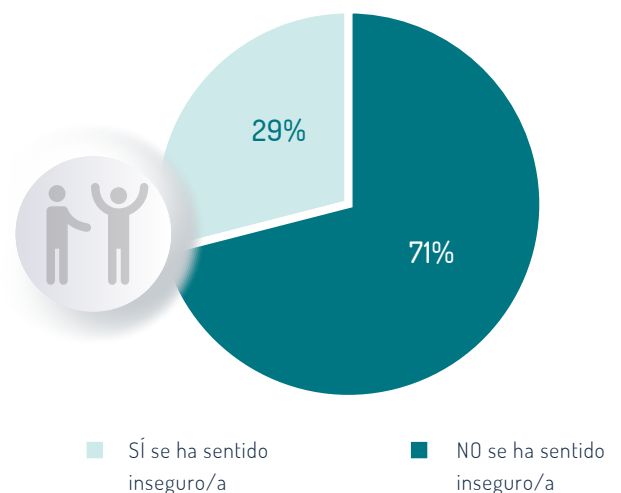
Gráfica 73. Porcentaje de grupos de viaje que se han sentido discriminados en Colombia:



Seguridad

Dentro de los riesgos de seguridad, el 29% de la población migrante encuestada respondió que se ha enfrentado a algún tipo de inseguridad. Dentro de las personas que respondieron que sí, el 23% respondió que los riesgos de inseguridad los identificó en el mercado, 64% en la calle, y 25% en el parque. Dentro de los departamentos analizados, Norte de Santander (33%) presenta el mayor número de migrantes venezolanos que ha sentido algún riesgo de seguridad, seguido por La Guajira (31%) y Arauca (18%).

Gráfica 74. Porcentaje de grupos de viaje que se han sentido inseguros en Colombia:





Violencia basada en género (VBG)

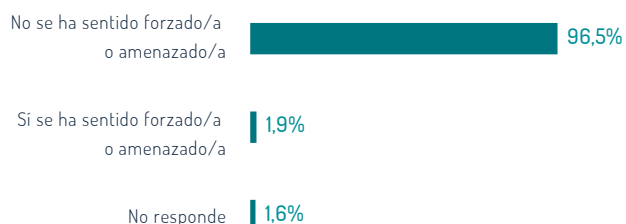
Dentro de las personas que manifestaron haber enfrentado algún tipo de riesgo de seguridad, solo el 4% relacionó la inseguridad por violencia sexual. Sin embargo, debido a la sensibilidad de este tipo de preguntas, existe una alta probabilidad de que haya un subregistro que no puede identificarse a través de una encuesta. Por lo tanto, esta información es una evidencia de que, en efecto, es un fenómeno al que se enfrentan las personas refugiadas y migrantes venezolanas.



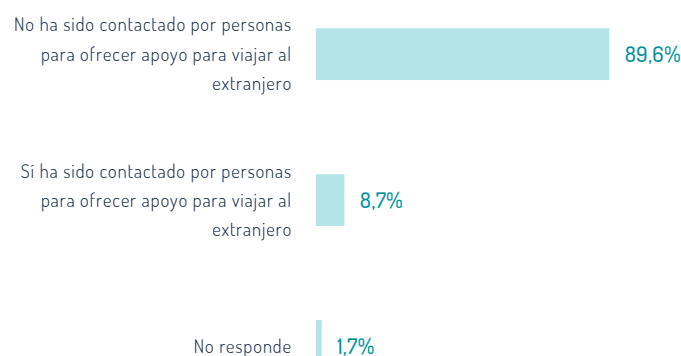
Riesgo de trata y tráfico

Dentro del total de la población encuestada el 8,7% manifestó que ha sido contactada por personas o grupos para ofrecerle apoyo para viajar al extranjero, lo que revela que la población venezolana sí enfrenta riesgo de ser involucrados en redes de trata de personas. De hecho, aunque el porcentaje pareciera no ser muy significativo, también debe tenerse en cuenta que el 1,7% de la población se abstuvo de responder esta pregunta. Adicionalmente, la encuesta reveló que el departamento de La Guajira (12%) obtuvo el mayor porcentaje de personas que se han enfrentado a este tipo de situaciones, seguido por Norte de Santander (8%) y Arauca (6%).

Gráfica 75. Porcentaje de grupos de viaje que se han sentido forzados a realizar alguna actividad a cambio de beneficios en dinero o en especie:



Gráfica 76. Porcentaje de grupos de viaje que han sido contactados para ofrecerles ayuda para viajar al extranjero:





8 MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO

- Las estrategias de afrontamiento asociadas a medios de vida ayudan a comprender las capacidades del hogar para hacer frente a dificultades de largo plazo.
- Las estrategias de estrés indican que el hogar tiene capacidad reducida para hacer frente a crisis futuras como resultado de la reducción de recursos o incremento de deudas. Las estrategias de crisis se asocian con la reducción directa de la productividad futura del hogar, que incluye la formación de capital humano.
- Las estrategias de emergencia también afectan la productividad futura pero son más difíciles de revertir o más dramáticas por naturaleza.



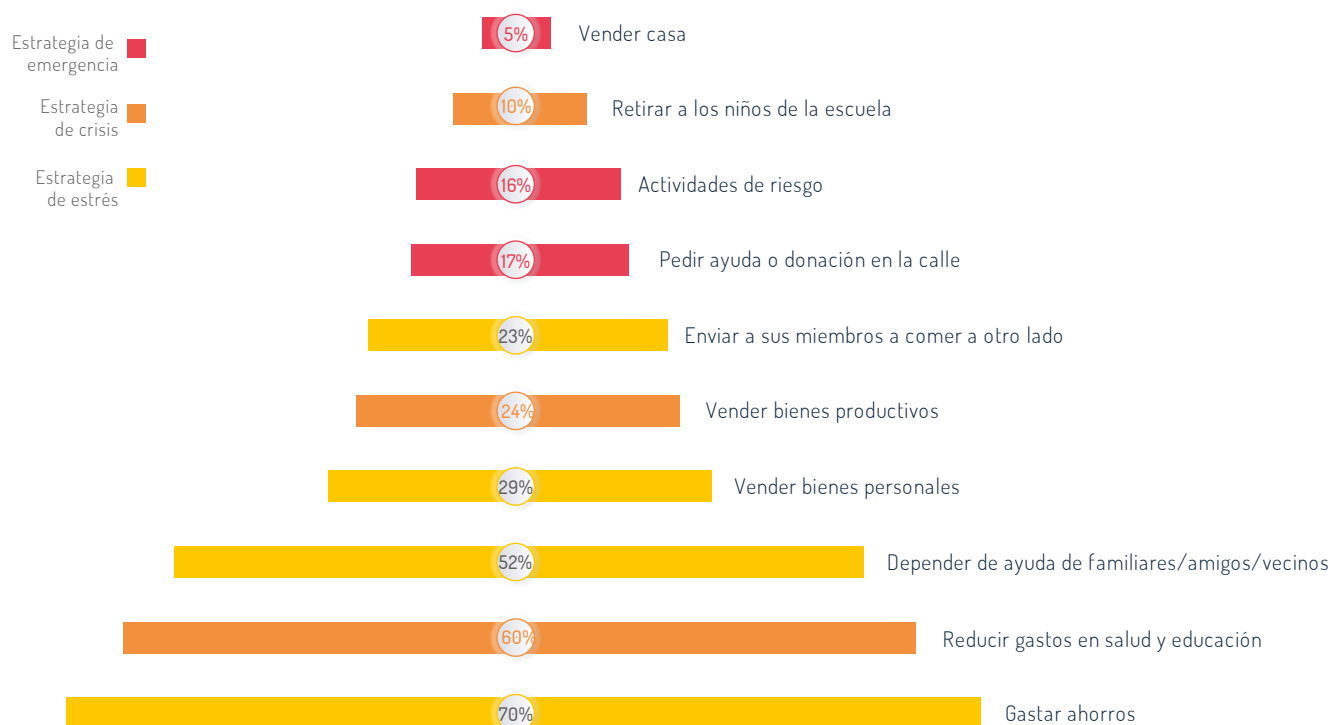
En el marco de la Evaluación Conjunta de Necesidades 2022, se preguntó a las personas de los grupos de viaje en movimientos pendulares si durante los 30 días anteriores a la encuesta tuvieron que recurrir a un conjunto de diez estrategias que pertenecen a las tres categorías mencionadas (estrés, crisis y emergencia). Teniendo en cuenta que la mayoría de las personas encuestadas manifestó estar en Colombia durante un día, la respuesta a esta pregunta puede referirse a las estrategias de sus hogares en Venezuela y no a su estancia en Colombia.

El 70% de las personas encuestadas gastó los ahorros para satisfacer las necesidades de alimentos u otras necesidades, el 52% depende de la ayuda de familiares, amigos o vecinos, el 29% vendió bienes personales, y el 23% envió a sus miembros a consumir alimentos a otro lugar. Estas acciones se consideran señales de estrés o inseguridad alimentaria leve.

Por otro lado, el 60% redujo los gastos esenciales no alimentarios, como la educación y la salud, lo que conduce a una reducción del capital humano (que es un activo productivo), el 24% vendió bienes o activos productivos indispensables en las actividades de trabajo, y el 10% retiró a los niños y niñas de la escuela para aportar a la economía del hogar. Estas tres acciones se consideran estrategias de crisis o inseguridad alimentaria moderada.

Por último, el 17% de las personas encuestadas pidió ayuda o donación en la calle para comprar comida, el 16% realizó otras actividades que tienen un riesgo en su dignidad, salud, seguridad o vida sobre las que prefiere no hablar, y el 5% recurrió a la venta de su casa o terreno para hacer frente a sus necesidades básicas. Estas tres últimas estrategias son consideradas de emergencia o inseguridad alimentaria severa (ver gráfica 77).

Gráfica 77. Estrategias de afrontamiento adoptadas por las personas o grupos de viaje en movimientos pendulares:

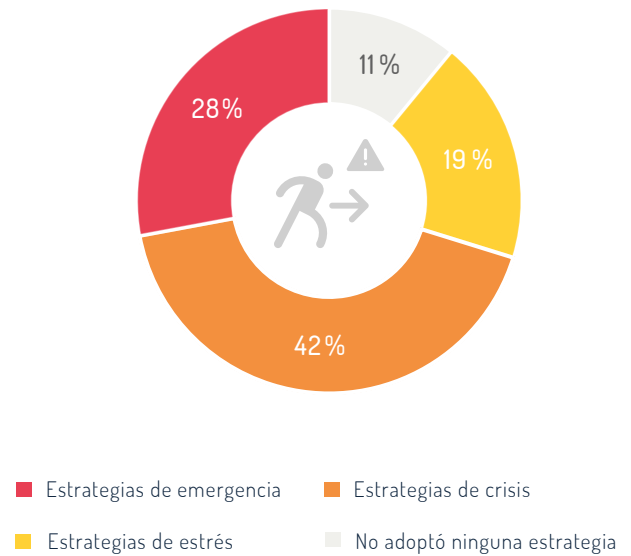




Al clasificar a las personas o grupos pendulares de acuerdo con la estrategia más severa adoptada durante los 30 días anteriores a la encuesta, se observa que el 28% adoptó alguna de las estrategias de emergencia: para el 42%, la estrategia más severa fue una de crisis, afectando su capacidad productiva futura; el 19% tuvo como estrategia más severa el reducir gastos en salud y educación, vender bienes productivos o retirar a los niños y niñas de la escuela (ver gráfica 78). Este último resultado aunado al indicador precedente, demuestran que la mayoría de las personas con movimientos pendulares que gastaron sus ahorros (estrategia de estrés), adoptaron también estrategias más severas.

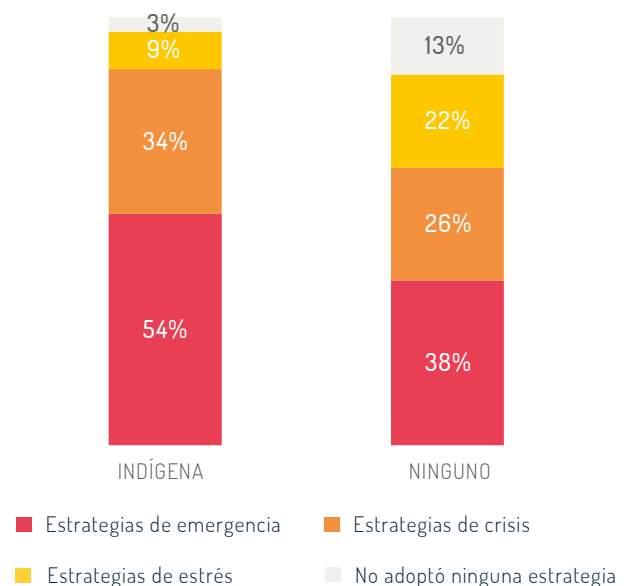
Solo el 11% de las personas o grupos de viaje en movimientos pendulares no adoptó ninguna de las diez estrategias de afrontamiento incluidas en la encuesta.

Gráfica 78. Estrategia de afrontamiento más severa, adoptada por las personas o grupos de viaje en movimientos pendulares:



La adopción o puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento asociadas a los medios de vida no presenta diferencias significativas según el género de la persona encuestada o con la condición de viajar solo o en grupo de viaje, pero sí con la pertenencia étnica y la edad⁴². Los grupos de viaje con respondiente indígena adoptan más estrategias de crisis (54%), comparados con aquellos que no se reconocen como parte de ningún grupo étnico (38%). El porcentaje de grupos de viaje con respondiente indígena que usaron como máximo una estrategia de estrés, y quienes no adoptaron ninguna estrategia son menores respecto a otras pertenencias étnicas.

Gráfica 79. Estrategias de afrontamiento más severas, adoptadas por las personas o grupos de viaje en movimientos pendulares, según pertenencia étnica del encuestado:

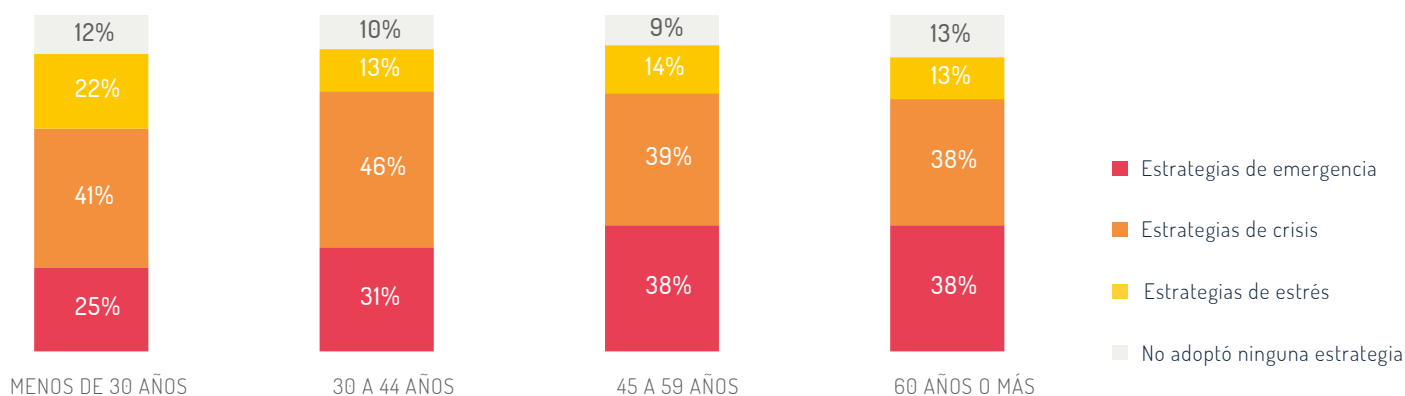


42. Las diferencias entre las proporciones fueron evaluadas a partir del estadístico z.



La adopción de las estrategias de estrés también varía de acuerdo con la edad del encuestado. Los grupos de viaje con respondiente menor a 30 años adoptaron en mayor medida estrategias de estrés, comparados con otros grupos de edad. Los porcentajes correspondientes a otros tipos de estrategias no son estadísticamente significativos.

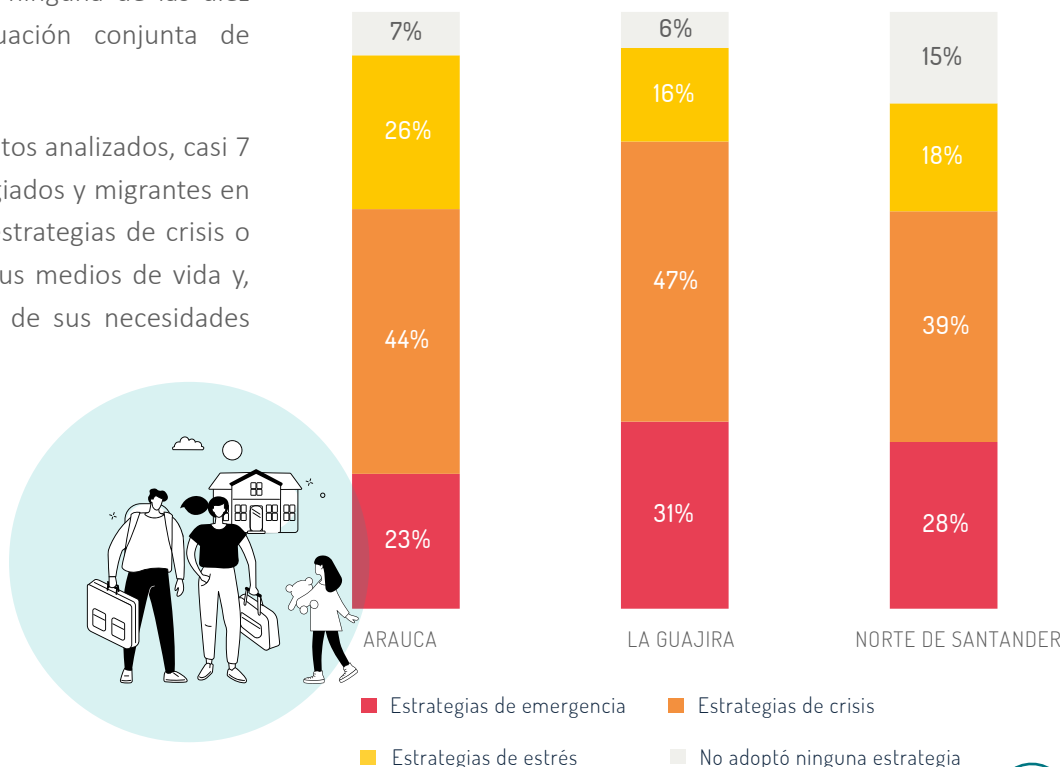
Gráfica 80. Estrategias de afrontamiento más severas, adoptadas por las personas o grupos de viaje en movimientos pendulares, según edad:



Las personas o grupos de viaje en movimientos pendulares que entraron por Norte de Santander adoptaron menos estrategias que las de Arauca y La Guajira, ya que el 15% no adoptó ninguna de las diez estrategias incluidas en la evaluación conjunta de necesidades.⁴³

Se resalta que, en los 3 departamentos analizados, casi 7 de cada 10 grupos de viaje de refugiados y migrantes en movimientos pendulares adoptan estrategias de crisis o emergencia que ponen en riesgo sus medios de vida y, por lo tanto, la satisfacción futura de sus necesidades básicas.

Gráfica 81. Estrategias de afrontamiento más severas, adoptadas por las personas o grupos de viaje en movimientos pendulares, según departamento:



43 Las diferencias entre las proporciones fueron evaluadas a partir del estadístico z.

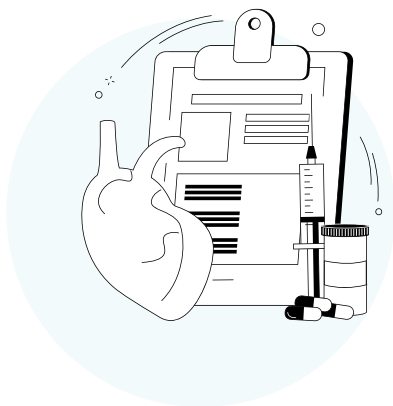


9 RESPUESTA

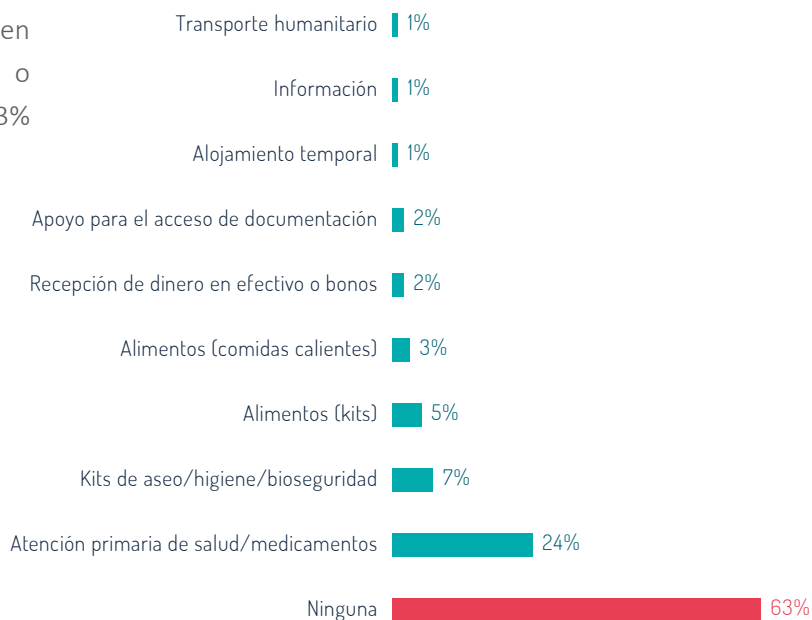




El 63% de las personas no recibieron ningún tipo de asistencia humanitaria durante los 30 días previos a la encuesta. El 24% de las personas recibieron atención en salud o medicamentos, el 7% recibió kits de aseo o higiene, el 5% recibió alimentos en forma de kits, el 3% recibió alimentos calientes, y el 2% apoyo en efectivo.



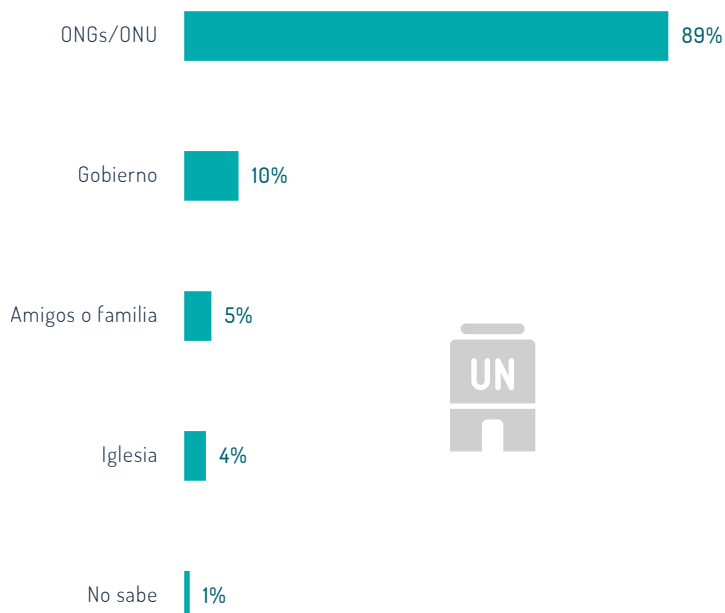
Gráfica 82. Asistencia recibida en los últimos 30 días:



El análisis por sexo no arrojó ninguna diferencia significativa en la recepción de asistencia humanitaria. Sin embargo, bajo la perspectiva étnica, se encuentra que la recepción de asistencia en forma de alimentos calientes es mayor proporcionalmente en personas que se identifican como indígenas y afrodescendientes, mientras que la recepción de asistencia en temas de salud es mayor proporcionalmente entre quienes no se identifican bajo ninguna etnia.

De las personas que reportaron haber recibido asistencia humanitaria (36%), mencionaron en la gran mayoría haber recibido la asistencia por parte de ONGs (89%), por parte del gobierno (10%) y por parte de familia o amigos (5%).

Gráfica 83. De quién recibió asistencia:



Fotografía:
©UNICEF

