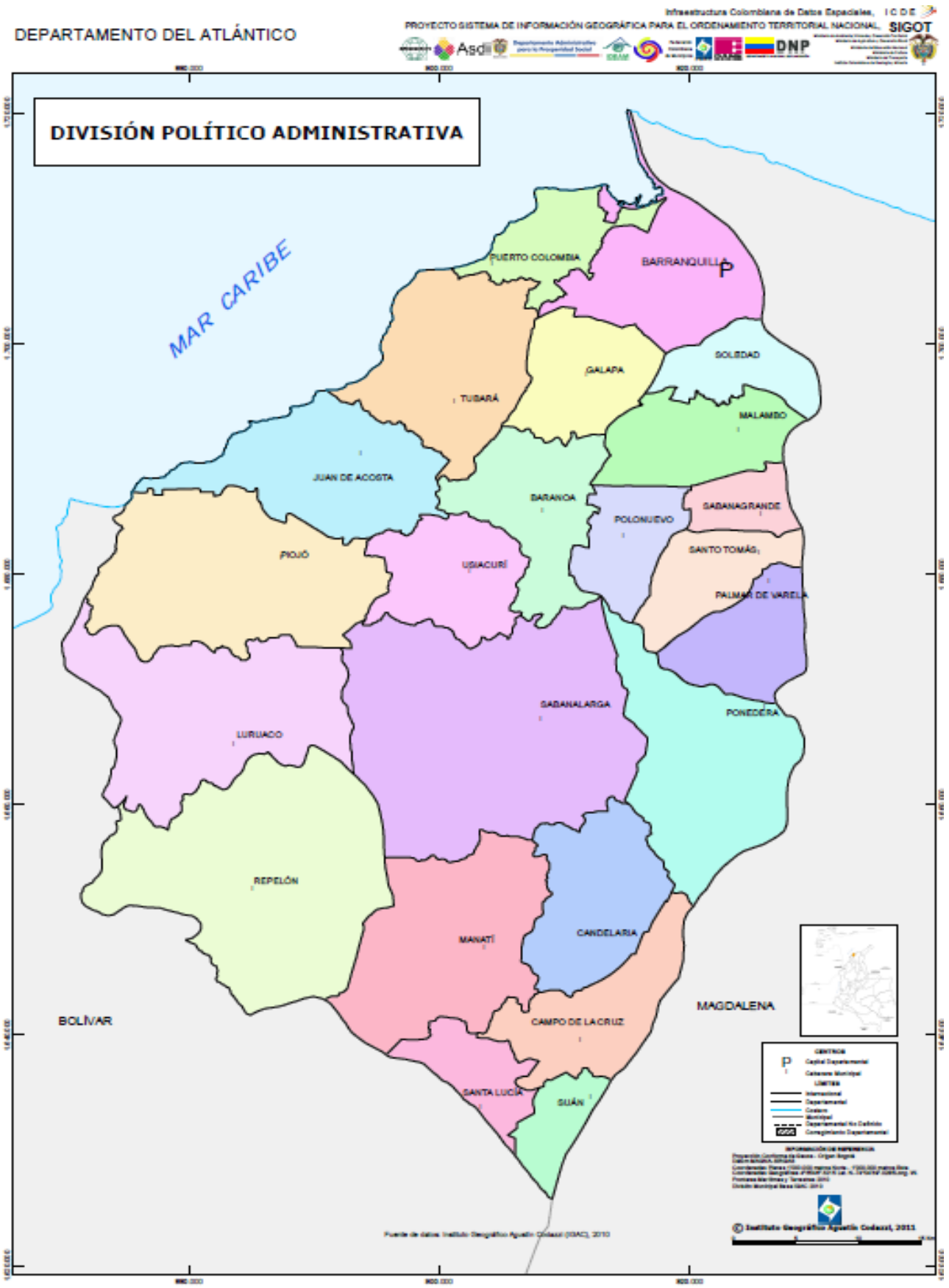
ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE: ATLÁNTICO

MUNICIPIOS: Barranquilla, Soledad, Malambo, Palmar de Varela, Ponedera y Baranoa



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi

Contenido

1 Introducción 4

2 Contexto Histórico y Actual del Conflicto Armado en el Departamento. ... 10

3 Análisis Del Contexto Cultural, Social, Político Y Económico Y Su Relación Con Los Hechos Victimizantes En El Departamento. 20

4 Estado Actual de la Atención en Salud Integral y la Atención Psicosocial a la Población Víctima en el Departamento. 32

5 Oferta Institucional Y Rutas De Atención Para Población Víctima..... 33

6 Convenio Policía Nacional y Unidad para las Víctimas 74

7 Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 75

8 Estado de Emergencia Sanitaria por Covid 19. 76

1 Introducción

En el marco del Convenio de asociación 469 de 2020 suscrito entre la Fundación Forjando Futuros y el Ministerio de Salud y Protección Social, se está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) en la Región 1, conformada por los departamentos de Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Córdoba, Sucre, Cesar, Guajira, Magdalena, Guainía, Vichada y Arauca, En el Departamento del Atlántico para la atención a través del PAPSIVI, se priorizaron para la vigencia 2019 Seis (6) municipios del departamento: Soledad, Malambo, Palmar de Varela, Ponedera, Baranoa y Distrito de Barranquilla.

En este documento se presenta la actualización del análisis del contexto del Departamento del Atlántico, siguiendo las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en este sentido este documento contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Para la recolección de información se utilizaron fuentes primarias y secundarias que alimentan la construcción del documento. Las fuentes primarias consultadas son los reportes verbales de servidores públicos municipales y relatos de población víctima del conflicto armado obtenidos a través de entrevistas. Las fuentes secundarias utilizadas fueron: Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023, datos de la Red Nacional de Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, documentos diagnósticos de diferentes entidades que conforman el SNARIV, entre otro

El departamento del Atlántico está situado al norte del territorio nacional. Limita al norte y noreste con el mar Caribe, en una extensión aproximada de 90 Km; desde el rompeolas occidental en Bocas de Ceniza, hasta las salinas de Galerazamba. Al este, con el río Magdalena, en una longitud de 105 Km, contados desde su desembocadura en Bocas de Ceniza hasta el desprendimiento del Canal del Dique en Calamar; al sur, suroeste y oeste con el departamento de Bolívar desde Calamar hasta las Salinas de Galerazamba. Atlántico está conformado política y administrativamente 23 municipios, (su capital es la ciudad de Barranquilla), 31 corregimientos, 14 inspecciones de policía.

En la Red Nacional de Información, de la Unidad de Victimas, a corte 31 de Julio 2020, nos ofrece unos datos estadísticos sobre las victimas en el Departamento, entre los cuales están:

- 175.464 víctimas registradas hay en el departamento, que representan un 6.4% del total de la población (2.722.128) de esta población existen 154.176 están sujetas de atención.

- Se reportan 37.771 Eventos, es decir: hechos victimizantes ocurridos en algún lugar y fecha determinada

Por otro lado, es importante mencionar que los municipios focalizados para la implementación del Papsivi son reconocidos a nivel nacional como receptores de víctimas del conflicto armado que ha generado una serie de impactos negativos a nivel individual, familia, grupal y comunitario. En este sentido y con la decidida implementación del Programa PAPSIVI en vigencias anteriores en el departamento del Atlántico, se ha logrado hacer un acompañamiento a las víctimas en la etapa del posconflicto, logrando que las victimas hagan un proceso de recuperación en cuanto a la vida en relación consigo mismo, con la familia, con la comunidad y el Estado; la reconstrucción de proyectos de vida y la atención psicosocial de afectaciones psicológicas por diversos hechos victimizantes.

El Departamento del atlántico no tiene municipios postconflicto.[1]

La violencia sociopolítica y el conflicto armado interno en Colombia han producido en las víctimas y en la sociedad en su conjunto una serie de daños materiales e inmateriales, entre ellos la pérdida de los referentes organizativos de la sociedad, secuelas sobre la salud física y mental de las víctimas, sobre la economía, sobre las instituciones y relaciones sociales, y sobre la cultura y sus diferentes manifestaciones. La Ley 1448 de 2011, "*Por la cual se dictan medidas de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado Interno y se dictan otras disposiciones*"; sienta las bases para la implementación de la política pública para la atención y reparación integral a las víctimas, bajo los principios de progresividad, gradualidad y sostenibilidad.

La implementación de la Ley y el cumplimiento de las sentencias de las diferentes Cortes establecen una nueva institucionalidad y ordenan nuevas responsabilidades a nivel nacional y territorial, lo que exige desarrollar estrategias de coordinación y seguimiento a planes de respuesta inmediata entre el nivel nacional y el territorial. Este proceso requiere del acompañamiento y coordinación con las autoridades locales para fortalecer su capacidad de respuesta, por lo que se hace necesario la formación continua del talento humano del sector con enfoque psicosocial, lo que facilita una atención integral en salud a las víctimas y un acercamiento a las comunidades con el fin de identificar sus necesidades reales y recuperar su confianza en el Estado. Así como, continuar en los procesos de fortalecimiento a las víctimas y sus organizaciones en los procesos de construcción conjunta en diseño,

[1] https://www.minagricultura.gov.co/convocatorias/Documents/Apertura_Registro_2016_2018/Anexo_2_Municipios_Priorizados_Posconflicto.pdf

implementación, monitoreo y evaluación de planes, programas y proyectos dirigidos a la atención y reparación de las víctimas.

Frente a los impactos de la violencia sobre la salud mental, física y psicosocial, la ley ordena que el programa incluya de manera precisa, clara y concreta la atención individual, familiar y comunitaria con "*calidad por parte de profesionales con formación técnica específica y experiencia relacionada, especialmente cuando se trate de víctimas de violencia sexual, para lo cual deberá contar con un componente de atención psicosocial para atención de mujeres víctimas. Se deberá incluir entre sus prestaciones la terapia individual, familiar y acciones comunitarias según protocolos de atención que deberán diseñarse e implementarse localmente en función del tipo de violencia y del marco cultural de las víctimas*"[2].

Desde esta perspectiva, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), forma parte de las medidas de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial de la Ley 1448 de 2011 y en los artículos 164, 165 y 166 del Decreto 4800 de 2011 y busca el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de la población víctima, así como la garantía del derecho a la salud dentro de marcos éticos que permitan la dignificación y la recuperación de los efectos ocasionados como consecuencia de las Graves Violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el marco del conflicto armado en Colombia.

El Programa presenta las directrices, estrategias y acciones diseñadas para dar cumplimiento a los propósitos de reparación integral a las víctimas, específicamente en lo relativo a las medidas de asistencia y rehabilitación que el Ministerio de Salud y Protección Social debe coordinar en articulación con los demás actores del Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas –SNARIV y con los actores del Sistema General Seguridad Social en Salud –SGSSS y del Sector Salud, acorde con las competencias definidas en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1616 de 2013 y las normas que las modifique o sustituyan y los principios de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia.

El PAPSIVI ha de ser implementado por las Entidades Territoriales en cabeza de las Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, de acuerdo con los principios de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia, así como con los principios de gradualidad y progresividad establecidos en la Ley 1448 de 2011. Para tal fin el Programa consta de dos (2) componentes específicos: **La atención psicosocial y la atención integral en salud** para las víctimas del conflicto armado. Los mismos se articulan a través de estrategias simultáneas y transversales de i) **coordinación** entre las entidades territoriales, ii) **construcción conjunta** con todos los actores responsables de su diseño e implementación en cuyo centro están las víctimas y sus organizaciones, iii) **formación del talento humano** y, iv) **seguimiento, monitoreo y evaluación.**

[2] *Congreso de la República. Ley 1448 de 2011. Artículo 137*

En este escenario, la Ley 1448 de 2011, fija unos términos para la implementación de la medida de rehabilitación, es decir, la implementación del PAPSIVI; de igual manera el Conpes 3726 de 2011 establece una meta de tres millones (3.000.000) de víctimas con atención psicosocial. En tanto, en el Plan Nacional de Desarrollo "Todos por un nuevo país" 2014 – 2018 se incorpora la Estrategia de Seguridad, Justicia y Democracia para la Construcción de la Paz, con el objetivo de garantizar el goce efectivo de derechos de las víctimas, en cumplimiento a las medidas de atención, asistencia y reparación establecidas en el marco normativo citado anteriormente.

Para su implementación el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha asignado recursos de concurrencia a las Entidades Territoriales para la atención psicosocial así: En el año 2013 y primer semestre de 2014, se inició el programa, a través del convenio 363 de 2013 con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Se continuó en el segundo semestre de 2014, a través de la resolución 2892 del 16 de julio de 2014 en la cual se asignaron los recursos a 30 Entidades Territoriales y para el año 2015 se expide la resolución de transferencia 0713 de 2015 en la cual se destinaron recursos para 16 entidades territoriales; adicionalmente se firmaron dos Convenios de Asociación con el fin ampliar la cobertura en otros 6 Departamentos. Durante el año 2016 y 2017 se asignaron recursos nacionales al departamento, mediante las resoluciones 1123 y 907 respectivamente, para la implementación del programa. Acorde al principio de concurrencia con los municipios, el departamento a participado durante estos años con recursos que han permitido ampliar la cobertura de personas atendidas por el programa a tal punto que se realiza el presente proyecto con la finalidad de dar inicio al programa con recursos del ente territorial.

El presente proyecto busca dar continuidad a los procesos de atención psicosocial en los territorios en donde se ha venido implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) desde el año 2013 con el fin de contribuir a la medida de rehabilitación en el proceso de reparación a las víctimas del conflicto armado.

La prolongación del conflicto armado interno en Colombia que data de aproximadamente seis décadas, ha traído una serie de consecuencias en la esfera social, económica, cultural y política del país. Una de ellas, sin duda ha sido el involucramiento de la población civil en la confrontación armada. Este involucramiento conlleva el registro diario de víctimas de Graves Violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario como por ejemplo en casos de homicidio, secuestro, desaparición forzada, desplazamiento forzado, tortura, violencia sexual, reclutamiento de niños, niñas y adolescentes, uso de minas antipersonal y ejecuciones extrajudiciales, entre otros.

Acorde con lo expresado por el Comité Internacional de la Cruz Roja[3], la finalidad tanto del Derecho Internacional Humanitario (DIH) como del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) es proteger la vida, la salud y

COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA. Derecho Internacional Humanitario y Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Analogías y Diferencias. 2003.

la dignidad de las personas, pero desde puntos de vista diferentes. Así pues, no ha de sorprender que, a pesar de una formulación muy diferente, la esencia de algunas de las normas sea similar, o incluso idéntica. Por ejemplo, los dos derechos protegen la vida humana, prohíben la tortura u otros tratos crueles, estipulan los derechos fundamentales de las personas contra las cuales se abre un proceso penal, prohíben la discriminación, disponen acerca de la protección de las mujeres y los niños, reglamentan aspectos del derecho a los alimentos y a la salud. Sin embargo, el DIH contiene disposiciones sobre muchas cuestiones que están por fuera del ámbito del DIDH, como la conducción de las hostilidades, los estatutos de combatiente y de prisionero de guerra y la protección del emblema de la cruz roja y de la media luna roja. Del mismo modo, el DIDH dispone acerca de aspectos de la vida en tiempo de paz que no están reglamentados por el DIH, como la libertad de prensa, el derecho a reunirse, a votar y a declararse en huelga.

Civiles y Políticos (1966) y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), las Convenciones relativas al Genocidio (1948), la Discriminación Racial (1965), la Discriminación contra la Mujer (1979), la Tortura (1984) y los Derechos del Niño (1989). Los principales instrumentos regionales son el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950), la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos (1981).

El Derecho Internacional Humanitario es un conjunto de normas internacionales, convencionales o consuetudinarias, destinadas a resolver los problemas causados directamente por conflictos armados internacionales o no internacionales. En esa medida busca:

- “Garantizar la protección de las personas que no participan en las hostilidades, y de las personas que por cualquier motivo han dejado de hacerlo, por ejemplo, los heridos e incluso los prisioneros de guerra;
- Proteger los bienes civiles, culturales, religiosos y sanitarios que pueden resultar afectados por un conflicto armado;
- Limitar el uso de la fuerza, para lo cual prohíbe el uso de ciertas armas y ciertos métodos de guerra.”[4]

Las principales disposiciones convencionales aplicables en caso de conflicto armado no internacional como el caso colombiano, son el artículo 3 común a los Convenios de Ginebra y las disposiciones del Protocolo adicional II:

Las principales fuentes convencionales del DIDH son los Pactos Internacionales de Derechos “En caso de conflicto armado que no sea de índole internacional y que surja en el territorio de una de las Altas Partes Contratantes cada una de las Partes en conflicto tendrá la obligación de aplicar, como mínimo, las siguientes disposiciones:

a. Las personas que no participen directamente en las hostilidades, incluidos los miembros de las fuerzas armadas que hayan depuesto las armas y las

[4] *BOTERO, Catalina y Guzmán Diana. El Sistema de los Derechos. 1ra. Ed. De Justicia.*

personas puestas fuera de combate por enfermedad, herida, detención o por cualquier otra causa, serán, en todas las circunstancias, tratadas con humanidad, sin distinción alguna de índole desfavorable basada en la raza, el color, la religión o la creencia, el sexo, el nacimiento o la fortuna o cualquier otro criterio análogo.

A este respecto, se prohíben, en cualquier tiempo y lugar, por lo que atañe a las personas arriba mencionadas:

- los atentados contra la vida y la integridad corporal, especialmente el homicidio en todas sus formas, las mutilaciones, los tratos crueles, la tortura y los suplicios;
- la toma de rehenes;
- los atentados contra la dignidad personal, especialmente los tratos humillantes y degradantes;
- las condenas dictadas y las ejecuciones sin previo juicio ante un tribunal legítimamente constituido, con garantías judiciales reconocidas como indispensables por los pueblos civilizados.

b. Los heridos y los enfermos serán recogidos y asistidos. Un organismo humanitario imparcial, tal como el Comité Internacional de la Cruz Roja, podrá ofrecer sus servicios a las Partes en conflicto. Además, las Partes en conflicto harán lo posible por poner en vigor, mediante acuerdos especiales, la totalidad o parte de las otras disposiciones del presente Convenio (…)"[5]

En cuanto a la legislación colombiana, en el Título II del Código Penal[6], se encuentran los delitos contra personas y bienes protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. En ese orden de ideas y teniendo en cuenta que la atención a víctimas debe ser diferencial por hecho victimizante, bajo el marco de las Graves Violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario tomadas del documento Índice de Riesgo de Victimización de la Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas – en adelante UARIV -. En dicho apartado los hechos victimizantes se presentan por eje temático de la siguiente manera:

- Vida. Homicidio en persona protegida, Homicidio Colectivo, Ejecución Extrajudicial y Desaparición Forzada.
- Integridad Personal. Tortura en Persona Protegida, Lesiones en Persona Protegida, Tratos crueles inhumanos y degradantes y experimentos biológicos en persona protegida, Violación/ Asalto Sexual,
- Abuso Sexual, Explotación Sexual, Explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, Acceso carnal violento/ acto sexual violento con persona protegida, Prostitución forzada o esclavitud sexual, Embarazo forzado, Los castigos colectivos y las represalias y los Actos de Discriminación Racial.

5 convenios de ginebra Artículo 3, Disposiciones del Protocolo adicional II

6 *congreso de la república. Ley 599 de 2000. Código Penal Colombiano.*

c. Los heridos y los enfermos serán recogidos y asistidos. Un organismo humanitario imparcial, tal como el Comité Internacional de la Cruz Roja, podrá ofrecer sus servicios a las Partes en conflicto. Además, las Partes en conflicto harán lo posible por poner en vigor, mediante acuerdos especiales, la totalidad o parte de las otras disposiciones del presente Convenio (…)"[7]

En cuanto a la legislación colombiana, en el Título II del Código Penal[8], se encuentran los delitos contra personas y bienes protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. En ese orden de ideas y teniendo en cuenta que la atención a víctimas debe ser diferencial por hecho victimizante, bajo el marco de las Graves Violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario tomadas del documento Índice de Riesgo de Victimización de la Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas – en adelante UARIV -. En dicho apartado los hechos victimizantes se presentan por eje temático de la siguiente manera:

Vida. Homicidio en persona protegida, Homicidio Colectivo, Ejecución Extrajudicial y Desaparición Forzada.
Integridad Personal. Tortura en Persona Protegida, Lesiones en Persona Protegida, Tratos crueles inhumanos y degradantes y experimentos biológicos en persona protegida, Violación/ Asalto Sexual, Abuso Sexual, Explotación Sexual, Explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, Acceso carnal violento/ acto sexual violento con persona protegida, Prostitución forzada o esclavitud sexual, Embarazo forzado, Los castigos colectivos y las represalias y los Actos de Discriminación Racial.
Seguridad. Víctimas de Actos de Terrorismo, Utilización, producción, almacenamiento y transporte de minas antipersonal, Atacar obras e instalaciones que contienen fuerzas peligrosas, Atacar bienes culturales y lugares de culto.
Libertad Personal. Secuestro, Constreñimiento a apoyo bélico, Reclutamiento Ilícito, Toma de Rehenes y Libertad de Circulación. Desplazamiento Forzado y Confinamiento.

2 Contexto Histórico y Actual del Conflicto Armado en el Departamento.

Según el Observatorio Nacional de Memoria y Conflicto Armado del Centro Nacional de Memoria Histórica CNMH en el año 2013, la inclusión de los actores armados ilegales en el Atlántico se dio por incipientes estructuras guerrillas y paramilitares, por el posicionamiento de las milicias, tareas logísticas, consolidación de mercados, rutas para el narcotráfico, control local de la política y sobre todo en hacer las veces de zona de retaguardia y tránsito para el Bloque Caribe de las FARC y el Frente de Guerra Norte del ELN.

[7] *convenios de ginebra Artículo 3, Disposiciones del Protocolo adicional II*
[8] *congreso de la república. Ley 599 de 2000. Código Penal Colombiano.*

Como lo describió la Corporación Vínculos en el documento "Proceso de Atención y Acompañamiento Psicosocial y en Salud Física de víctimas del conflicto armado en Soledad. Fase Caracterización" (marzo, 2014), en el Atlántico, especialmente en la ciudad de Barranquilla, hicieron presencia estructuras adscritas al bloque Norte de las autodefensas Unidas de Colombia, AUC. En concreto, se asentaron los frentes José Pablo Díaz y Tomás Felipe Guillén:

En el caso del Atlántico y particularmente en Barranquilla y Soledad, la entrada de los paramilitares no tuvo como propósito principal debilitar a las guerrillas, cuyas estructuras ya no tenían una presencia fuerte en la capital del departamento y que habían sido debilitadas en el entorno, tanto en el Magdalena, como en Bolívar y la zona rural del Atlántico. Por el contrario, la razón principal de su expansión se explica si se tienen en cuenta algunos datos históricos de las profundas raíces que unen al narcotráfico y al crimen organizado. Hay que considerar la llegada de mafiosos a Soledad y Barranquilla en los años de la denominada Bonanza Marimbera en los sesenta y setenta, con lo que apareció la práctica del sicariato. Así mismo hay que considera la tradición del departamento y de su zona metropolitana en las actividades del contrabando. Finalmente, desde los ochenta, por el paso del río Magdalena y su desembocadura al mar; el departamento y su capital se convirtieron en un espacio estratégico para el narcotráfico, el contrabando de armas y la obtención de rentas por métodos ilegales.[9].

En cuanto al Distrito de Barranquilla, según la Misión de Observación Electoral (MOE), las FARC no pudieron afianzar su presencia en la capital del departamento debido a sus incipientes estructuras y a la captura de varios de sus integrantes en manos de paramilitares. Mientras tanto, los paramilitares lograron consolidar su presencia en los barrios del suroriente al controlar sus límites con el río Magdalena y con esto rutas del narcotráfico (2008).

A partir del año 2003, las AUC iniciaron la consolidación del accionar paramilitar en el departamento. Según cifras oficiales a nivel departamental en el año 2004 ocurrieron 730 homicidios relacionados con el conflicto armado.

Para su expansión y consolidación en el Distrito de Barranquilla y sus alrededores estos grupos realizaron, por un lado, alianzas con organizaciones criminales existentes y, por otro, enfrentamientos con pandillas, grupos de narcotraficantes y reductos de guerrillas. Las acciones paramilitares coinciden con el incremento de homicidios entre 2000 y 2003 (MOE, 2008).

Entre 2003 y 2006 los narcotraficantes, según un informe de la Dijin, "lograron sacar más de 100 toneladas de cocaína con permiso de miembros de la Policía del Atlántico, que se cobraba por transitar por (el) territorio bajo su control"; además, se logró establecer que en esos años los paramilitares lograron

[9] *Observatorio del Programa Presidencial de DH y DIH. Dinámica Reciente de la violencia en Barranquilla, Bogotá, 2006. Tomado de Diagnóstico de la situación de derechos humanos y DIH del Departamento del Atlántico, periodo comprendido entre el año 2000 y el primer semestre de 2011. Página 12.*

cobrar 2 millones de dólares de “impuestos” a los embarques de narcóticos que pasaban por el Atlántico (Verdadabierta.com, 2011).

Los paramilitares amenazaron y asesinaron a sindicalistas, defensores de derechos humanos, población LGBTI. Entre los años 2003 y 2006 se registraron en Barranquilla 1664 homicidios (61% del total departamental).

Específicamente, la comunidad salaera llego desplazada de los montes de María a Barranquilla y Soledad en el año 2000, momento en el cual se dio la disputa por el dominio paramilitar en estos municipios; por lo cual la comunidad siguió inmersa en las dinámicas del conflicto armado propias de la región.

La consolidación paramilitar se hizo extensiva a municipios como Sabanagrande, Malambo, Palmar de Varela, Ponedera y Soledad, en este último, los paramilitares estuvieron en disputas constantes por el territorio entre los años 2003 a 2006.

El poderío paramilitar logró recibir dineros públicos por parte de los exalcaldes Rosa Stella Ibáñez y Alfredo Arraut, e incidieron en el Hospital Materno Infantil y la Oficina Jurídica de las Alcaldía (Verdadabierta.com, 2011).

En cuanto al contexto actual, con los acuerdos de paz firmados entre Gobierno y la guerrilla de las FARC, se ha generado expectativa en la comunidad frente a situación como víctimas y a su reparación integral. En relación a iniciativas de paz, en julio de 2018 se realizó la activación del Consejo Departamental de Paz del Atlántico que tuvo como propósito apoyar las acciones dentro del proceso de posconflicto en el departamento mediante el estableciendo de una ruta de atención. En el primer semestre de 2019 se dio la inauguración del centro regional para la búsqueda de personas desaparecidas en la ciudad de Barranquilla, la cual tiene como objetivo contribuir con la búsqueda de personas desaparecidas en el marco del conflicto armado.
La institucionalidad local ha buscado tener acceso a los recursos que se destinarán para el postconflicto. A nivel departamental, por ejemplo, la Gobernación ha dispuesto programas de formación gratuitos para líderes sociales y comunitarios, miembros de las Juntas de Acción Comunal, asociaciones de padres de familia, coordinadores de Frentes de Seguridad, redes de apoyo del Atlántico, medios de comunicación, mujeres y grupos de juventudes del departamento. Todas estas acciones focalizadas en la preparación para el postconflicto y visionando el desarrollo comercial y empresarial que puede tener la región tras la inexistencia de los grupos armados tradicionales. Sin embargo, sigue siendo una preocupación la aparición de nuevas bandas menos organizadas que tratan de ocupar el dominio territorial que deja la firma del acuerdo de paz para tomar el control del tráfico y venta de drogas al igual que la extorsión.
De manera particular el Distrito de Barranquilla se ha focalizado en la articulación y gestión intersectorial, para atender de manera integral a las víctimas del conflicto armado, con este objetivo, se crearon siete nuevas secretarías y una consejería para postconflicto. En tanto Soledad, busca consolidarse como “territorio de paz” para lograr, por un lado, garantizar el proceso de restablecimiento de derechos a las víctimas de conflicto armado y,

por otro, incluir en su dinámica social a las personas desmovilizadas de los grupos al margen de la ley.

Estas acciones proyectadas para la inclusión y creación de dinámicas de paz no se han visto reflejadas en la comunidad salaera quienes consideran *que "no existen programas sociales en el Distrito de Barranquilla y el Municipio de Soledad que de verdad sea útil a las víctimas, los alcaldes no hablan de las victimas si no es de los desmovilizados de las FARC y todos los programas apuntan hacia ellos".* Sin embargo, el pasado 29 de mayo del presente año el alcalde de Soledad, Joao Herrera Iranzo, pidió perdón público por los delitos del postulado Edgar Ignacio Fierro, alias Don Antonio, y otros que no se presentaron a la audiencia pública cumplida este miércoles en el Municipio de Soledad. *"Desde el fondo de mi alma, a nombre de quienes hoy debieron venir aquí a pedir perdón, y en nombre de la actual Administración, les pido perdón a ustedes",* dijo Herrera. La audiencia pública fue convocada por la Oficina Jurídica de la Alcaldía, en cabeza de Marcial Toncel, en atención a la solicitud de la Procuraduría 35 Judicial Penal, de cumplir con la orden emitida por el Tribunal Superior del distrito judicial de Bogotá, sala de justicia y paz, en sentencia de diciembre 07 de 2011. "Nada tuvimos que ver con esos hechos de violencia, jamás lo hubiéramos hecho y jamás lo haremos. "Les pido perdón. Y les pido que los perdonen, que los perdonen por no haber venido", apuntó el alcalde. A la audiencia pública fueron convocados los ex alcaldes Alfredo Arraut Várelo y Rosa Estela Ibáñez y a los ex gerentes del Hospital Materno Infantil de Soledad Alfredo Noya Zabaleta y Gustavo César Medrano Villalba, quienes no asistieron. La señora Heylin Albornoz explicó que en el Atlántico fueron reconocidas, para la épdel oca de esos hechos, unas 1.326 víctimas de desplazamiento forzado, despojo de tierras, desaparición, tortura y muerte, muchos de las cuales se dieron en Soledad. 10

La Defensoría del Pueblo en su informe de Alerta Temprana 026 de 2018, relaciona para Atlántico que las siguientes organizaciones se encuentran en riesgo:

- Asotracampo
- Partido Comunista Colombiano

- Asociación de familias unidas por un solo dolor – AFUSODO (Barranquilla)

- Movimiento Marcha Patriótica
- Coordinación Colombia Europa Estados Unidos
- Movimiento de Víctimas de Crímenes de Estado – MOVICE
- Central Unitaria de Trabajadores – CUT
- Fundación Comité de solidaridad con los presos políticos
- Confluencia de Mujeres
- Fundación para la paz, la democracia y los derechos humanos – Fundemocracia
- Asociación Nacional de Afrocolombianos desplazados – Afrodes
- Asociación de desplazados por el Buen Vivir de Malambo- ADEVIM

10 Diario El Heraldo: Gobierno – Soledad a la cabeza del alcalde Joao Herrera Iranzo: Pide perdón a víctimas de "Don Antonio" 30 de mayo 2019.

- Mesa de participación de víctimas del distrito de Barranquilla
- 14. Mesa departamental de víctimas

Este mismo informe refiere que en la región Atlántico, entre enero de 2016 y octubre de 2017, la Defensoría del Pueblo documentó 113 casos de amenazas, de las cuales 18% obedecen a amenazas de carácter colectivo, dirigidas hacia sindicalistas, defensores de derechos humanos, organizaciones de víctimas y organizaciones sociales, comunitarias y comunales, el 3% contra particulares; el 74% son amenazas de carácter individual contra líderes pertenecientes a organizaciones de víctimas, organizaciones sociales y defensoras de derechos humanos, el 5% contra funcionarios de entidades públicas; una de estas amenazas, proferida en el mes de mayo de 2017 a través de la circulación de un panfleto atribuido a las AGC, donde amenazan a funcionarios del INPEC, Fiscalía General de la Nación, Policía, Jueces, entre otros. De estos casos documentados, una de las amenazas se materializó en el homicidio del Señor Bernardo Cuero Bravo el pasado 7 de junio de 2017, quien en varias ocasiones había denunciado ante las autoridades competentes y públicamente las amenazas de las que estaba siendo víctima.

INICIATIVAS DE PAZ, RECONCILIACIÓN, REPARACIÓN.

• La paz es pura alegría, una apuesta por la reconciliación en el Carnaval de Barranquilla

30 personas entre excombatientes, víctimas del conflicto armado y sociedad civil hacen parte de la comparsa denominada ‘En el Carnaval de Barranquilla: La paz es pura Alegría’ que desfilará el domingo 3 de marzo en ‘La Gran Parada de Tradición’ para enviar un mensaje al país que en Barranquilla se vive la reconciliación.

La comparsa es un espacio liderado por la Alcaldía de Barranquilla a través de la Secretaría de Gobierno, la Agencia para la Reincorporación y Normalización (ARN) y la Unidad para las Víctimas, con el fin de evidenciar el mejoramiento de las relaciones humanas, la reconciliación y la sana convivencia entre actores que en un pasado fueron enemigos y/o víctimas del conflicto armado pero que hoy tejen lazos de amistad.

En la comparsa se ven los resultados del exitoso proceso de reintegración que realizan los excombatientes porque son ellos los testigos vivos del camino integral, no asistencialista y voluntario que si es posible una vida en la legalidad. Además, sirve de ejemplo para los participantes que actualmente están realizando su proceso de reintegración y reincorporación.

Luz Amparo Cuesta Martínez, víctima de la violencia, aseguró que “participo en la comparsa con mis hijas y es un lugar donde está la sociedad civil, reintegrados y víctimas, para enseñarle a Colombia que a través de la reconciliación y la reintegración se está viviendo en Barranquilla, la alegría de la Paz a través del Carnaval”.

Por su parte, Leonardo Vidal Martínez, culminado del proceso de reintegración y excombatiente de la AUC, expresó que “ahora soy un pequeño empresario con mi panadería y tengo una escuela de futbol para prevenir el reclutamiento

en los niños y no vivan lo que yo viví. Desde Barranquilla somos un ejemplo de reconciliación porque con la comparsa me han dado la oportunidad de disfrutar nuevamente en la sociedad".

La reina del Carnaval de Barranquilla, Carolina Segebre, expresó su admiración por esta iniciativa y aseguró que "se está trabajando por un carnaval incluyente y que mejor que una comparsa de marimondas cambamberas por la paz y la reconciliación".

Laura Orrego García, coordinadora en el Atlántico de la Agencia para la Reincorporación y Normalización (ARN) aseguró que "es importante que nosotros como individuos demos nuestro paso hacia la reconciliación. Ejemplo de que una oportunidad lo cambia todo, se da con la comparsa, en la cual están las tres poblaciones del conflicto para enviarle un mensaje al país que la reconciliación, si es posible", explicó.

Este año la comparsa cumple cinco años de participación en el Carnaval de Barranquilla, que desde el 2010 con el apoyo de la administración Distrital viene enviando un mensaje que la paz es posible y la ciudad se posicioné como la capital de la reconciliación en el país.

La comparsa 'En el Carnaval de Barranquilla: La paz es pura Alegría' es una oportunidad de negocio para las personas reintegradas porque son los que suministran la alimentación, vestuario y otros elementos para visibilizar la corresponsabilidad de todos los actores, en especial la Alcaldía con su precepto de ser Capital de Vida y que su administración desarrolla políticas públicas en ese tema.

Por último, Juan José Jaramillo, secretario de Cultura, Patrimonio y Turismo, resaltó que se está demostrando que el Carnaval de Barranquilla, es un espacio que permite mostrar ante el mundo la reconciliación y la paz a través del baile y el arte.

• Iniciativas de reconciliación

1 En Barranquilla, víctimas del conflicto aceptaron el perdón de reintegrados

Con un acto de perdón público de reintegrados a víctimas, la siembra de 100 plantas y árboles, y la creación del 'Mural del Perdón', se dio inicio este martes 9 de abril, a las actividades conmemorativas en Atlántico por el Día Nacional de la Memoria y Solidaridad con las Víctimas. Durante la semana, diferentes municipios seguirán liderando eventos de memoria por los sobrevivientes del conflicto armado.

Cerca de 500 víctimas junto a 100 funcionarios del gobierno nacional, entes territoriales, y oficiales de las fuerzas armadas de Colombia, asistieron ayer al Centro Regional de Atención a Víctimas de Barranquilla, para dignificar, reconocer y visibilizar a los sobrevivientes del conflicto armado a través de sentidos actos simbólicos y manifestaciones artísticas y culturales en el Día Nacional por la Memoria y Solidaridad con las Víctimas.

El primer acto, fue el momento que más significó para las víctimas al escuchar las palabras de perdón público por parte de tres excombatientes paramilitares y postulados de justicia y paz, hoy día, reintegrados a la vida civil.

"Estamos aquí mostrando nuestro compromiso con la paz y la reconciliación. En nombre de todas las personas que hacemos parte de la reintegración a la vida civil queremos de corazón pedirle perdón a cada una de las víctimas que de manera directa o indirecta les causamos tanto daño. Los invitamos a que juntos sigamos construyendo caminos para conseguir esa anhelada paz que

tanto necesitamos como colombianos", fueron las palabras de Luis, durante el acto de perdón que se llevó a cabo a las afueras del centro regional.

“Como madre cabeza de hogar, quiero decirles que estamos dispuestos a perdonar y desarmar nuestros corazones, aceptemos el perdón de estos hombres que alguna vez nos causaron tanto dolor y sufrimiento, pero no es hora de mirar atrás, si no, de seguir adelante, por nuestros hijos, por los hijos de ustedes y los de Colombia. No podemos dejar que el pasado marque nuestro presente. Dios nos ha mandado a que nos amemos unos a otros y perdonemos de corazón”, expresó Martha Hoyos, quien al finalizar su intervención invitó a todas víctimas y personas presentes, a darse un abrazo como señal de perdón, paz y reconciliación.

Allí mismo, el comando de la segunda Brigada del Ejército Nacional, develó la placa conmemorativa que enuncia la donación del jardín al centro regional de Barranquilla nominado “Siembra una vida en honor a una víctima”, en el que 100 plantas y árboles entregados por el ejército, fueron sembrados de mano de las víctimas, reintegrados, directores territoriales, y funcionarios de las entidades públicas.

Seguido de esto, las víctimas y reintegrados con ayuda de instructores del SENA, plasmaron en diferentes colores las huellas de sus manos en el ‘Mural del perdón’.

“Este tipo de actos busca contribuir a la reparación de todos aquellos daños de carácter moral e inmaterial que no pueden ser reparados únicamente con medidas de carácter económico”, explicó Alfredo Palencia, Director Territorial de la Unidad para las Víctimas en Atlántico.

Por su parte, el secretario del interior del departamento, Guillermo Polo, afirmó que la Gobernación del Atlántico y la Alcaldía de Barranquilla, junto a toda la institucionalidad del Estado, trabajan de la mano para potenciar el desarrollo y reconstrucción de vida de las más de 232.000 víctimas que residen en el departamento.

“Queremos fortalecerlos con proyectos y servicios productivos que tengan relación con los recursos sociales y naturales de la región, estamos en busca de eso. Muchas víctimas ya han creado emprendimientos que se han tejido alrededor de un sello de unidad permitiéndoles progresar, a pesar de que un día la violencia quiso detenerlos, pero han sido más sus ganas de salir adelante y hoy día siguen luchando por sus familias”, puntualizó Polo.

El evento continuó con presentaciones culturales y musicales de jóvenes del SENA, de las Escuelas Distritales de Arte, y de la comparsa conformada por Reintegrados y víctimas “En el Carnaval de Barranquilla la paz es Pura Alegría”.

Las alcaldías de Sabanagrande, Soledad y Juan de Acosta también lideraron ayer homenajes a las víctimas desde sus plazas centrales. Durante todo el mes de abril continuarán las actividades conmemorativas en otros municipios:

16 de abril. Candelaria: Se realizará un evento de conmemoración con las víctimas del municipio a las 4:00 pm en el centro de integración ciudadana CIC.

23 de abril. Polonuevo: Acto de Conmemoración a víctimas desde la Plaza central del municipio.

24 de abril. Puerto Colombia: Se llevará a cabo un recorrido de las víctimas acompañados por la Banda Músico-marcial desde la Alcaldía hasta el Paseo de las víctimas donde se realizarán más actos simbólicos. Hora: 4:00 p.m.

- **Iniciativas de reparación**

Cien víctimas priorizadas por ser personas mayores de 74 años, con enfermedad terminal y/o con discapacidad, recibieron el pago de su indemnización.
En un espacio de inclusión social y económico para víctimas del conflicto, realizado en el Centro Regional de Atención de Soledad, se llevó a cabo la notificación y entrega de cartas de indemnización administrativa a 100 víctimas priorizadas por discapacidad, enfermedad terminal y/o mayores de 74 años que declararon hechos de desplazamiento forzado y homicidio.
Las víctimas, que residen en Barranquilla y en los municipios de Soledad, Baranoa, Campo de la Cruz, Galapa, Malambo, Puerto Colombia, Repelón, Sabanagrande, Sabanalarga, Santa Lucía, y Santo Tomás, obtuvieron en el encuentro información acerca de opciones adecuadas en las líneas de inversión de preferencia, entre ellas, vivienda, proyectos productivos, educación, e inmuebles rurales, de acuerdo con las particularidades de su entorno y la economía local en sus regiones.
La entrega de las indemnizaciones por parte de la Unidad para las Víctimas, sumaron una inversión total y superior a los $692 millones, con los que las víctimas podrán seguir avanzando en la superación de su situación de vulnerabilidad.
“Cada mes estamos desarrollando en el departamento entregas de esta medida demostrando que el Gobierno Nacional está cumpliendo con los procesos de indemnización de las víctimas afectadas por el conflicto armado. Sabemos que son muchas las que aún esperan su pago porque es imposible repararlas a todas en un mismo momento, pero esto es una muestra que seguimos en la tarea de compensar y resarcir en cierta medida, los daños de la guerra”, afirmó Alfredo Palencia, Director Territorial de la Unidad para las Víctimas en Atlántico.
Desde 2009 hasta enero de 2019, el Estado colombiano ha destinado $141.104 millones en materia de indemnización administrativa para las más de 172.000 víctimas del conflicto que residen en el departamento de Atlántico, lo que se traduce en 19.882 giros pagados a hogares víctimas.
El próximo 31 de marzo, y 2 de abril, se estarán desarrollando nuevas jornadas para seguir reparando a más víctimas que se encuentran en ruta de priorización.

PRESENCIA DE GRUPOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN

líderes sociales de las 32 mesas distritales y municipales del departamento del Atlántico denunciaron que persisten las amenazas y extorsiones en sus territorios, que impiden el libre desarrollo de un trabajo efectivo con las comunidades afectadas por el conflicto armando.
Misael Delgado, líder de la mesa de víctimas en el Atlántico, aseguró: "Luego de la implementación y de los acuerdos de paz, las víctimas y líderes sociales reclaman mayores garantías para su protección y aseguran que el Estado ha sido distante en este proceso. Siempre hemos solicitado el restablecimiento de nuestros derechos y han sido muy difícil lograr esta meta".

En diálogo con RCN Radio, señaló: "Las amenazas a los líderes persisten en el departamento del Atlántico a través de la modalidad de llamadas telefónicas, mensajes por redes sociales y extorsiones a través de mensajes vía redes sociales. Los sectores más afectados son el municipio de Soledad, Sabanagrande y gran parte del sur oriente y sur occidente de Barranquilla".

Por su parte, el coordinador de la mesa departamental de Víctimas de Atlántico, Misael Delgado, que fue víctima de desplazamiento forzado, precisó: "Hemos planteado la necesidad de talleres para capacitar a las víctimas en temas de retornos y reubicación. Trabajamos por políticas públicas en temas de seguridad, prevención y protección para nuestros líderes defensores de Derechos Humanos y buscamos que se plantee una política de vivienda para que las víctimas tengan mayores oportunidades de acceso a una casa propia".

Lea también: Ya está listo el decreto para nacionalizar a hijos de venezolanos nacidos en Colombia

La Mesa Departamental de Participación de Víctimas en el Atlántico se mostró de acuerdo con las declaraciones de Jessica Faieta, directora de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del PNUD, quien expresó su preocupación frente a las amenazas y asesinatos de líderes y lideresas sociales, en Colombia.

Un trabajo orientado para ayudar a las mujeres víctimas de la violencia, a migrantes venezolanos y al rescate de los jóvenes de las “garras” de las drogas ha sido la labor que *María ha realizado por más de 20 años en el Atlántico.

Intuye que quizás el querer apartar a los adolescentes del consumo y del tráfico de estupefacientes la habrían llevado a recibir –en los últimos cuatro años– 35 amenazas. Tiene conocimiento de que la banda ‘Los Costeños’ han ofrecido “una cifra considerable” por asesinarla o –como dicen los delincuentes– para “borrarla del mapa”.

La mujer recorre las calles de Barranquilla y demás municipios “todas las veces que puede”. Lo hace caminando y dejando a un lado el temor de las amenazas. Dice que su principal combustible es la convicción de que las víctimas “en algún momento reciban justicia” y algún tipo de orientación que les ayude a superar el hecho, salir del problema en el que se encuentran.

Ese caminar que realiza la mujer, cada vez que puede, lo hace “sin ningún” esquema de seguridad, pues asegura que desde hace unos meses “nunca nadie más se preocupó por su integridad”. “Solo tengo el acompañamiento de una patrulla de la Policía cuando la solicito o les aviso que voy a una zona difícil”, afirma por medio de un mensaje de voz por WhatsApp.

Su verbo suena pausado, pero sin ninguna sumisión cuando afirma que cuando una persona decide emprender una lucha y encaminar su vida al servicio de otros “se está, desde ese mismo momento, bajo amenazas”.

“Está labor genera muchos detractores y las presiones llegan, incluso, de las personas que uno mismo ha ayudado. Muchas veces no están de acuerdo con alguna acción que uno decida, diga o haga. Todo eso hace que vivir en Colombia sea más difícil”, comenta María.

Fomentar el progreso de una comunidad, dice la mujer, cae mal en muchas personas. “Día a día vemos como asesinan a los líderes que solo buscan el bienestar colectivo”.

María, a raíz de las amenazas, ha salido desplazada en varias oportunidades junto con su familia. “Mis hijos han sufrido mucho y han tenido afectaciones económicas, sociales, psicológicas y culturales. Llegamos a donde llegamos,

logramos estabilizarnos, pero nos toca de nuevo abandonar la zona por las amenazas. Todo eso genera muchas dificultades", asegura.
A pesar de las intimidaciones, María afirma que a lo largo de estos años "se ha mantenido firme" con su labor, aportando su lucha para mejorar el país. "Somos aliados de los Gobiernos, no sus enemigos, es por eso que la ayuda y la protección cada vez se hace más necesaria".
La mujer pide a las autoridades e instituciones ser solidarias con la situación a la que los líderes deben enfrentarse. "Nos deben ayudar para ponerle freno a las estigmatizaciones de las que somos víctimas por nuestro trabajo. Las comunidades deben entender que damos la vida por el bienestar de ellos", dice con firmeza la mujer.
Este caso en particular, "preocupa" de manera especial a la Defensoría del Pueblo, debido a que han documentado a lo largo de estos cuatro años las amenazas que la mujer ha recibido.
"La lideresa es representante legal de una fundación que apoya y acompaña a mujeres víctimas de violencia sexual. Además, fue víctima de violencia sexual por parte de un agente de policía cuya condena por acceso carnal violento fue confirmada por el Tribunal Superior de la Judicatura de Barranquilla", detalla la Defensoría en un documento.
En diciembre de 2019, la Unidad Nacional de Protección le levantó a María las medidas de protección que consistían en tener a un hombre de protección, un medio de comunicación y un chaleco (que no lo pudo usar debido a recomendaciones médicas). "Por la decisión de la UNP la lideresa interpuso un recurso de apelación que no ha sido resuelto".

El asesinato de Bernardo Cuero Bravo, de 62 años, a manos de sicarios en la noche del miércoles en Malambo ha trastocado las esferas de varias instituciones.
La víctima, quien era natal de San Andrés de Tumaco, Nariño, había llegado a Malambo en 2003 víctima de desplazamiento. Desde entonces se desempeñaba como fiscal nacional de la Asociación Nacional de Afrocolombianos Desplazados-Afrodes, representante legal de la Asociación de Desplazados por Vivir de Malambo, delegado de la Junta de Acción Comunal de su barrio y miembro de la Mesa de Victimas de Malambo y del departamento del Atlántico.

Miembros de la Mesa
Este jueves, las afueras de Medicina Legal, donde yacía el cuerpo de Bernardo, estaban atiborradas con familiares, miembros de la mesa, abogados de derechos humanos e incluso representantes de las Naciones Unidas.
Misael Delgado, coordinador de la Mesa de Víctimas del Departamento, contó que este año, "un sicario había llegado a matarlo a su casa pero se le encasquilló la pistola y Bernardo tuvo la oportunidad de correr. Quedaron unas vainillas de pistola 9 mm en su casa".
Odorico Guerra, compañero del fallecido en la Corporación Universitaria Americana, y coordinador de la Mesa del Magdalena, declaró que le habían venido desmejorando las medidas de protección.
Agregó que el gobierno está siendo "irresponsable con nosotros, nos sentimos muy vulnerables".

Deivis Flórez Cantillo, abogado defensor de derechos humanos del Comité de Solidaridad de Presos Políticos, agregó que la víctima apareció en panfletos amenazantes en el 2012 y 2014.
La familia de Cuero Bravo prefirió no dar declaración al respecto de la situación. Se encuentran bajo la protección de la Fiscalía.
Reclamo
En un comunicado de prensa, la Defensoría del Pueblo rechazó este hecho del cual afirman ya habían notificado a las autoridades pertinentes.
En su informe de riesgo 'Violencia y amenazas contra los líderes sociales y los defensores de derechos humanos', del 30 de marzo de 2017, la Defensoría documentó, al menos, 500 amenazas contra líderes y defensores de derechos humanos, dentro de los cuales se relaciona el caso de Bernardo Cuero Bravo", lee el comunicado de prensa.

REFERENCIA A PROCESOS DE REPARACIÓN PREVIOS: RETORNOS, REUBICACIONES, RESTITUCIÓN DE TIERRAS.

En el Atlántico se han atendido 43 emergencias. Atención Humanitaria: se han colocado 11.441 giros por un valor de $6.192 millones. Víctimas indemnizadas: 1.085 personas, de las cuales 975 fueron indemnizadas por el hecho de desplazamiento forzado, 97 por otros hechos y 13 por procesos de Justicia y Paz, que representan un valor de $8.169 millones de pesos. Atención psicosocial: 656 personas han sido objeto de la Estrategia de Recuperación Emocional. Sujetos de reparación colectiva. En el Atlántico, dos Sujetos de Reparación Colectiva se encuentran incluidos en el Registro Único de Víctimas. El sujeto de reparación colectivo de la comunidad de Pita se encuentra con PIRC aprobado en el marco del Comité Territorial de Justicia Transicional, fue elegido como sujeto modelo por los logros respecto a: La transformación del sujeto, la reconstrucción del tejido Social, el compromiso comunitario, empoderamiento y el componente de duelos colectivos (Superación), en la estrategia Entrelazando. Así mismo, se realizó el PAARI módulo de Reparación a 32 familias, esquema no presencial, priorizadas para ser indemnizadas por ser víctimas por desplazamiento individual, casos documentados en su totalidad.

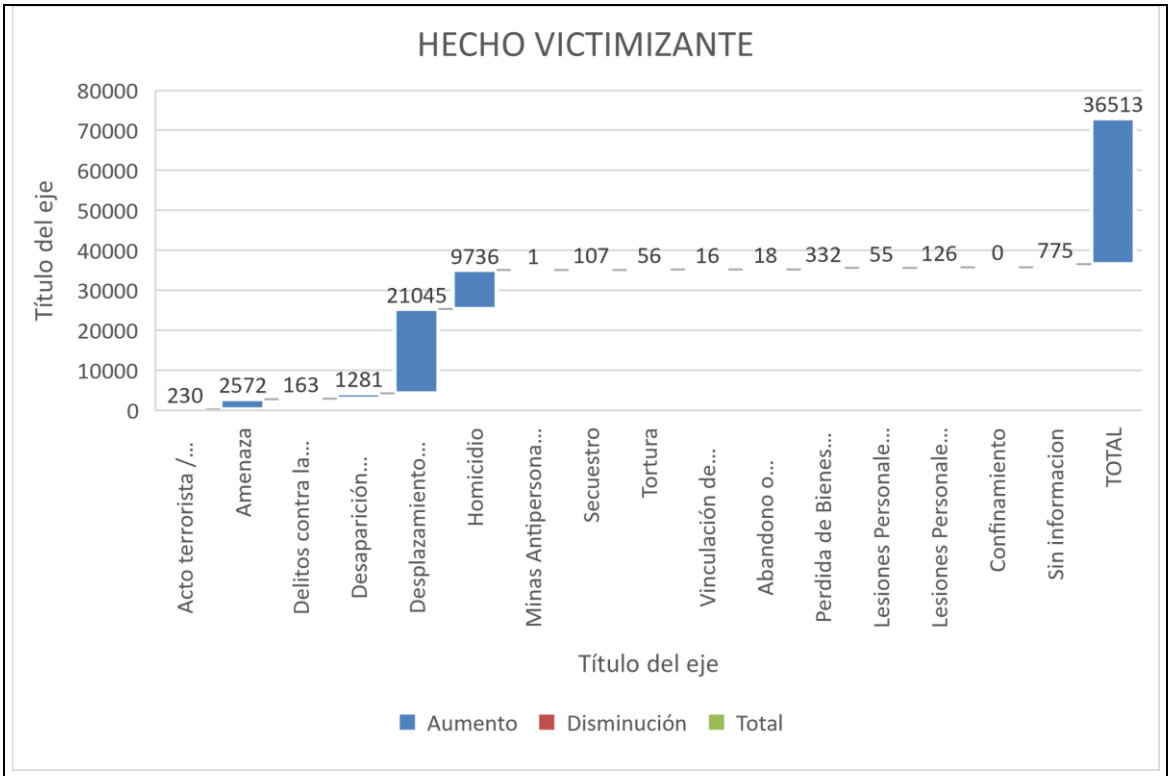
3 Análisis Del Contexto Cultural, Social, Político Y Económico Y Su Relación Con Los Hechos Victimizantes En El Departamento.

La población víctima del conflicto armado por ocurrencia en Atlántico, de acuerdo a los datos de la Red Nacional de Información con corte al 31 de Julio de 2020, es de 37.771 Eventos[11], como a continuación se ilustra disgregándolo por los hechos victimizantes de segregado (unidad de victimas 2020)

Hecho Victimizante	Víctimas Ocurrencia	Víctimas Declaración	Víctimas Ubicación	Sujetos de Atención	Número de Eventos

[11] *Unidad de Victimas.www.unidadvictimas.gov.co*

Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	230	293	405	372	237
Amenaza	2.572	5.803	6.011	5.900	2.761
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	163	1.367	1.374	1.347	166
Desaparición forzada	1.281	3.380	2.198	1.928	1.305
Desplazamiento forzado	21.045	221.220	165.644	146.146	21.664
Hecho Victimizante	**Víctimas Ocurrencia**	**Víctimas Declaración**	**Víctimas Ubicación**	**Sujetos de Atención**	**Número de Eventos**
Homicidio	9.736	18.236	13.528	12.024	10.143
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	1	44	92	90	1
Secuestro	107	285	321	277	107
Tortura	56	274	230	219	56
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados	16	42	33	32	16
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	18	0	618	597	19
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	332	631	1.273	1.238	332
Lesiones Personales Fisicas	55	179	198	191	56
Lesiones Personales Psicologicas	126	700	425	391	126
Confinamiento	0	0	10	10	0
Sin informacion	775	2	1.496	1.376	782
TOTAL	**36.513**	**252.456**	**193.856**	**172.138**	**37.771**



A continuación, se presentan un cuadro que indica por Enfoque Diferencial, Etnia, Discapacidad y Ciclo Vital de las víctimas por ocurrencia en el territorio del Atlántico.[12]

- ✓ **ENFOQUE DIFERENCIAL**

SEXO	VICTIMAS OCURRENCIA	VICTIMAS DECLARACION	VICTIMAS UBICACION	SUJETOS DE ATENCION	EVENTOS
Hombre	16.150	116.968	80.622	70.364	18.716
Intersexual	0	12	7	7	0
LGBTI	34	41	45	33	55
Mujer	16.065	121.966	94.789	84.392	18.998
No Informa	2	5	1	0	2

- ✓ **ETNIA**

ETNIA	VICTIMAS OCURRENCIA	VICTIMAS DECLARACION	VICTIMAS UBICACION	SUJETOS DE ATENCION	EVENTOS
Afrocolombiano (Acreditado RA)	0	1	1	1	0
Gitano (RROM) (Acreditado RA)	11	43	43	41	13
Gitano(a) ROM	45	87	82	75	47
Indigena	418	3178	2747	2548	489

[12] *Unidad de Victimas.www.unidadvictimas.gov.co*

Negro(a) o Afrocolombiano(a)	2772	14.029	11.801	10.801	3427
Ninguna	28.939	221.352	160.493	141.075	33.704
Palenquero	25	97	149	122	33
Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia	41	205	148	133	58

- ✓ **DISCAPACIDAD**

DISCAPACIDAD	VICTIMAS OCURRENCIA	VICTIMAS DECLARACION	VICTIMAS UBICACION	SUJETOS DE ATENCION	EVENTOS
Auditiva	110	704	557	480	156
Fisica	398	1895	1419	1208	552
Intelectual	82	477	356	307	115
Multiple	300	1413	990	860	433
Ninguna	30.720	230.647	169.199	149.364	35.713
Por Establecer	492	3157	2374	2076	593
Psicosocial (Mental)	45	141	124	111	68
Visual	104	558	445	390	141

- ✓ **CICLO VITAL**

CICLO VITAL	VICTIMAS OCURRENCIA	VICTIMAS DECLARACION	VICTIMAS UBICACION	SUJETOS DE ATENCION	EVENTOS
ND	943	6924	324	183	978
entre 0 y 5	599	3912	2744	2265	664
entre 6 y 11	2331	21.285	17.484	15.518	2564
entre 12 y 17	3120	28.142	21.678	19.327	3457
entre 18 y 28	6207	54.890	39.166	35.412	7119
entre 29 y 60	14.734	97.052	75.714	67.027	17.887
entre 61 y 100	4317	26.787	18.354	15.064	5102

A continuación, se presentar rasgos generales de los contextos en referencia.

Contexto Socioeconómico[13]:

Como se ha venido afirmando por parte de los diferentes gremios de la producción, del sector público local y de la Cámara de Comercio de Barranquilla, el departamento del Atlántico, situado al norte de Colombia, y eje del desarrollo regional, en los últimos años ha logrado conseguir mejoras en sus indicadores

[13] *Documento económico y social departamento del atlántico, 2018, Publicado por la cámara de comercio en 30-01-2019*

económicos y sociales más relevantes, siendo estas un poco superiores a los alcanzadas por las principales regiones del país.

En lo que se refiere a indicadores sociales en la ciudad y el departamento en 2018, se puede afirmar que, por ejemplo, en el tema de la cobertura de salud el Atlántico sigue manteniendo una importante cobertura, 96,7%, siendo la mejor del país; pero aún se presentan problemas en la calidad del servicio; asimismo, en construcción y adecuación de vivienda también ha mejorado la cobertura dadas las inversiones canalizadas hacia estos territorios y el aprovechamiento de los subsidios, ya que el Atlántico dentro del contexto nacional ocupa el segundo lugar con 3.293 subsidios, después del Valle que captó un total de 7.284 subsidios.

Continuando con el análisis se observa también que indicadores en materia de servicios públicos en el Atlántico en 2016 como la cobertura de energía que fue del 97,3%, resultó mayor a la de los departamentos de Antioquia, 95,4%; Valle, 89,5% y Santander con 87,8%. De otra parte, en materia de cobertura de banda ancha en 2018 de acuerdo con el DNP, el Atlántico experimentó un porcentaje del 13,3%, el cual es inferior al de Antioquia, 16,9%; Santander, 16,1%; Valle, 15,4% y similar al de Cundinamarca, 13,4%.

Respecto de la cobertura efectiva de gas natural en el Atlántico en el primer trimestre de 2018 que se ubicó en 83,5%, fue muy superior a la de Santander (75%), Valle (75%), Cundinamarca (73,5%) y Antioquia (46,4%). En lo relativo con la pobreza monetaria en el departamento se puede resaltar que esta pasó del 50,1% en 2002 y de 43,9% en 2010 a un nivel de 24,3% en 2017.

En materia de desempleo Barranquilla y su Área Metropolitana, en los últimos años se han venido caracterizando por mostrar, entre los 13 principales sectores urbanos analizados por el DANE, una de las tasas más bajas, alcanzando el 8,6% entre septiembre y noviembre de 2018, muy inferior a la media del país que se ubicó en 10,2%.

Sin embargo, la informalidad continúa siendo alta, por cuanto se situó en el 54,9%, es decir, 502.903 personas en el periodo estudiado, sin embargo, la capital del Atlántico y su área metropolitana mantienen su posición como la conurbación con menor desempleo en el territorio nacional, según las cifras ofrecidas ayer por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (Dane).Concretamente, Barranquilla se sitúa con una tasa de desempleo de 8,9% en el trimestre diciembre 2019-febrero 2020. Si bien es la más baja a nivel nacional, en comparación con el registro de enero que marca un 8%, la tasa mostró un crecimiento de 0,9 puntos porcentuales[14]. En este mismo período se mostró una reducción mínima del número de personas ocupadas en la ciudad, pasando de 915 mil a 913 mil.

En lo referente a la evolución de algunos indicadores económicos relevantes en el Atlántico, como por ejemplo el PIB, se aprecia que en esta variable la representatividad a nivel país fue del 4,3% en 2016 (último dato disponible),

[14] *El Heraldo de Barranquilla, abril 01 del 2020*

creciendo en 0,3 puntos porcentuales respecto de 2013, además de haber obtenido un mayor aumento (4%), frente a Bogotá (3%), Antioquia (2,6%), Valle (2,7%), Cundinamarca (2,7%) y Santander (0,3%). La producción del Atlántico según actividades se sigue concentrando en servicios que capta el 42% dentro del total global, seguido por la industria (15%) y el comercio (13%).

Respecto de las exportaciones en el Atlántico se puede manifestar que entre enero y septiembre de 2018, cuyo monto fue de US$1.058 millones versus igual periodo de 2017, estas crecieron en 6,4%. Dentro de los principales productos se encuentran los químicos, alimentos, metales comunes, farmacéuticos, los cuales en conjunto absorbieron el 70%. Ahora bien, por países de destino que más compraron aparecen Estados Unidos (28%), México (10%), China (7%), Venezuela (7%) y Ecuador (5%).

En el ámbito de la competitividad y ambiente de negocios el Atlántico en el primer ítem en 2018, se situó en la casilla número 8, luego de aparecer en el puesto 9 en 2016, avanzado una posición dentro del ranking nacional. Dentro de los pilares donde se presentó el mejor desempeño se destacan: instituciones que ganó 9 casillas al pasar del lugar 15 al 6. Por el contrario, perdieron posiciones la educación básica y Media que se ubicó en puesto 17 después de encontrarse en el 12; eficiencia de los mercados que cayó al 11 luego de situarse en el 8; y medio ambiente que bajó del 23 al 24. Mientras que Barranquilla en el tema de hacer negocios (Doing Business) se ubicó en la casilla 15 en 2017, después de situarse en años previos en el número 22.

En lo relativo con proyectos empresariales la Cámara de Comercio de Barranquilla durante el 2018 además de seguir dinamizando los clauster de salud, servicios logísticos y el turismo de eventos y negocios continuó la labor de identificación y priorización de nuevas iniciativas estratégicas a nivel territorial, entre las cuales se pueden mencionar los segmentos de energía, alimentos y bebidas, espacios habitables, los cuales en conjunto registran una alta contribución a la economía atlanticense en términos de ventas, exportaciones y empleos.

En cuanto a la inversión pública en el Atlántico se puede decir que esta ascendió en 2017 a $3.9 billones, presentándose un incremento del 16%, frente a 2016. De dicho valor Barranquilla participa dentro del total departamental en 2017 con el 67,4%, seguido de Soledad con el 14,6%. A nivel sectorial la salud aportó el 30,6%, mientras que la educación lo hizo con el 22,1%. Según (Minhacienda, 2018) Barranquilla en 2017 obtuvo la inversión per cápita más alta: $1.9 millones, mientras que en Medellín fue de $1.8 millones; en Bogotá, $1.5 millones; en Cali $1 millón, y en Cartagena, $ 1.2 millones.

Para el acumulado enero – septiembre de 2018 frente al mismo periodo de 2017, la inversión total en los municipios del Atlántico tuvo una variación positiva, esta fue del 20,4%. El valor en dicho lapso totalizó $4.5 billones frente a 3.7 billones en el mismo periodo de 2017. Es de resaltar que la inversión en los primeros nueve meses de 2018, en pesos constantes, fue superior en un 16,1% comparada con la inversión de todo el año de 2016.

Desglosando para Barranquilla en el periodo enero- septiembre de 2018, del valor total de los recursos destinados a financiar los gastos de salud, en rubros como financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total (Régimen Subsidiado), se observa que alcanzó el 81,5% del total del presupuesto de salud con $596.456.673.920; mientras que la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. (PPNA) solo participó con el 3,6%, es decir, $26.613.182.670.

En términos de la inversión por municipios, se aprecia que Barranquilla y Soledad en el lapso indicado de 2018 también obtuvieron las mayores participaciones dentro del departamento con el 71,1% y 13,6%, en su orden. Según tipo de sectores la inversión total acumulada de enero a septiembre del 2018 en el Atlántico se observa que la salud participó con el 28,9%, en tanto que la educación absorbió el 20,3%.

Para el rubro de educación del valor total del presupuesto, el pago del personal docente y administrativo de las instituciones educativas públicas absorbió el 44,5% con $286.148.058.892 mientras que, a la construcción de la infraestructura, mantenimiento, pago de servicios públicos y funcionamiento de las instituciones educativas (IE), se le atribuye el 2,1%.

En lo relativo con el número de empresas (sociedades y personas naturales) nuevas o matriculadas en el departamento del Atlántico en 2018 que fue de 17.642 unidades, se aprecia que hubo un incremento del 14,3% frente a 2017, cuando en el total país en ese mismo periodo el crecimiento apenas fue del 0,8%. De este total, el 70,7% correspondió a personas naturales y el 29,3% a personas jurídicas. Por municipios, Barranquilla y Soledad captaron los mayores porcentajes en su orden, 70,6% y 15%.

Por el tamaño de los nuevos registros de empresas en 2018 en el Atlántico se encuentra que el 99% de estas, es decir, 17.463 unidades corresponden a la categoría de micro, las cuales se incrementaron respecto a 2017 en 14,2%, y donde Barranquilla contribuyó con el 70,4% seguida de Soledad con el 15,1%. Si se analizan los nuevos registros de las medianas empresas en 2018, se observa que el número llegó a 70, para un aumento del 205%, frente al año previo. A nivel municipal Barranquilla contribuyó con el más alto porcentaje, 90%.

De acuerdo con los códigos CIIU a 2 dígitos es de anotar que Barranquilla participa en 2018 con el 70,64% del total de los registros, seguida de Soledad con el 15,02%. Al detallar el código CIIU a 2 dígitos se aprecia que el código 47 que corresponde a comercio al por menor (incluso el comercio al por menor de combustibles), excepto el de vehículos automotores y motocicletas representa el 29,28% en 2018. A este le siguen el código 56 (actividades de servicios de comidas y bebidas, eventos autoservicios) con el 10,85%; el código 92 (actividades de juegos de azar y apuestas) con el 9,72% del total. Ahora bien, es de reseñar, además, que en las anteriores actividades Barranquilla absorbe casi la totalidad de estos.

Por otra parte, se puede señalar que las tres empresas que se destacaron por su mayor nivel de activos en 2018 son Aerovías del Continente Americano S.A. -Avianca-, cuya actividad es el transporte de pasajeros. A esta le sigue Cementos Argos S.A., que se dedica a la fabricación de cemento, cal y yeso. y Promigas S.A. E.S.P. que transporta gas natural por tuberías.

Por el lado de la construcción, de acuerdo con información del Dane, el número de metros cuadrados licenciados para el Atlántico, que ascendió a 1.292.656, entre enero y noviembre de 2018, versus igual periodo del año previo, registró un crecimiento del 28%, para una participación del 8,5% en el total acumulado nacional en el lapso indicado. Los destinos o sectores de mayor contribución del metraje licenciado fueron vivienda con el 71,2%, comercio 8,4%, y bodega, 8,1%.

En el tema de educación en el Atlántico, de acuerdo con estudios de la (Universidad del Norte de Barranquilla, 2018) es de resaltar que en los últimos años las tasas de cobertura bruta y neta son mayores en el nivel primario que en la educación media, alcanzando esta última en 2017 el 50,8%.

Respecto del número de bibliotecas, se observa que el Atlántico tiene una red de bibliotecas que son de carácter público del orden departamental, municipal, estatal, mixtas y privadas, las cuales contribuyen a impulsar el desarrollo cultural a través de sus servicios, siendo Barranquilla la que posee el mayor número, 27% de un total que asciende a 37 en 2018. Frente al periodo 2017 se registró el aumento en bibliotecas.

En salud el departamento a nivel nacional continúo sobresaliendo en 2018, siendo el territorio con la más alta cobertura, 96,7%, pero con el reto de mejorar la calidad de este servicio; en la clasificación por niveles cada municipio, sin incluir Barranquilla, el Atlántico cuenta con hospitales, puestos y centros de salud básico urbanos y rurales, tanto públicos como privados, para un total de 352 unidades en el nivel 1. Por su parte, Barranquilla posee 559 IPS de carácter privado en los diferentes niveles y con su propia red pública hospitalaria, caracterizándose desde 2010 por mantener la cobertura universal en salud.

En el ítem de *homicidios* en 2017 el Atlántico registró 569 casos para una tasa de 22,6 por cada 100.000 habitantes, ubicándose por debajo del promedio nacional de homicidios que fue de 23,02. Con esta información el Atlántico respecto a 2016 disminuyó en 6 casos que equivalen a 0,5 puntos porcentuales. Según municipios del Atlántico Barranquilla continúa siendo el territorio donde se concentra la mayoría de los casos 359 del total.
Sin embargo, la reducción de la que habló el coronel Peña se hace evidente en las cifras de casos que registró la Policía Nacional en su base de datos entre enero y noviembre de este año, que da cuenta de un total de 416 homicidios en el Área Metropolitana de Barranquilla, de los cuales 250 ocurrieron en la capital; estos son 41 casos menos que los 291 registrados en Barranquilla en el mismo periodo de 2018. Esta cantidad de homicidios ubica a Barranquilla en el tercer lugar entre las principales ciudades del país, según la tasa por cada 100.000 habitantes. El primer lugar lo ocupa Cali (Valle) con una tasa de 41 homicidios por cada 100.000 habitantes; le sigue Medellín, con 21,2; Barranquilla, con una

tasa de 20,2; Bucaramanga, 20,0; Cartagena, con 16,5; y finalmente Bogotá, con una tasa de 10,9 homicidios por cada 100.000 habitantes.[15]

Por su parte, el municipio de Soledad cerró al mes de noviembre con una tasa de 17,8 homicidios por cada 100.000 habitantes, correspondientes a un total de 122 casos registrados por la Policía, 13 menos que en el mismo periodo de 2018.
Este año, en los demás municipios del área metropolitana se registraron 44 homicidios, divididos así: 19 en Malambo, 15 en Puerto Colombia y 10 en Galapa.

Finalmente, en cuanto a *población* se refiere y basado en datos del Dane, se puede decir que el Atlántico en 2018 poseía 2.545.924 habitantes, mostrando un aumento del 1,1% frente a 2017. Por municipios en el departamento, el 48,4% lo capta Barranquilla, seguida del municipio de Soledad que representa el 26,2%.

Frente a este panorama la población victima continúa sumergida en contextos socioeconómicos de vulnerabilidad: desempleo, informalidad laboral, poca cultura del ahorro, precarias condiciones de habitabilidad en viviendas no propias, entre otras afectaciones, que acentúan las condiciones de pobreza.

Aun así, la respuesta institucional da indicios de voluntad política para revertir estas realidades con una oferta de programas institucionales que atienden a las víctimas de manera prioritaria.

Contexto cultural y político:

Las dinámicas culturales y políticas en los municipios receptores de víctimas en el departamento del Atlántico, han estado marcadas por un complejo relacionamiento de las fuerzas sociales, grupos al margen de la ley que hacen prácticas de control social (pandillas, extorsionistas, entre otros), y la institucionalidad pública que persiste en hacer efectiva la aplicabilidad de la política de reparación de las víctimas del conflicto armado.

Frente a esta nueva práctica de control social, líderes de “32 mesas distritales y municipales del departamento del Atlántico denunciaron que persisten las amenazas y extorsiones en sus territorios, que impiden el libre desarrollo de un trabajo efectivo con las comunidades afectadas por el conflicto armando”16(nota periodística del 3 de agosto de 2019).

A nivel de costumbres y tradiciones, los efectos que tuvieron los hechos violentos son evidentes en la ruptura del tejido social, en la forma como celebran fechas especiales, en la forma de estar juntos en comunidad, en algunas prácticas sociales y rituales que se perdieron y/o modificaron a raíz de los desplazamientos

[15] *El Heraldo de Barranquilla, Diciembre 19 de 2019*

1 *16 IVÁN DARÍO DUVA RUIZ. Líderes sociales del Atlántico denuncian amenazas y extorsiones. Rcnradio. Obtenido el 7 de septiembre de 2019 en https://www.rcnradio.com/colombia/caribe/lideres-sociales-del-atlantico-denuncian-amenazas-y-extorsiones*

forzados y de los hechos de violencia en concreto sucedidos en este corregimiento, así como en la desestructuración de las familias extensas.

Se destaca de este contexto los esfuerzos de los actores sociales locales, regionales y nacionales que hacen presencia en el departamento, para contribuir con la construcción de paz, entre estos esta la Pastoral Social – Cáritas de la Arquidiócesis de Barranquilla, RedePaz, DiPaz, Movice, Universidad Reformada, World Vision, Mesa Social para la Paz, Fundación Teknos, Red Nacional de Derechos Humanos, Fundación Cultural Sombra de Matarratón, Defensoría del Pueblo, Plataforma Defendamos la Paz, Asfaddes y diferentes colectivos y movimientos en pro de la paz.

Atención en salud integral a la población víctima

El Departamento del Atlántico a septiembre del año 2020, tiene una cobertura del 98.64%, de los cuales Baranoa (99.09%), Malambo (95.55%), Palmar de Varela (99%), Ponedera (97.77%) y Soledad (98.87%), mientras el Distrito de Barranquilla es del 98.88%[17]

En el departamento del atlántico existen 17 EPS que atienden los regímenes subsidiado y contributivo, ***la población subsidiada*** por municipios es la siguiente:

MUNICIPIO	JULIO DEL 2020		
	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	TOTAL
BARRANQUILLA	686.347	739.022	1.425.369
BARANOA	40.098	8.701	48.799
CAMPO DE LA CRUZ	24.383	1.195	25.578
CANDELARIA	14.651	960	15.611
GALAPA	30.259	8.890	39.149
JUAN DE ACOSTA	14.327	1.921	16.248
LURUACO	22.235	1.282	23.517
MALAMBO	78.278	18.234	96.512
MANATI	16.799	929	17.728
PALMAR DE VARELA	17.185	2.210	19.395
PIOJO	3.982	220	4.202
POLONUEVO	11.905	1.521	13.426
PONEDERA	19.359	984	20.343
PTO COLOMBIA	17.716	9.046	26.762
REPELON	22.024	1.161	23.185
SABANAGRANDE	19.756	4.131	23.887
SABANALARGA	67.848	26.111	93.959
SANTA LUCIA	12.600	524	13.124
SANTO TOMAS	18.429	6.125	24.554
SOLEDAD	288.763	226.236	514.999

[17] *Ministerio de Salud, septiembre del año 2020*

SUAN	9.632	571	10.203
TUBARA	7.894	1.043	8.937
USIACURI	6.610	634	7.244
TOTAL	1.451.080	1.061.651	2.512.731

Para la **población Victimas del conflicto armado**, la mayoría de ellas se encuentran aseguradas al régimen subsidiado (60.403 personas[18]), luego el contributivo (1.332) y pocos hacen parte de la PPNA (población pobre no asegurada).

Afiliación régimen subsidiado – Población Victima.

Municipio	Total	BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO	CAJACOPI ATLÁNTICO -CCF	COOSALUD E_S_S_	EPS FAMISANAR LTDA_	MUTUAL SER ESS	NUEVA EPS S_ A_
BARANOA	**1.863**	510	31	698	1	3	620

Municipio	Total	BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO	CAJACOPI ATLÁNTICO -CCF	COOSALUD E_S_S_	EPS FAMISANAR LTDA_
	7.270	1.372	239	2.200	1
		MUTUAL SER ESS	**NUEVA EPS S_ A_**	**SALUD TOTAL**	**SURA EPS**
MALAMBO		2.240	1.145	6	67

Municipio	Total	CAJACOPI ATLÁNTICO - CCF	COMPARTA	NUEVA EPS S_ A_
PALMAR DE VARELA	**1.062**	51	442	**569**

Municipio	Total	BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO	COOSALUD E_S_S_	NUEVA EPS S_ A_
PONEDERA	**1.542**	158	**1107**	277

Municipio	Total	BARRIOS UNIDOS	CAJACOPI ATLÁNTICO -CCF	COMPARTA	COOMEVA EPS_ S_A_	COOSALUD - CM
	29.713	3.981	2122	0	61	**3**
	COOSALUD E_S_S_	**EPS FAMISANAR LTDA_**	**MUTUAL SER ESS**	**NUEVA EPS S_ A_**	**SALUD SANITAS**	**SALUD TOTAL S_ A_**
	5.123	26	11591	6.073	109	254
	SURA EPS					
SOLEDAD	370					

[18] *Secretaria de salud departamental, oficina de aseguramiento, julio 2020*

Afiliación régimen contributivo – Población Victima.

Municipio	Total	BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO	CAJACOPI ATLÁNTICO -CCF	COOSALUD E_S_S_	EPS FAMISANAR LTDA_	NUEVA EPS S_ A_
BARANOA	10	2	2	2	1	3

Municipio	Total	BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO	CAJACOPI ATLÁNTICO - CCF	COOSALUD E_S_S_	EPS FAMISANAR LTDA_
MALAMBO	128	2	8	19	3

Municipio	Total	CAJACOPI ATLÁNTICO -CCF	COMPARTA	NUEVA EPS S_ A_
PALMAR DE VARELA	8	2	2	4

Municipio	Total	COOSALUD E_S_S_
PONEDERA	2	2

Municipio	Total	BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO	CAJACOPI ATLÁNTICO -CCF	COOMEVA EPS_ S_A_	COOSALUD - CM	COOSALUD E_S_S_
Soledad	908	14	27	23	1	15
EPS FAMISANAR LTDA_	MUTUAL SER EPS-S	MUTUAL SER ESS	NUEVA EPS S_ A_	SALUD SANITAS	SALUD TOTAL S_ A_	SURA EPS
16	8	77	89	89	385	164

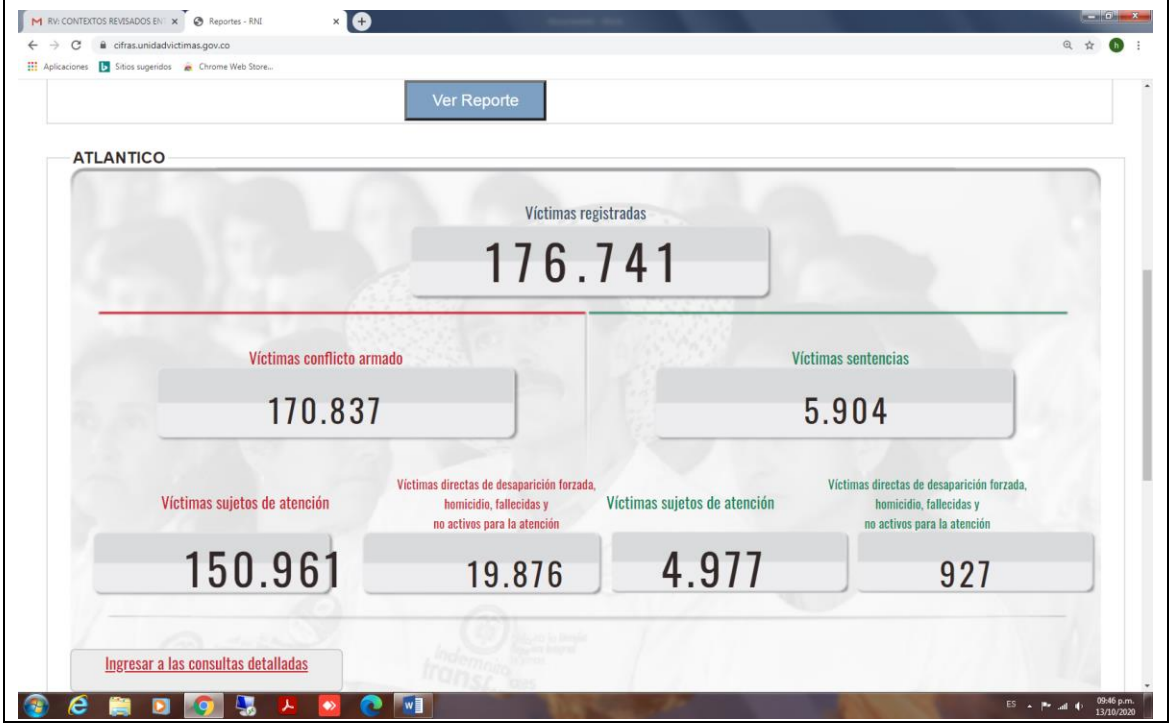
En el presupuesto de inversiones del año 2019 del departamento del atlántico fue de $ 138,342,595,599, de los cueles se asignaron a la atención de la prestación de servicios de salud a la población en lo cubierto con subsidio a la demanda (Población Pobre no asegurada) fue de 32,230,858,424 y 14.472.213.345 para la dotación e infraestructura hospitalaria[19].

Sin embargo, para la vigencia 2020 el departamento continuo en el mejoramiento de sus infraestructura y dotación por el orden de los $150 mil millones para infraestructura de hospitales y puestos de salud, dotación y tecnología. Con este plan también buscan brindar las herramientas necesarias para que el personal médico pueda atender a la comunidad atlanticense, destacando que se contempla incrementar la cobertura en las zonas rurales[20].

19 Gobernación del atlántico, presupuesto de inversiones del año 2019

20 El Heraldo de Barranquilla, Febrero 20 de 2020

En el DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO existe **176.741 víctimas registradas**, de las cuales **170.837 son Víctimas del Conflicto Armado** y **5.904 son Victimas por Sentencia**. .[21]



4 Estado Actual de la Atención en Salud Integral y la Atención Psicosocial a la Población Víctima en el Departamento.

Actualmente en el departamento de Atlántico se está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas PAPSIVI, como respuesta a la medida de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial, en el marco de la reparación integral. Se implementa de conformidad con los lineamientos expedidos por el MSPS de acuerdo a las disposiciones que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Este programa Consta de dos componentes: la Atención Psicosocial y la Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial y enfoque diferencial, para lo cual, el Ministerio ha diseñado respectivamente la Estrategia de Atención Psicosocial y el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial. Con relación a la atención psicosocial se busca favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias y comunidades. En cuanto a la Atención Integral en Salud se busca garantizar la atención integral en salud con enfoque psicosocial y la rehabilitación física y/o mental de las víctimas.

[21] *https://cifras.unidadvictimas.gov.co/*

En la vigencia 2019, el programa PAPSIVI fue implementado por la UNIÓN TEMPORAL CEDAVIDA-APOYAR, que tuvo previsto las siguientes metas de atención a modalidad individual, familiar, comunitaria y técnica individual grupal:

RESPONSABLE	Departamento	Meta CONVENIO por Total planes de atención				Meta CONVENIO por Total Personas				COBERTURA TOTAL CONVENIO
		IND	GRU	FAM	COM	IND	GRU	FAM	COM	
UT CESAVIDA - APOYAR	Atlántico	112	16	464	28	112	160	1856	700	2828

Por otro lado, en cumplimiento de lo ordenado en la Sentencia T 045 de 2010 emitida por la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud y Protección Social desde el año 2012 a la fecha, se viene implementando un proceso de atención psicosocial individual, familiar, grupal y comunitario a los beneficiarios de la sentencia en mención. En la vigencia 2019, el operador de dicho proceso fue FUNOT, quien continúa la implementación del proceso de atención psicosocial, en salud física y/o mental de 3.410 beneficiarios de la Sentencia T 045 de 2010, conforme lo establece el Ministerio. Se están atendiendo las víctimas de las masacres de El Salado, distribuidas en estos territorios: (i) Bolívar: Cartagena y zonas aledañas, El Carmen de Bolívar y El Corregimiento de El Salado; (ii) Atlántico: Barranquilla y Soledad; (iii) Sucre: Sincelejo, Los Palmitos, Morroa y San Pedro.

5 Oferta Institucional Y Rutas De Atención Para Población Víctima

En el departamento del Atlántico hay 406 Prestadores de Servicios de la Salud en los 22 municipios que hacen parte de este, sin incluir el distrito de Barranquilla:

5.1. IPS PUBLICAS (ESE) a septiembre de 2020 existen 83[22] Prestadores de Servicios de la Salud de la red pública hospitalaria en el Departamento del atlántico sin incluir el distrito de Barranquilla, según el REPS del Ministerio de salud.

NOMBRE DE LA ESE	MUNICIPIO	DIRECCION
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	CARRERA 75 No.79B-50
HOSPITAL UNIVERSITARIO C.A.R.I. E.S.E.	BARRANQUILLA	Calle 57 23-100
HOSPITAL UNIVERSITARIO C.A.R.I. E.S.E SEDE SALUD MENTAL	BARRANQUILLA	CARRERA 24 # 53D-80
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE BARANOA	BARANOA	CALLE 19 NUMERO 20 - 10
CENTRO DE SALUD DE CAMPECHE	BARANOA	CALEE 13 NUMERO 11 - 72
CENTRO DE SALUD PITAL	BARANOA	CORREGIMIENTO DE PITAL
CENTRO DE SALUD DE SIBARCO	BARANOA	CL 3 No 3 - 90
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE CAMPO DE LA CRUZ	CAMPO DE LA CRUZ	CL 10 No 4 - 09
PUESTO DE SALUD DE BOHORQUEZ	CAMPO DE LA CRUZ	CL 4 No 4 - 15

[22] *REPS del Ministerio de salud, septiembre de 2020*

ESE HOSPITAL DE CANDELARIA	CANDELARIA	Calle 15 Nº 22-21
ESE HOSPITAL DE CANDELARIA SEDE LEÑA	CANDELARIA	CL 3H # 3 - 02
ESE HOSPITAL DE CANDELARIA SEDE CARRETO	CANDELARIA	CL 6 # 1 - 60
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE GALAPA	GALAPA	CL 12 KR 16 ESQ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE JUAN DE ACOSTA	JUAN DE ACOSTA	Calle 7 N° 4 A 39
PUESTO DE SALUD DE SAN JOSE DE SACO	JUAN DE ACOSTA	CL 6 No. 6 - 56
PUESTO DE SALUD DE CHORRERA	JUAN DE ACOSTA	CARRERA 4 No. 4-20
PUESTO DE SALUD DE SANTA VERONICA	JUAN DE ACOSTA	CALLE 7 N 13-18
ESE HOSPITAL LOCAL DE LURUACO	LURUACO	CARRERA 20 Nº 21 - 181
PUESTO DE SALUD SANTA CRUZ	LURUACO	CARRERA 6 Nº 6-186
PUESTO DE SALUD LOS PENDALES	LURUACO	CALLE 2 Nº 5-62
PUESTO DE SALUD DE PALMAR DE CANDELARIA	LURUACO	CALLE6 Nº 6-14
PUESTO DE SALUD DE ARROYO DE PIEDRA	LURUACO	CRA 4 Nº CRA 6 - 91
PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE TOCAGUA	LURUACO	CARRERA 2 Nº2-01
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE MALAMBO	MALAMBO	CL 10 A Nº 23 -93
PUESTO DE SALUD DE BELLAVISTA	MALAMBO	KR 5 SUR Nº 11 A 4 -1 7
PUESTO DE SALUD DE CARACOLI	MALAMBO	CL 10 Nº 9 - 04
PUESTO DE SALUD MESOLANDIA	MALAMBO	KR 40 Nº 8 - 30
Puesto de Salud La Bonga	MALAMBO	Vereda La Bonga
PUESTO DE SALUD SAN MARTIN	MALAMBO	Carrera 6BS N 15A - 10
HOSPITAL DE MANATI ESE	MANATÍ	KR 5 B Nº 6A -52
PUESTO DE SALUD LAS COMPUERTA	MANATÍ	CALLE PRINCIPAL DE LAS COMPUERTAS
ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE PALMAR DE VARELA	PALMAR DE VARELA	CALLE 11 Nº 9-134
HOSPITAL VERA JUDITH IMITOLA VLLANUEVA E.S.E	PIOJÓ	CL 5 Nº 2 - 05
puesto de salud de hibacharo	PIOJÓ	calle10#14-47
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE POLONUEVO	POLONUEVO	CARRERA 6 Nº 7 - 05
PUESTO DE SALUD DE PITAL DE CARLIN	POLONUEVO	CLL 2#2-85
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE PONEDERA	PONEDERA	CARRERA 14 NUMERO 15 - 60
PUESTO DE SALUD DE PUERTO GIRALDO	PONEDERA	CALLE 4 NUMERO 6 - 49
PUESTO DE SALUD LA RETIRADA	PONEDERA	CALLE PRINCIPAL
PUESTO DE SALUD DE SANTA RITA	PONEDERA	CALLE PRINCIPAL
PUESTO DE SALUD DE MARTILLO	PONEDERA	CALLE PRINCIPAL
ESE HOSPITAL DE PUERTO COLOMBIA	PUERTO COLOMBIA	CL 2 Nº 3 - 13
PUESTO DE SALUD DE SALGAR	PUERTO COLOMBIA	KR 9 Nº 6A - 9
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE REPELON	REPELÓN	CL 8 Nº 9 - 22
CENTRO DE SALUD VILLA ROSA	REPELÓN	CL 7 Nº 7 - 109
CENTRO DE SALUD DE ROTINET	REPELÓN	KR 7 Nº 11 - 195
CENTRO DE SALUD DE CIEN PESOS	REPELÓN	CL PRINCIPAL
CENTRO DE SALUD DE ARROYO NEGRO	REPELÓN	ARROYO NEGRO
CENTRO DE SALUD DE LAS TABLAS	REPELÓN	LAS TABLAS
E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANAGRANDE	SABANAGRANDE	KR 11 N° 9 - 50
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA	SABANALARGA	CL 25 Nº 8 - 25

ESE CENTRO MATERNO INFANTIL DE SABANALARGA." ESE CEMINSA"	SABANALARGA	CALLE 28 Nº 22 - 45
CENTRO DE DESARROLLO VECINAL (CDV)	SABANALARGA	Calle 15 entre Carrera 8 y 9
CENTRO DE SALUD CAMPO BOLÍVAR	SABANALARGA	CARRERA 19 No 9-80
PUESTO DE SALUD LA PEÑA	SABANALARGA	CALLE 17 No 4A-16
PUESTO DE SALUD MOLINEROS	SABANALARGA	CARRERA 14 No 15-89
PUESTO DE SALUD DE ISABEL LOPEZ	SABANALARGA	CALLE 6 No 7A-7
PUESTO DE SALUD DE COLOMBIA	SABANALARGA	CALLE 7 No 5-26
PUESTO DE SALUD AGUADA DE PABLO	SABANALARGA	CARRERA 4 No 4-15
PUESTO DE SALUD DE GALLEGO	SABANALARGA	CARRERA 3 No 3SN-754
PUESTO DE SALUD DE CASCAJAL	SABANALARGA	CARRERA 11 No 11A-06
CENTRO DE SALUD PARAISO	SABANALARGA	CARRERA 29 No 24-133
E.S.E. CENTRO DE SALUD DE SANTA LUCIA	SANTA LUCÍA	CALLE 7 Nº 4 - 12
PUESTO DE SALUD ALGODONAL	SANTA LUCÍA	ALGODONAL
ESE HOSPITAL DE SANTO TOMAS	SANTO TOMÁS	KR 13 Nº 11 - 70
HOSPITAL DEPARTAMENTAL JUAN DOMINGUEZ ROMERO E.S.E SOLEDAD - ATLANTICO	SOLEDAD	CL 15 Nº 21 -60
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD	SOLEDAD	KR 53 A No 8 - 10
PUESTO DE SALUD COSTA HERMOSA	SOLEDAD	KR 40 No 33 - 06
PUESTO DE SALUD VILLA ESTADIO	SOLEDAD	KR 14 A No 69 - 11
CENTRO DE SALUD 13 DE JUNIO	SOLEDAD	KR 19 No 25 - 21
CENTRO DE SALUD SALAMANCA	SOLEDAD	KR 37 No 24 B - 06
PUESTO DE SALUD LA ESPERANZA	SOLEDAD	KR 14 No 13 - 17
HTAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD SEDE MANUELA BELTRAN	SOLEDAD	KR 10A N° 40 - 04 ESQ
CENTRODE SALUD EL PARQUE	SOLEDAD	CALLE 43 N° 43 A - 11
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA MACLOVIA NIEBLES	SOLEDAD	CALLE 69 N 15 A 23
CLINICA DE LA POLICIA REGIONAL CARIBE	SOLEDAD	AVENIDA CIRCUNVALAR NUMERO 45-124
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD LOCAL DE SUAN	SUAN	CL 6 Nº 15- 16
ESE CENTRO DE SALUD DE TUBARÁ	TUBARÁ	CALLE 2 No. 10-60
PUESTO DE SALUD DE GUAIMARAL	TUBARÁ	GUAIMARAL
PUESTO DE SALUD DEL MORRO	TUBARÁ	EL MORRO
PUESTO DE SALUD DE CUATRO BOCAS	TUBARÁ	CALLE 6 N° 5-05
PUESTO DE SALUD DE JUARUCO	TUBARÁ	PREDIO DEL SECTOR URBANO CORREGIMIENTO JUARUCO
ESE CENTRO DE SALUD USIACURI JOSE MARIA FEREZ FARAH	USIACURÍ	CARRERA 22#8C-47

5.2 IPS PRIVADAS a septiembre de 2020 existen 323[23] Prestadores de Servicios de la Salud en los 22 municipios del Departamento del atlántico sin incluir el distrito de Barranquilla, según el REPS del Ministerio de salud.

NOMBRE IPS	MUNICIPIO	DIRECCION
IPS CLINICA SANTA ANA DE BARANOA	BARANOA	CALLE 18 N° 20 - 59
CENTRO MEDICO SAN JUAN EU	BARANOA	CALLE 20 NÚMERO 19-03
IPS BARANOA	BARANOA	CL 16 Nº 19 - 51

[23] *REPS del Ministerio de salud, septiembre de 2020*

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL BARANOA CERIS	BARANOA	CALLE 18 # 19-57	
OPTICA AXXUS SEDE N° 2	BARANOA	CALLE 22 No 19 -54	
PROMOCOSTA BARANOA	BARANOA	CALLE 15 No 18-36	
FUNDACIÓN COMUNIDAD VIVA	BARANOA	CALLE 14 NUMERO 15-68	
IPS REHABILICOP S.A.S SEDE PITAL DE MEGUA	BARANOA	CORREG. PITAL DE MEGUA - BARANOA en Baranoa	
IPS REHABILICOP S.A.S	BARANOA	KILÓMETRO 2 DESPUÉS DEL PEAJE A BARANOA	
ACCIONSALUD LTDA I.P.S.	BARANOA	calle 21 18- 86	
Instituto Metropolitano para el Desarrollo Cognitivo IPS SAS Baranoa	BARANOA	Calle 14 No. 15 - 289	
UCI SAN FRANCISCO S.A.S	BARANOA	CARRERA 21 #17-21	
FUNDACIÓN CAMPBELL	BARANOA	CALLE 19 #19 - 44	
MEDIDENTAL DEL ATLANTICO S.A.S.	BARANOA	CARRERA 19 No. 12-40	
CLINICA SANTA MARTA RL SAS	BARANOA	CL 18 No 21- 01 - Barrio:SANTA HELENA	
CENTRO MEDICO MOKANA - CLINICA SANTA MARTA. BARANOA	BARANOA	CL 18 No 21- 01	
CLÍNICA REINA CATALINA BARANOA	BARANOA	KM 1 FINCA LOS NAVARRITOS	
CEMEGS IPS S.A.S	BARANOA	Calle 16 # 17 - 18 Local 2	
IPS SALUD Y RECUPERACION S.A.S	BARANOA	Carrera 22 Numero 19 - 47	
CENTRO CLINICO EMANUEL S.A.S	BARANOA	Calle 20 Manzana 11-31	
UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA SEDE CAMPO DE LA CRUZ	CAMPO DE LA CRUZ	CALLE 6 No. 12 - 36	
CENTRO MEDICO SAN JUAN EU	CAMPO DE LA CRUZ	CALLE 9 NÚMERO 3-170 LOCAL 2	
VIVA 1A IPS CAMPO DE LA CRUZ	CAMPO DE LA CRUZ	CL 9 No 9 - 147	
Promocosta Campo de la Cruz	CAMPO DE LA CRUZ	CALLE 6 Nº 8 - 80	
CAMINEMOS IPS S.A.S.	CAMPO DE LA CRUZ	CLL 9 # 11-3	
IPS VIVE INTEGRAL S.A.S	CAMPO DE LA CRUZ	CARRERA 13 NUMERO 11A-47	
FUNDACIÓN NUEVO AMANECER PARA MI PAIS IPS	CAMPO DE LA CRUZ	CALLE 3 Nº 8 -187	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTRATÉGICOS RELACIONADOS	CAMPO DE LA CRUZ	Carrera 29 No.44-73	
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTRATÉGICOS RELACIONADOS	CAMPO DE LA CRUZ	Carrera 6A No.6-35	
EMMANUEL NAVARRO IPS S.A.S	CAMPO DE LA CRUZ	CALLE 6 NÚMERO 9 - 27	
SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DEL CARIBE S.A.S SEDE 1	CAMPO DE LA CRUZ	CALLE 9 No. 12 - 109	
MEDICAL SUR S.A.S.	CAMPO DE LA CRUZ	CALLE 9 No 1O-60	
VIVA 1A IPS CANDELARIA ATLANTICO	CANDELARIA	CL 15 No 16 - 35 en Candelaria	
CENTRO MEDICO VITAL CANDELARIA S.A.S	CANDELARIA	CARRERA 12 NUMERO 13-24	
EMMANUEL NAVARRO IPS S.A.S.	CANDELARIA	Calle 16 No. 12-02	
FUNDACION GRUPO DE ESTUDIO BARRANQUILLA SEDE CLÍNICA SAN CRISTOBAL	GALAPA	CALLE 10 # 24 - 69	
OPTICA AXXUS SEDE No 4	GALAPA	CALLE 11 No 16-13	
FUNDACIÓN ATENCIÓN NIÑOS ESPECIALES FANES GALAPA	GALAPA	CALLE 10 NÚMERO 24-43	
instituto metropolitano para el desarrollo cognitivo ips sas	GALAPA	Calle 8B No. 61 - 20	

IPS CREER Y CRECER S.A.S COMUNIDAD TERAPEUTICA	GALAPA	CRA 41 N0. 50-95	
IPS CREER Y CRECER S.A.S	GALAPA	CALLE 10 N0. 21-110	
IPS DARTESALUD S.A.S	GALAPA	CALLE 12 NUMERO 15-63	
IPS MARIA DEL MAR S.A.S	JUAN DE ACOSTA	CALLE 6 NUMERO 5 - 24	
SALUD EN TU HOGAR IPS S.A.S	JUAN DE ACOSTA	CALLE 7 NÚMERO 15 - 5 LO1	
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL LURUACO CERIS E.U.	LURUACO	CRA 20 Nº 20 - 45	
CLINICA SAN JOSE DE LURUACO IPS SAS	LURUACO	CARRERA 20 NO. 20-30	
FUNDACIÓN LUGAR DE ENCUENTRO SAN FRANCISCO DE ASIS - FLE	LURUACO	FINCA LA RINCONADA KM 4 CARRETERA QUE CONDU CRUZ	
OCGN UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA SEDE MALAMBO	MALAMBO	CALLE 10 A No. 23-03	
PRONTASALUD SAS	MALAMBO	CALLE 9 # 17-25	
PRONTASALUD SAS SEDE MENTAL	MALAMBO	CALLE 10 NÚMERO 11-66	
FUNDACION GRUPO DE ESTUDIO BARRANQUILLA TOMA DE MUESTRA CHILDREN MESOLANDIA	MALAMBO	CALLE 9 # 4D - 25	
CENTRO MEDICO SAN JUAN EU	MALAMBO	CALLE 9 N° 7 - 25	
IPS MALAMBO	MALAMBO	CL 10 Nº 7 - 34	
OPTICA AXXUS SEDE No 5	MALAMBO	CARRERA 17 No 9-35	
SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS SEDE MALAMBO	MALAMBO	CL 10 Nº 17-66	
PROMOCOSTA MALAMBO	MALAMBO	CALLE 8 No 12-83 LOCAL 1	
FUNDACIÓN COMUNIDAD VIVA	MALAMBO	CALLE 15 A N° 1 C - 51	
CENTRAL DE URGENCIAS CERVANTES SALUD S.A.S	MALAMBO	CALLE 7 No. 12 - 36	
I.P.S SERVICIOS MEDICOS BIOTECH DE COLOMBIA S.A.S	MALAMBO	CARRERA 13 N° 12 - 31	
CENTRO DE REHABILITACION-ESTIMULACION Y APRENDIZAJE BIOTECH IPS S.A.S	MALAMBO	CARRERA 13 N° 12 - 31	
FUNDACION MEDICA CAMPBELL CENTRAL DE URGENCIAS	MALAMBO	CALLE 10 N° 26 - 40	
INTEGRAL DE COLOMBIA IPS SAS MALAMBO	MALAMBO	CALLE 8 No. 16 - 52	
CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS	MALAMBO	CLL 12 N° 14- 35	
FUNNSER IPS S.A.S	MALAMBO	CALLE 9 NÚMERO 10-04	
NUESTRA VIDA INTEGRAL I.P.S. S.A.S.	MALAMBO	CALLE 11 NUMERO 8-25	
UNIDAD DE TRAUMA DEL ORIENTE S.A.S	MALAMBO	CALLE 10 A N° 22- 03	
SOLMEDIS IPS MALAMBO	MALAMBO	CALLE 9 # 40 - 25 Local 2	
PROMOCOSTA MANATÍ	MANATÍ	CALLE 4 # 12-54	
fasalud ips sas-cisnes	MANATÍ	calle 7 cra 8#7-100	
FAMILIAS CON FUTURO IPS S.A.S	PALMAR DE VARELA	CALLE 11 NUMERO 13-74	
NEURONA Centro de Atencion Integral IPS S.A.S	PALMAR DE VARELA	Calle 7 # 7-02	
TU SALUD PLUS IPS S.A.S.	PALMAR DE VARELA	CALLE 11 N° 6 - 24 LOCAL 1	
amarsalud ips s.a.s centro integral e especialista	POLONUEVO	carrera 3 # 2a-10	

PROMOTORES DE LA SALUD DE LA COSTA S.A.S PONEDERA	PONEDERA	CALLE 18 N° 13 - 31
FUNDACIÓN HOGAR SALVACIÓN Y VIDA	PONEDERA	CARRERA 11 NÚMERO 4-36 PUERTO GIRALDO
ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE	PUERTO COLOMBIA	CRA 48 # 70-38
Organización clinica general del norte S A Centro de atencion basica de Puerto Colombia	PUERTO COLOMBIA	CALLE 7 No. 7 - 03
Sede Fundación Hospital Universidad del Norte	PUERTO COLOMBIA	Km. 5 Vía Puerto Colombia
I.P.S. UNIDAD MEDICA ETICA E.U.	PUERTO COLOMBIA	CALLE 5 Nº 8 - 38
PASTEUR LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.	PUERTO COLOMBIA	CARRERA 30 No.1-184 LOCAL 28 Y 29
FUNDACION GRUPO INTEGRA	PUERTO COLOMBIA	CALLE 3B NUMERO 38-220
SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS - SEDE PUERTO COLOMBIA	PUERTO COLOMBIA	CALLE 4 # 3-96 APTO 2
Servicios Medicos Olimpus Bienestar Universitario UniAtlantico	PUERTO COLOMBIA	Kilometro 7 Antigua via a Puerto Colombia, Uni Alantico
CORPORACIÓN HOGARES CREA DE COLOMBIA	PUERTO COLOMBIA	KILOMETRO 1 AUTOPISTA A PUERTO COLOMBIA DES
FUNDACION HOGAR REENCONTRARSE	PUERTO COLOMBIA	CL. 1F No. 21 - 60
FUNDACION ANTORCHA	PUERTO COLOMBIA	CARRERA 2 # 3 - 225
LABORATORIO CLINICO CONTINENTAL S.A.S	PUERTO COLOMBIA	CALLE 80 No 49C-32
LABORATORIO CLINICO CONTINENTAL S.A.S SEDE VILLA CAMPESTRE	PUERTO COLOMBIA	KM 1 CORREDOR UNIVERSITARIO (EDS TERPEL)
Fundacion Ecuestre Para La Rehabilitacion Neurocognitiva Cambiando Vidas	PUERTO COLOMBIA	AUTOPISTA AL MAR KM 10 POSTE 181
CENTRO TERAPEUTICO RE-ENCONTRARSE S.A.S	PUERTO COLOMBIA	CALLE 1 F N° 21 - 02
CASA HOSTAL RE-ENCONTRARSE	PUERTO COLOMBIA	calle 2 No. 20-28
CLINICA PORTOAZUL S.A SIGLA CPA	PUERTO COLOMBIA	CR 30 CORREDOR UNIVERSITARIO N° 1 - 850
Servicios de Salud IPS Suramericana S.A.S	PUERTO COLOMBIA	Kr 30 Corredor Universitario N° 1 - 850 Consultorio N° 521
IPS SALUD SURA PORTO AZUL	PUERTO COLOMBIA	Kr 30 Corredor Universitario 1 - 850 consultorio N° 521 CL
IPS SURA TRANSELCA	PUERTO COLOMBIA	Calle 24 Carrera 1 -24 ed. BC
Unidad de Gastroenterologia y Endoscopia Digestiva S.A.-UGASEND S.A.	PUERTO COLOMBIA	Cra.30 Corredor Universitario No.1-850 Puerto Colombia-4 Azul
PORTO AZUL	PUERTO COLOMBIA	CRA 30 corredor universitario No. 1-850 Cons 517
SABBAG RADIOLOGOS S.A.	PUERTO COLOMBIA	CARRERA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO N° 1 - 850 T
Neurocountry Portoazul SAS	PUERTO COLOMBIA	Carrera 30 Corredor Universitario N° 1-850 Local 302 y 30 Complejo Portoazul
YEPES RESTREPO & CIA S EN C SIMPLE	PUERTO COLOMBIA	CRA 30 No. 1-850 CONS 801-805 807 808 810 811 813 8

BOSTON MEDICAL GROUP DE COLOMBIA SAS	PUERTO COLOMBIA	CRA 30 No. corredor universitario 1- 850 P 6 cons. 626
BMGC BARRANQUILLA	PUERTO COLOMBIA	CRA 30 No. corredor universitario 1- 850 cons. 626
TIMED S.A. SEDE PORTO AZUL	PUERTO COLOMBIA	CRA 28 No. 1 B - 315 COMPLEJO PORTO AZUL CONSU
FUNDACION CHISIA	PUERTO COLOMBIA	CALLE 20 N° 21 - 98
FUNDACION CHISIA PUERTO COLOMBIA	PUERTO COLOMBIA	CARRERA 10B No. 4-40
CENTRO PARA LA INVESTIGACIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS LIMITADA-PREVENTIO LTDA.	PUERTO COLOMBIA	CRA 30 NUMERO 1- 850 CONSULTORIO 530
ANDROLOGIA FERNANDO VASQUEZ RENGIFO S.A.S	PUERTO COLOMBIA	CARRERA 30 NUMERO 1B-850 CONSULTORIO 619
PROTORAX DE COLOMBIA SAS	PUERTO COLOMBIA	Carrera 30 corredor Universitario No.1 -850 CONSULTORI
PUERTO SALUD UNIDAD MEDICA INTEGRAL S.A.S	PUERTO COLOMBIA	CALLE 4 NUMERO 12 - 48
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO JUAN DE FRANCISCO Y JOSE FELIX CASTRO S.A.S.	PUERTO COLOMBIA	COMPLEJO MEDICO PORTOAZUL CORREDOR UNIVER - 850 CONSULTORIO 404
MUJER INTEGRA S.A.S	PUERTO COLOMBIA	CRA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO Nº 1 - 850 CONSU
REVITALIZAR DEL CARIBE S.A.S	PUERTO COLOMBIA	CARRERQ 30 # 1-850 CONS 204
CENTRO CARDIOLOGICO DEL CARIBE	PUERTO COLOMBIA	CARRERA30 CORREDOR UNIVERSITARIO N° 1 - 850 C
NOVAFEM CENTRO DE FERTILIDAD Y GENETICA BARRANQUILLA	PUERTO COLOMBIA	CR 30 No. 1 - 850 consultorio 706
INVERSIONES NUEVO SER S.A.S	PUERTO COLOMBIA	CALLE 8 NÚMERO 13-869
ECOGRAFIA EN CASA & CIA LTDA	PUERTO COLOMBIA	Carrera 30 corredor universitario No.1-850 consultorio 419
ORTOPEDIA PORTOAZUL S.A.S	PUERTO COLOMBIA	CARRERA 30 NÚMERO 1-850 CONSULTORIO 501, 503,
UNIDAD DE PERINATOLOGIA Y TERAPIA DEL CARIBE SEDE 2	PUERTO COLOMBIA	CRA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO No 1-850 CONS. 4 PORTOAZUL
AF OFTALMO S.A.S	PUERTO COLOMBIA	CARRERA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO NÚMERO 1 COLOMBIA CONSULTORIO 812
CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DIABETES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES S.A.S.	PUERTO COLOMBIA	CARRERA 30 # 1 - 850 CLINICA PORTO AZUL - CONSU
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES PAPIROS PARK 2	PUERTO COLOMBIA	PROL CR 30 CORR UNIV LT PAPIROS2
FERTILITY CARE COLOMBIA S.A.S	PUERTO COLOMBIA	CRA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO # 1-850 OF. 729 P
I.P.S ATENCIÓN PLENA S.A.S	PUERTO COLOMBIA	CALLE 8 NÚMERO 13-750
Colombiana de Trasplantes SAS	PUERTO COLOMBIA	CR 30 C/Univ 1-850 T/Medica Consultorio 307 - 308 en Pu
COLOMBIANA DE TRASPLANTES SEDE PORTO AZUL	PUERTO COLOMBIA	CR 30 C/Univ 1-850 T/Medica Consultorio 307 - 308 en Pu

COMALDEX	PUERTO COLOMBIA	calle 135 n 56-40 local 4
Dental Life Plus Bq	PUERTO COLOMBIA	Calle 135 No 56 - 40 LO 4
CRISTIAN REYES CARDIO SAS	PUERTO COLOMBIA	corredor universitario No 1-850 consultorio 424 clinica port
PORTEÑA INTEGRAL IPS SAS	PUERTO COLOMBIA	CALLE 2 # 10 - 25
MATERNAL FETAL HEALTH S.A.S	PUERTO COLOMBIA	CR 30 NÚMERO 1 - 850 TORRE PORTOAZUL CONSULT
CHISIA IPS SAS	PUERTO COLOMBIA	CARRERA 10 No.4-55
INSTITUTO DE CIRUGIA Y ENDOSCOPIA COLORECTAL SAS	PUERTO COLOMBIA	Carrera 30 No 01 - 850 Consultorio 516 Portoazul
ICEREC SAS	PUERTO COLOMBIA	Carrera 30 No 01- 850 Consultorio 516
CURE LATAM SAS	PUERTO COLOMBIA	CRA 30 CORREDOR INIVERSITARIO # 1-850 CONSULT
AUDIOVIDA CENTRO AUDIOLÓGICO	PUERTO COLOMBIA	CRA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO #1-850 CONSULT
VIVA 1A IPS REPELON	REPELÓN	CL 9 N° 9 - 97 en Repelon
CENTRO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO INTEGRAL LTDA - CEDIATEC SEDE REPELON	REPELÓN	CALLE 4 Nº 11 - 56
CAMINEMOS IPS REPELON	REPELÓN	CALLE 8 # 9-128
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DEL SUR I.P.S S.A.S.	REPELÓN	CALLE 6 N° 6 - 07
SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS (SEDE SABANAGRANDE)	SABANAGRANDE	KR 11 Nº 9 - 47
VIVA 1A SABANAGRANDE	SABANAGRANDE	CALLE 4 No 7 - 35
FONSALUD CARIBE CENTRO MEDICO DE DIAGNOSTICO S.A.S	SABANAGRANDE	CALLE 7 NÚMERO 10-29
VILLA 76 INSTITUTO DE PSICOTERAPIA S.A.S	SABANAGRANDE	CALLE 7A NUMERO 16-416
CENTRO MEDICO DARSALUD T .S.A.S	SABANAGRANDE	CALLE 8 NUMERO 8 - 12
CAD IPS REINICIAR S.A.S.	SABANAGRANDE	CALLE 13 NÚMERO 3-43
FUNDACIÓN LA PRADERA COMUNIDAD TERAPÉUTICA CAMPESTRE	SABANAGRANDE	CARRERA 7 NO. 19-4700T VÍA LA RISOTADA
IPS CERSALUD MEDICINA INTEGRAL	SABANAGRANDE	CALLE 5 Nº 12 - 62
fundacion accionsalud accion de vida	SABANAGRANDE	camino tamarindo a 1200mts-Finca Dulce Refugio-
CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA SURORIENTAL SABANAGRANDE S.A.S	SABANAGRANDE	CARRERA 9 NÚMERO 10 - 42
UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA SABANALARGA	SABANALARGA	Cra 23 No. 34- 56
FUNDACION GRUPO DE ESTUDIO BARRANQUILLA TOMA DE MUESTRA REY FALS SEDE SABANALARGA	SABANALARGA	CALLE 19 # 18-08 LOCAL 7
OPTICA FEI S.A.S	SABANALARGA	CALLE 14 N° 20-148
CLINICA SAN RAFAEL LTDA	SABANALARGA	CALLE 20 # 16-42
CLINICA SAN RAFAEL LTDA	SABANALARGA	CALLE 23 # 10-98
CENTRO MEDICO SAN JUAN EU	SABANALARGA	KR 17 Nº 14 A - 35
Centro Medico San Juan EU	SABANALARGA	CARRERA 17 # 14 A -35
IPS SABANALARGA	SABANALARGA	KR 21 Nº 22 - 40

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE SABANALARGA	SABANALARGA	CARRERA 23 Nº 22A-66
CLINICA DE OJOS DE SABANALRGA LTDA	SABANALARGA	CARRERA 19 No 24-118
OPTICA AXXUS SEDE No 1	SABANALARGA	CALLE 18 N 18 - 106
SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS (SEDE SABANALARGA)	SABANALARGA	CALLE 18No. 19B-10
BIOTEST LABORATORIO CLINICO	SABANALARGA	CARRERA 23 No 25B- 41
PROSALUDSA SAS	SABANALARGA	CARRERA 20 N° 24A - 87
PROSALUDSA LTDA	SABANALARGA	CARRERA 20 # 24 A 87
CLIDENTAL LTDA	SABANALARGA	CL 20 Nº 19 - 70
CENTRO REHAFIS E.U.	SABANALARGA	CL 18 No. 19 -20
CENTRO REHAFIS E.U.	SABANALARGA	CARRERA 24 Nº 22A -70
VIVA 1A IPS SABANALARGA	SABANALARGA	CR 18 No 22A-53
CLINICA COLOMBIANA DEL RIÑON S.A	SABANALARGA	calle 23 n 10-98
PROMOCOSTA S.A	SABANALARGA	Calle 21 No 16-48
BERBOJ SALUD LIMITADA	SABANALARGA	KR. 19 Nº 14 - 66
SALUD FAMILIAR S.A. I.P.S.	SABANALARGA	KR 57 No 74-71
SALUD FAMILIAR S.A.I.P.S.	SABANALARGA	Calle 21 No. 16 - 48 Consultorio No. 4 SABANALARGA
INSTITUTO DEL CORAZON DE SABANALARGA	SABANALARGA	Calle 20 No. 16-42 INTERIOR 1
IPS SAN JOSE SABANALARGA E.U	SABANALARGA	CALLE 16A NUMERO 25A-15
IPS SAN JOSE SABANALARGA	SABANALARGA	CALLE 24 # 18 - 51
SAIS IPS SAS IMAGENOLOGIA Y HEMODINAMIA	SABANALARGA	CARRERA 10 NO 25 - 67
SAIS IPS SABANALARGA	SABANALARGA	CALLE 25 # 8-25 lo 1
CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL CARIBE S.A.S	SABANALARGA	CARRERA 19 A NÚMERO 24-46
FASALUD IPS SAS	SABANALARGA	CALLE 12 N' 35 - 99
AMBULANCIAS DEL CARIBE IPS SAS	SABANALARGA	CALLE 25 NO. 8-25 OFICINA 2
Instituto Metropolitano para el Desarrollo Cognitivo IPS SAS No. 2	SABANALARGA	Carrera 23 No. 24 - 108
FUNDACIÓN CAMPBELL CENTRAL DE URGENCIAS	SABANALARGA	CARRERA 23 32-32
IPS PREVIMEDISALUD S.A.S	SABANALARGA	CALLE 18 # 18-15
FUNDACION SOCIAL PARA PROMOCION DE VIDA	SABANALARGA	CALLE 21 #10-37
RED MED RED MEDICA ESPECIALIZADA DE COLOMBIA S.A.S	SABANALARGA	CARRERA 16 25A-15
CLINICA SONREIR EU	SABANALARGA	CRA 21 N 22 - 23
CLINICA LA MISERICORDIA S.A.S	SABANALARGA	CRA 23 # 22 A 61
CRC MANANTIALES S.A.S.	SABANALARGA	KM 80 + 0400M CARR.CORDIALIDAD EN SABANALARG
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES A-PRUEBA ACACIAS	SABANALARGA	KM 80 + 0400M CARR.CORDIALIDAD EN SABANALARG
SALUD SOCIAL S.A.S	SABANALARGA	CARRERA 21 N° 24-138
PAD SABANALARGA	SABANALARGA	CARRERA 21 N° 24-132
IPS CENTRO MEDICO GOD JIREH SALUD PARA TODOS S.A.S	SABANALARGA	CALLE 22 # 16b 05 local 1
RENOVANDO VIDAS Y SALUD IPS S.A.S	SABANALARGA	CARRERA 18 NÚMERO 25-7
IPS CEFERA	SABANALARGA	CL 26 N° 18-12 CO 1 EN SABANALARGA
UNIDAD MEDICA SAN VICENTE S.A.S	SABANALARGA	CALLE 22 NÚMERO 16 B - 4
centro de rehabilitación vital S.A.S.	SANTA LUCÍA	cll7N°9-54

UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA SANTO TOMAS	SANTO TOMÁS	CALLE 7 No. 12-114
UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA SANTO TOMAS SEDE No. 2	SANTO TOMÁS	CARRERA 8 A No. 6 - 29
IPS CENTRO MEDICO SAN LUCAS	SANTO TOMÁS	CALLE 8 # 12-29
FUNDACION GRUPO DE ESTUDIO BARRANQUILLA - CENTRO MEDICO SAN LUCAS TADEO	SANTO TOMÁS	CALLE 8 # 12 - 29
OPTICA AXXUS SEDE No 3	SANTO TOMÁS	CALLE 8A No 12-43 LOCAL 1
SEDE SANTO TOMAS	SANTO TOMÁS	CARRERA 13 # 11-66
FUNDEC IPS	SANTO TOMÁS	KR 10 A No 2 A-29
FUNDACION PARA EL DESARROLLO COMUNITARIO-FUNDEC-	SANTO TOMÁS	KR 10 A No 2A-29
Promocosta Santo Tomas	SANTO TOMÁS	Calle 8 No. 12 -50, local 1
LABORATORIO ORIENTAL	SANTO TOMÁS	CALLE 7 N° 12 - 114 LOCAL 1
NEUROCOGNITIVA IPS SAS	SANTO TOMÁS	CARRERA 13 Nº 2 - 62
UNIÓN VITAL S.A.	SOLEDAD	KR 53 No. 59-236
UNION VITAL - CALLE 30	SOLEDAD	CL 32 Nº 26 - 320
VITALDIAGNOSTICA - SEDE METROPOLITANO	SOLEDAD	KR 28 # 58 - 148
UNION VITAL - CENTRO COMERCIAL CARNAVAL	SOLEDAD	CALLE 30 N°13-65 LOCAL 1129
SOLEDAD DE SALUD INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD S.A.S. SOLESALUD	SOLEDAD	CALLE 24 No.35-51 LOCAL 2
CLINICA PORVENIR LIMITADA	SOLEDAD	CALLE 18 N° 34 - 18
CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA IPS CALLE 30	SOLEDAD	CLLE 30 N 17-69 SEGUNDO PREDIO
CLINICA GENERAL DE SOLEDAD Y CIA LTDA	SOLEDAD	CALLE 30 NUMERO 29-30
FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE	SOLEDAD	CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PAR
SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES BERNARDO HOUSSAY LTDA IPS	SOLEDAD	CALLE 18 No. 16-37
CLINICA LOS ALMENDROS SAS	SOLEDAD	CRA 18D # 80A-24
CENTRO DE SALUD AGRUPASALUD IPS LIMITADA	SOLEDAD	CL 63 B Nº 13 - 76
CORPORACION MI IPS COSTA ATLANTICA	SOLEDAD	KR 53 # 82 - 86 EDIFICIO OCEAN TOWER OFICINA 311
IPS SOLEDAD	SOLEDAD	calle. 18 N° 26 B - 05
SALUD TOTAL EPS-S S.A.	SOLEDAD	KR 28 Nº. 58 - 148 - Barrio:SOLEDAD
SALUD TOTAL EPS - S S.A SOLEDAD	SOLEDAD	CALLE 32 Nº 26 -320
SALUD TOTAL EPS-S S.A UAB-UOD CARNAVAL	SOLEDAD	CENTRO COMERCIAL CARNAVAL CALLE 30#13-65 LO AEROPUERTO en soledad
NOVASALUD CARIBE IPS S.A.	SOLEDAD	CALLE 30 Nº 15B-02
NOVASALUD CARIBE IPS SA	SOLEDAD	CALLE 21 Nº 21-03
SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS	SOLEDAD	Calle 21 # 19-73
IPS CLINICENTRO LAS MARGARITAS S.A.S.	SOLEDAD	CRA 25 A # 17 - 08
BIO-TEST I.P.S S.A.S	SOLEDAD	CALLE 20 NUMERO 19-16
Viva 1A IPS SA	SOLEDAD	KR 57 Nº 72 - 107
VIVA 1A IPS S.A BARRANQUILLA	SOLEDAD	CL 30 No. 1-295
ASOCIACION CENTRO DE CAPACITACION ESPECIAL "CENCAES"	SOLEDAD	Avenida Murillo Via a Granabastos Diagonal a Terranova I

FUNDACION SOCIAL DE DESARROLLO INTEGRAL SION	SOLEDAD	KRA 10 C N° 63 - 57
IPS ASESORIAS HORIZONTES DEL NORTE S.A.S.	SOLEDAD	CALLE 25a No 21-06
IPS ASESORIAS HORIZONTES DEL NORTE SAS	SOLEDAD	CRA 35A NÚMERO 27C - 10
IPS SANTA CATALINA S.A.S	SOLEDAD	Calle 16 # 17-68 - Barrio:centro
CENTRO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO INTEGRAL LTDA - CEDIATEC	SOLEDAD	CARRERA 30 NUMERO 24- 96
FUNDACION CLINICA MATERNO INFANTIL ADELA DE CHAR	SOLEDAD	CALLE 47 ENTRE CARRERA 6 C Y 7
FUNDACION CLINICA MATERNO INFANTIL ADELA DE CHAR SEDE 2	SOLEDAD	CALLE 13 No. 20 - 20
FUNDACIÓN SERSOCIAL	SOLEDAD	CL 18 No 21-17
FUNDACIÓN SERSOCIAL	SOLEDAD	CL 20 No 19-124
UNIVER PLUS S.A	SOLEDAD	calle 74 52 - 26 local 4
OPTICA UNIVER METROPOLITANO	SOLEDAD	CARRERA 28 N° 58 - 148 LOCAL 109
ÓPTICA UNIVER CARNAVAL	SOLEDAD	Avenida 30 con Vía Granabastos Centro Comercial Carnav
OSTOTAL SAS	SOLEDAD	CALLE 32 N° 26-320
OSTOTAL SAS	SOLEDAD	CALLE 15 No. 21-29
LABORATORIO CLINICO LANDSTEINER IPS SAS	SOLEDAD	CARRERA 24 N° 1765
CLÍNICA ORIENTAL DEL CARIBE S.A.S	SOLEDAD	CALLE 25A NUMERO 13-46
CLÍNICA ORIENTAL DEL CARIBE S.A.S	SOLEDAD	CALLE 25A NUMERO 13-46
FUNDACION ATENCION NIÑOS ESPECIALES FANES IPS	SOLEDAD	CALLE 16 NUMERO 21-33
IPS MEDICAMENTOS Y EQUIPOS COLOMBIA SAS	SOLEDAD	Calle 20 21-25 local 5
FUNDACION MEDICA CAMPBELL	SOLEDAD	CALLE 18 #26A- 29
DIGIMAX DEL CARIBE SAS	SOLEDAD	CRA 30 No. 20-34 local 1
INVERSALUD DE LAS AMERICAS S.A.S.	SOLEDAD	kR 49C 82-101
DENTISALUD SOLEDAD	SOLEDAD	KR 32 30-15 CC GRAN PLAZA DEL SOL LOCAL 2-50
GUADALUPE IPS S.A.S	SOLEDAD	CARRERA 25A NÚMERO 18-83
CAMBIARSALUD S.A.S	SOLEDAD	CARRERA 41B No. 43-52
YEPES PORTO OPTICAS SAS	SOLEDAD	CARRERA 30 No. 37 - 53 LOCAL 1-08 - Barrio:LA ARBOL GRAN PLAZA DEL SOL.
YEPES PORTO OPTICAS SAS SEDE SOLEDAD	SOLEDAD	CARRERA 30 No. 37 - 53 LOCAL 1-08
INVERSIONES EN RECREACIÓN DEPORTE Y SALUD Y PODRÁ TAMBIÉN DESIGNARSE CON LA SIGLA BODYTECH	SOLEDAD	Cra 32 N 30 - 15
FUNDACIÓN CAMPBELL	SOLEDAD	CALLE 30 # 37 133 INTERIOR 1,2 Y 3
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A	SOLEDAD	Kilómetro 7 Autopista Aeropuerto en Soledad
EPS SANITAS CENTRO MEDICO CALLE 30	SOLEDAD	CALLE 30 KILOMETRO 7 AUTOPISTA AEROPUERTO
IPS PREVIMEDISALUD S.A.S	SOLEDAD	Calle 16 No. 21 - 102
HOSPITAL LAS AMERICAS LTDA	SOLEDAD	CALLE 53B NUMERO 1F-51
FUNDACION CHISIA SEDE SOLEDAD	SOLEDAD	CALLE 20 N° 21 - 98
DAVITA S.A.S.	SOLEDAD	CALLE 47 Nº 6C -60
Grupo Odontologico Solucion Oral S.A.S	SOLEDAD	CALE 26 NUMERO 18-26 LOCAL 3
LABORATORIO CLINICO FLEMING S.A.S	SOLEDAD	CARRERA 25 NUMERO 18- 35
INTEGRAL DE COLOMBIA IPS S.A.S	SOLEDAD	CALLE 18 26 - 19 - Barrio:PORVENIR

MOVE MED S.A.S	SOLEDAD	CALLE 18 #26 A- 32
CENTRO MEDICO Y REHABILITACIÓN CAMPBELL	SOLEDAD	CALLE 15#21-53
MEDISALUD DEL CARIBE S.A.S	SOLEDAD	CALLE 21 # 19-29 piso 2
Centro Medico y de Vacunación Familiar E&M S.A.S	SOLEDAD	CALLE 21 NUMERO 26-193
centro visual opticlass de la costa ips sas	SOLEDAD	CRA 49C #80- 264 LOCAL 2 ED CARTIER
centro visual opticlass de la costa ips sas soledad	SOLEDAD	CRA 30 # 32- 165 LOCAL 10 CC PLAZA ARBOLEDA
PROSPERIDAD IPS S.A.S	SOLEDAD	CARRERA 25A No 16-82
PROSPERIDAD IPS S.A.S	SOLEDAD	CARRERA 25A No 16-61
FISIOTERAPIA EN CASA	SOLEDAD	CALLE 80C # 21C-51
ORGANIZACION SANTA LUCIA S.A.	SOLEDAD	CALLE 63 Nº13-71 AV. MURILLO LO.1009-2
OPTICA SANTA LUCIA CARNAVAL	SOLEDAD	CALLE 30 Nº 13 - 65 LOCAL 1011
CENTRO MEDICO COGNITIVO E INVESTIGACION SOLEDAD SOLEDAD	SOLEDAD	CALLE 18 # 22-39
MESSER COLOMBIA S.A.	SOLEDAD	carrera 30 # 32 - 165 Local 11
REMEO SOLEDAD	SOLEDAD	Carrera 30 # 32 - 165 Local 11
CAD IPS REINICIAR S.A.S.	SOLEDAD	transversal 41 N° 41c-04
FUNDACIÓN CONSTRUYENDO TEJIDO SOCIAL POR LA EQUIDAD A LAS VICTIMAS POR LA VIOLENCIA Y FAMILIAS DE ESCASOS RECURSOS	SOLEDAD	CRA 2E NO.52A 16
I.P.S. SAN VICENTE	SOLEDAD	CRA 2E NO.52A 16
ÓPTICAS GMO COLOMBIA S.A.S	SOLEDAD	CR 32 No . 30-15 Local 2-06 y 2-07
UNIDAD DE PERINATOLOGIA Y TERAPIA FETAL DEL CARIBE S.A.S UNIFETAL S.A.S	SOLEDAD	AP #23-132 CC ARBOLEDA LO 16 EN SOLEDAD
COSTA CARIBE Y/O IPS SALUD VIDA S.A.S	SOLEDAD	CARRERA 31 # 26 - 03
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM	SOLEDAD	CALLE 30 N° 16 -220
IPS CHIDES S.A.S	SOLEDAD	calle 21 # 21 - 83
IMAGENES BIOMEDICAS LA TRINIDAD S.A.S	SOLEDAD	CARRERA 19 NÚMERO 23 - 16
UNIDAD VISUAL OPTICARIBE S.A.	SOLEDAD	CALLE 18 N 26A 05
OPTICARIBE SOLEDAD	SOLEDAD	CALLE 18 N 26A - 05 LOCAL 1
SOCIEDAD CLINICA IBEROAMERICA S.A.S	SOLEDAD	CL 30 KM 7 A. AEROPUERTO PI 1 IN 1 en Soledad
LABORATORIO CALLE 30 SOLEDAD	SOLEDAD	CL 30 KM 7 A. AEROPUERTO PI 1 IN 1 en Soledad
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL ILUSIONES CON FUTURO S.A.S	SOLEDAD	CALLE 43 NÚMERO 37-92
ASOCIACIÓN PARA EL FOMENTO DE LA INNOVACIÓN Y DESARROLLO DE LOS GREMIOS	SOLEDAD	CRA 14 NO. 54-186 LOCAL 120 MODULO D
IPS AFIDG	SOLEDAD	CRA 14 NO. 54-186
CENTRO MEDICO AURA ELENA S.A.S	SOLEDAD	CARRERA 19 NÚMERO 18-41
AYUDA MEDICA DOMICILIARIA Y EMPRESARIAL SOLUCIONES EN SALUD OCUPACIONAL S A S	SOLEDAD	CRA 16 N. 82-4 LO 1
ODONTOCLINC IPS	SOLEDAD	CALLE 62 A No 23 - 46
ADP SALUD DE ESPECIALISTAS EN SENTIDOS S.A.S	SOLEDAD	calle 63#13-71 local 1034-2 c.c nuestro atlantico
UNIMEDIS DE LA COSTA IPS S.A.S	SOLEDAD	CALLE 17 NÚMERO 22-43
CENTRO DE SALUD AGRUPANDO VIDA LTDA	SOLEDAD	CARRERA 22 No. 60 - 56
CENTRO DE CAPACITACION LABORAL SAS	SOLEDAD	CR 14 No 58 - 53
RESCATE IPS SOLEDAD	SOLEDAD	CR 14 No 58 - 53

GESTIÓN EMPRESARIAL ESPECIALIZADA LIMITADA	SOLEDAD	CARRERA 15# 54 - 304
GRUPO CENTRO DE NEUROREHABILITACION Y APRENDIZAJE	SOLEDAD	CALLE 18 N°26 B-20
FARO FUERZA ACCIÓN Y RESPUESTA OPORTUNA S.A.S SIGLA FARO CORPORATION	SOLEDAD	CALLE 28 NÚMERO 34A -23
INVERSIONES SANTA FE DEL CARIBE S.A.S.	SOLEDAD	CALLE 18 N. 21 - 116
PROMOCION Y PREVENCION EFECTIVA I.P.S. S.A.S. - PyP-e	SOLEDAD	AEROPUERTO ERNESTO CORTISSOZ HANGAR 14
Fonte Eros IPS	SOLEDAD	Calle 45 # 13B-10
PROVENSALUD RB S.A.S	SOLEDAD	Calle 27c No 30-86
HOMO HEALTH I.P.S S.A.S	SOLEDAD	Cra 31 # 27c-48
CENTRO MEDICO SUAN - CLINICA SANTA MARTA RL SAS	SUAN	CR 11 # 3 -73
IPS MARIA DEL MAR S.A.S	TUBARÁ	CALLE 9 NÚMERO 3-48
IPSI MOKANA - CLINICA SANTA MARTA TUBARA	TUBARÁ	CALLE 7 # 2 -07
FUNDACIÓN COMUNIDAD VIVA IPS SEDE USIACURÍ	USIACURÍ	Cra. 15 A # 13 B - 8
BONAVIDA CENTRO DE MEDICINA INTEGRATIVA S.A.S	USIACURÍ	carrera 22 # 8C - 47 Consultorio 1
ESE CENTRO DE SALUD DE USIACURI JOSE MARIA FERES FARAH	USIACURÍ	Carrera 22 # 8C - 47 Consultorio 1

En el distrito de Barranquilla hay 1332 Prestadores de Servicios de la Salud entre la oferta pública y privada que hacen parte de la red de servicios, distribuidas así:

5.3 IPS PUBLICAS: En el Distrito de Barranquilla, la red pública hospitalaria esta operada por un operador clínico hospitalario denominado MI RED IPS BARRANQUILLA, distribuidos en cinco (5) localidades: Riomar, Centro Histórico, Suroccidente, Sur Oriente y Metropolitana, las cuales tienen entre todas sus localidades 43[24] Prestadores de Servicios de la Salud entre Hospitales, Caminos y Pasos, en donde se prestan servicios de salud de primer a cuarto nivel de complejidad:

NOMBRE	DIRECCION
MIRED BARRANQUILLA IPS S.A.S.	Vía 40 #73- 290 PISO 9
MIRED BARRANQUILLA HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA	CALLE 33 No.33-09
MIRED BARRANQUILLA CAMINO LA MANGA	CARRERA 21D No.78-55
MIRED BARRANQUILLA HOSPITAL NAZARETH	CALLE 47 N 19-87
MIRED BARRANQUILLA CAMINO MURILLO	CALLE 45 No.8H-48
MIRED BARRANQUILLA CAMINO LA LUZ CHINITA	CARRERA 17 No.12-39
MIRED BARRANQUILLA PASO LAS FLORES	VIA 40 No.107-15
MIRED BARRANQUILLA PASO PLAYA	CRA17D Nº17-56
MIRED BARRANQUILLA CAMINO METROPOLITANO	CALLE 78 CARRERA 2 SUR
MIRED BARRANQUILLA PASO PRADERA	CALLE 121 CARRERA 26 -28

[24] *REPS del Ministerio de salud, septiembre de 2020*

MIRED BARRANQUILLA PASO SAN FELIPE	CALLE 68 No.24C ESQUINA
MIRED BARRANQUILLA PASO REBOLO	CALLE 16 No.29-44
MIRED BARRANQUILLA PASO VILLATE	CALLE 64 No.15 ESQUINA
MIRED BARRANQUILLA PASO LA SIERRITA	CALLE 74 No.5E-01
MIRED BARRANQUILLA PASO CARRIZAL 1	CARRERA 4 No.49E-15
MIRED BARRANQUILLA PASO LAS MALVINAS	CALLE 99C No.9C-33
MIRED BARRANQUILLA PASO LAS NIEVES	CARRERA 14 No.24-98
MIRED BARRANQUILLA PASO JULIO MONTES	CARRERA 23 No.27-16
MIRED BARRANQUILLA PASO BUENA ESPERANZA	CARRERA 16A No.63C-120
MIRED BARRANQUILLA PASO GALAN	CARRERA 2B No.36B-55
MIRED BARRANQUILLA PASO VILLANUEVA	CARRERA 2B No.41-223
MIRED BARRANQUILLA PASO JUAN MINA	CALLE 7 No.6-33
MIRED BARRANQUILLA PASO ALFONSO LOPEZ	CARRERA 24 No.47C-04
MIRED BARRANQUILLA PASO BARLOVENTO	CARRERA 50 No.9-41
MIRED BARRANQUILLA PASO UNIVERSAL	CALLE 96 No.1G ESQUINA
MIRED BARRANQUILLA PASO LAS PALMAS	CARRERA 7D No.34-55
MIRED BARRANQUILLA PASO NUEVA ERA	CARRERA 27 No.83-116
MIRED BARRANQUILLA PASO LA VILLA	CALLE 94 No.6G-55
MIRED BARRANQUILLA CAMINO SIMON BOLIVAR	CALLE 23 No.5-50
MIRED BARRANQUILLA PASO NUEVA VIDA	CALLE 49 No.8 SUR-64
MIRED BARRANQUILLA CAMINO BOSQUE DE MARIA	CALLE 64 No.9D-66
MIRED BARRANQUILLA CAMINO SUR OCCIDENTE	CARRERA 12 No.110-91
MIRED BARRANQUILLA PASO CARLOS MEISEL 2	CARRERA 25 No.73-17
MIRED BARRANQUILLA PASO SANTO DOMINGO DE LAS AMERICAS	CALLE 53 No.3A-22
MIRED BARRANQUILLA PASO SAN SALVADOR	CALLE 84 No.80-30
MIRED BARRANQUILLA CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL ROSOUR 7	CALLE 98 No.9G-10
MIRED BARRANQUILLA CAMINO UNIVERSITARIO DISTRITAL ADELITA DE CHAR	CALLE 50 No.20-91
MIRED BARRANQUILLA PASO ESMERALDA-LIPAYA	CALLE 73F No.12-19
MIRED BARRANQUILLA PASO LA UNION-SAN JOSE	CARRERA 21 No.39-59
MIRED BARRANQUILLA PASO LA 21	CALLE 45E N° 20-179
MIRED BARRANQUILLA PASO VILLAS DE SAN PABLO	DIAGONAL 138 CARRERA 7M ESQUINA
MIRED BARRANQUILLA PASO EL FERRY 1º DE MAYO	CRA 7B CALLE 6 ESQUINA
MIRED BARRANQUILLA CIUDADELA 20 DE JULIO	CALLE 47 A Nº 3A SUR 20

5.4 IPS PRIVADAS: a septiembre de 2020 existen 916[25] Prestadores de Servicios de la Salud en el distrito de Barranquilla, según el REPS del Ministerio de salud

"COOINSALUD" Cooperativa de Trabajadores Asociados de servicios Integrales de salud	CARRERA 45 No.56-73
A.L.E. OTORRINOS S.A.S.	CALLE 85 No.50-49 CONS 403-404-406
ACTIVA BIOMEDICA	CR 49C No 79 - 66

[25] *REPS del Ministerio de salud, Septiembre de 2020*

ADOLFO ALVAREZ SAS	CARRERA 51 B # 94-334 CONS 205
ADVANCE CARDIOLOGY IPS SAS CARDIOIMAGENES	CARRERA49C # 80-55 CONS. 104
AL HENRIQUEZ ORTOPEDIA S.A.S.	CALLE 85 NRO. 50-37 CONS 711
ALIANZA ODONTOLOGICA TIV	CRA 52 No 82 - 263 2 PISO
ALTA MED I.P.S. S.A.S	CARRERA 45 # 84 - 90
ALTO PRADO	KRA 49C #84-97
AMBULANCIAS MEDICAS DEL ATLANTICO S.A.S	Calle 88 No. 44-90
AMBULANCIAS MEDICAS DEL ATLANTICO S.A.S. AMA SALUD S.A.S.	CALLE 88 N. 44-90
AMVIF - ASISTENCIA MEDICA VITAL EN FAMILIA IPS S.A.S.	CALLE 70 B # 41 - 187
ANESTEPRO S.A.S. BARRANQUILLA	CR.61 No.75-117
ANESTEPRO SAS BARRANQUILLA	CR 61 No. 75-117
ANGIOLAB LTDA	CARRERA 50 # 80 - 18 CONS. 323A
ARPECA LTDA	CARRERA 64 N° 85-35
ART DENTAL PLUS S.A.S	carrera 53 Nº 53-79 local 2
ASGESST IPS SAS	CARRERA 58 # 70-129 Local 103
ASISTENCIA CIENTIFICA DE ALTA COMPLEJIDAD S.A.S.	CALLE 85 No.50-37 CONS 303-304
ASISTENCIA INTEGRAL EN CASA	CALLE 45 N° 26-39 CALLE MURILLO
ASISTENCIA MEDICA INMEDIATA AMEDI S.A.S.	CALLE 83 # 42C - 71 BARRIO NUEVO HORIZONTE
ASISTENCIA MEDICA INMEDIATA SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA S.A	CRA 58 NUMERO 68-160
ASISTENCIA MEDICA INTEGRAL EN CASA S.A.S.	CRA 59 N 66 86 Oficina 109
ASISTENCIAS INTEGRALES DE LA COSTA IPS	CALLE 45 N° 14-72 CALLE MURILLO
ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES ANESTESIÓLOGOS PERMANENTES	CARRERA 50 # 79 - 121
ASOCIACION MEDICA DE MEDICINA NUCLEAR LTDA NUCLEAR 2000 LTDA	CALLE 71 No.41-46
ASOCIACIÓN PROFAMILIA	Calle 59 No 50-17
ATENCION MEDICA DOMICILIARIA LTDA. AMED	CALLE 79 No.42B-28
ATLANTIC UNIDAD MEDICA ESPECIALIZADA LTDA	CARRERA 50 No 84-45
AUDIOCOM LTDA	CARRERA 49C N0 80-125 Consultorio 309 Centro Medico Continental
AUDIOCOM SAS	CRA 49C Nº 80-125 CO 309
AVANCEF IPS SAS	CARRERA 49 N 68 38
AVANZA IPS LIMITADA	CARRERA 42H No.93-47
AYUDAS DIAGNOSTICAS IPS SURA FAMILIA	KRA 54 # 59 -267
AYUDAS DIAGNOSTICAS IPS SURA MURILLO	CALLE 45 No.10D-38
AYUDAS DIAGNOSTICAS SALUD SURA ALTOS DEL PRADO	CRA 50 # 79 - 179
AYUDAS DIAGNOSTICAS SURA CLINICA OFTALMOLOGICA	Calle 86 No 50-158 Local 2
AYUDAS DIAGNOSTICAS SURA MONOMEROS	via 40 las flores piso 1 MONOMEROS
AYUDAS DIAGNOSTICAS SURA URGENCIAS ALTOS DEL PRADO	CARRERA 49 C # 80 - 176
AYUDAS DIAGNOSTICAS SURA VIVA BARRANQUILLA	CRA 51 B # 87 - 50 PISO 3 LOCAL 337
BARRANQUILLA	CALLE 73B No.41-120, LOCAL 1 Y 2
Beauty Dental Care	Carrera 47 No 84-24 local 101
BEAUTY DENTAL CARE SAS	carrera 47 No 84-27 local 101

BEHAVIORAL CENTER IPS S.A.S.	CALLE 45 No.9B-15
BETHEL SALUD S.A.S	CALLE 65 No 26 D 35
BIENESTAR IPS CENTRO MEDICO NORTE	CARRERA 49C No. 85 - 37
BIENESTAR IPS S.A.S.	CL 45 No. 14-99
BIENESTAR IPS SEDE NORTE NUEVA EPS	Carrera 49c No. 85-69
BIOBAC S.O SAS	CARRERA 62 No.76-114
BIOCORP HEALTH CARE SAS	CARRERA 44 #72-131 CONSULTORIO 307 C
BIOMELAB S.A.S	CARRERA 59 No 72-115
BUENAVISTA	CALLE 98 CARRERA 53 ESQUINA. Interior Exito
C&S GAMMA S.A.S	CARRERA 44 # 72 -131 OFI 203
C.F.C S.A.S	CLLE 86 N 49C-34 PISO 2
C.F.C. S.A.S.	CLLE 86 N49C -34 PISO 2
CAD IPS REINICIAR S.A.S.	CARRERA 43B Nª 80 - 46
CAD VIDA IPS SAS	calle 54 N. 53-50
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM	CARRERA 53 No.70-112 LOC 01
CALLE 72	CARRERA 56 # 98-65 LOCAL 12 CENTRO COMERCIAL PLAZA DEL PARQUE
CAMINOS I.P.S	Calle 45 N° 51-62
CAMINOS IPS SAS	Calle 45 N°51-62
CARDIOCENTER BARRANQUILLA LTDA	CR 49 B # 79 - 151 CO 1
CARDIODIAGNOSTICO S.A	CARRERA 50 No. 80-216
CARDIOMOBILE S.A.S.	Carrera 50 Numero 80-216 consultorio 101
CARDIOSUR BARRANQUILLA LTDA	CALLE 45 19-97
CAREDENTAL Clínica Odontológica	Carrera 46 No.80-46 Piso 2
CAREDENTAL S.A.S.	Carrera 46 No. 80-32
CARHAZ OPTICAL S.A.S.	CARRERA 49C No.80-55
CARHAZ OPTICAL SAS	CARRERA 53 No. 68B - 125 LOCAL117 C.C. G.CENTRO
CARLOS ACEVEDO ODONTOLOGIA	CALLE 98 No 51B - 76 LOCAL 208
CARRERA 16	CALLE 47 No. 16 - 154
CEACHE S.A.S	CARRERA 49C NÚMERO 80 - 125 CONS 105 Y 106
CEDIFETAL S.A.	CALLE 71 No. 41-46 PISO 4º CONSULTORIO 408
CEDIUL S.A.	CALLE 71 # 41-54
CEFERA IPS S.A.S	CARRERA 49C # 80 - 125 PISO 8 CONSULTORIO 812
CEFERA IPS SAS	CARRERA 49C N°80-125 LOCAL 812 EDIFICIO CONTINENTAL
CENDIATRA BARRANQUILLA	CR 51B NO. 94-334 IN 504
CENDIPAT BARRANQUILLA	Carrera 49C # 80-125 Edificio Continental Medical Center Piso 8 COnsultorio 801
CENTRAL MEDICA DE DIAGNOSTICO	CALLE 45 # 8D -35
CENTRO CANCEROLOGICO DEL CARIBE CECAC LTDA	CRA 55 # 84 - 94
CENTRO CARDIOVASCULAR CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE	CARRERA 49C No.87-12
CENTRO COMERCIAL BAHIA OTORRINOS	CARRERA 51 B No 82-254 PISO 5 LOCAL 65 AL 70 Y 73
CENTRO DE ALERGIA ASMA E INMUNOLOGIA S.A.S.	CARRERA 51B No.94-334 CONS 206
CENTRO DE ALERGOLOGIA ALEJANDRO CARREÑOS. S.A.S SIGLA CAAC	CALLE 80 NUMERO 43B -49

CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA GENERAL DEL NORTE	CRA 58 No. 72 - 81
CENTRO DE ATENCION ASESORIAS Y TERAPIAS INTEGRALES CAMINO AL EXITO OLFANIT NARVAEZ	CALLE 96 N. 49C 147
CENTRO DE ATENCION ASESORIAS Y TERAPIAS INTEGRALES CAMINO AL EXITO. OLFANIT NARVAEZ S.A.S SIGLAS CAITCEX.ON	CALLE 96 N. 49C -147
centro de atencion de hemofilia	carrera 48 no 69 - 69
CENTRO DE BIENESTAR INTEGRAL DEL CARIBE S.A.S.	CARRERA 51B #87-50 local 337-5
CENTRO DE CERTIFICACION DE PERSONAS LTDA SIGLA "CERTIFICAR NORTE LTDA"	CARRERA 38 No.74-314
Centro de Coloproctologia y Endoscopia Digestiva Dr. Jose Luis Montes SAS	CRA 47 No. 84-141
CENTRO DE DIABETES CARDIOVASCULAR I.P.S LTDA	CARRERA 49C NUMERO 82-85
CENTRO DE DIABETES Y ENFERMEDADES CARDIO METABOLICAS IPS S.A.S. CEDIEC	CARRERA 45 No. 82-133
CENTRO DE DIAGNOSTICO PATOLOGIA DEL NORTE S.A.S	CRA 48 N° 70-64
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y MEDICINA AVANZADA Y TRATAMIENTO IPS LIMITADA SIGLA CEDIMAT	CALLE 65 No.34-146
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y REHABILITACIÓN ALTAMIRA S.A.S. CEDRAL S.A.S.	CALLE 91 No.50-50
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y REHABILITACION I.P.S LTDA.	CRA 50 NO 84 - 65
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y REHABILITACION IPS LTDA MURILLO	CALLE 45 No. 14-83
CENTRO DE DIALISIS SANTA MARGARITA S.A.S.	CALLE 80 No.47-66
CENTRO DE ESPECIALISTAS CEHOSAM	CALLE 75 No. 41D - 70
CENTRO DE ESPECIALISTAS EN SALUD DE LA COSTA S.A.S SIGLA CESAC	CALLE 56 No. 8E 1-238
CENTRO DE ESTIMULACION REHABILITACION Y APRENDIZAJE SOLIDARIDAD SOCIAL I.P.S S.A.S.	CALLE 57 No.36-44
CENTRO DE ESTIMULACION REHABILITACION Y APRENDIZAJE SONRISA DE ESPERANZA S.A.S	CARRERA 42F No.82-27
CENTRO DE ESTIMULACION REHABILITACION Y APRENDIZAJE SONRISA DE ESPERANZA SAS	CARRERA 42 F No.82-27
CENTRO DE GASTROENTEROLOGIA Y ENDOSCOPIA PEDIATRICA	CARRERA 47 No 82-105
Centro de hemostasia y trombosis del caribe S.A.S	carrera 44 Nro 72 - 131 consultorio 205
Centro de inmunologia del caribe S.A.S	cra 42b#76-36
CENTRO DE INVESTIGACIÓN MÉDICO ASISTENCIAL S.A.S.	CARRERA 49 C NO 82-120
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y PROYECTOS EN NEUROCIENCIAS CIPNA SAS	CARRERA 45 No. 84-176 Piso 01 Oficina 101 y Piso 02 Oficina 201
CENTRO DE MEDICINA BIOLOGICA Y ESTETICA SER VITAL S.A	CARRERA 47 No.79-145
CENTRO DE MEDICINA ESTETICA Y ANTIENVEJECIMIENTO DRA. LUISA OBREGON	KRA 52 79 - 71
CENTRO DE ORTODONCIA DR FRANCISCO PONCE S.A.S.	CRA 51B No. 80-58OFIC 1301 Edif. SMART OFFICE
CENTRO DE ORTODONCIA Y ESTETICA DENTAL NORTE S.A.S	CALLE 80 nO.46-11 LOC 05
CENTRO DE ORTOPEDIA INFANTIL DEL CARIBE S.A.S.	CARRERA 75 #79B-50 HOSPITAL NIÑO JESÚS

CENTRO DE ORTOPEDIA INFANTIL DEL CARIBE SEDE BARRANQUILLA	CARRERA 75 # 79B-50 HOSPITAL NIÑO JESÚS
CENTRO DE ORTOPEDIA Y REHABILITACION ORTOVITAL INTEGRAL S.A.S.	CARRERA 48 No.74-126
CENTRO DE PROCEDIMIENTOS INTEGRALES MÉDICOS ASISTENCIALES S.A.S. CEPIMA	Carrera 49 No 74-145
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DEL LITORAL IPS LIMITADA	CRA. 15 No. 29-91
CENTRO DE REHABILITACION DEL SER. CREser	KRA 47 No. 76-97
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRA DE SABANALARGA CERIS S.A.S.	CALLE 45 N° 9F - 148
CENTRO DE REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA NUEVOS HORIZONTES S.A.S	CALLE 80B NUMERO 39B-51
CENTRO DE REHABILITACION PULMONAR	calle 45 # 18-131
CENTRO DE REHABILITACIÓN Y APRENDIZAJE INTEGRAL EDUCAR I.P.S S.A.S	CARRERA 47 NUMERO 74-116
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL MEJORA IPS S.A.S.	CALLE 45 No.14-59
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL MEJORA IPS SAS	CALLE 45 No.14-59 - Barrio:VICTORIA
CENTRO DE RX ORAL MAX	KRA 53 NRO 70-112 LOCAL 1D
CENTRO DE SALUD COMUNAL LA MAGDALENA	CARRERA 7C No. 41-05
CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD SANTANGEL SAS	CARRERA 53 # 74-135, LOCAL 4 Y 5
CENTRO DE SONRISAS ODONTOLOGIA INTEGRAL SAS	CARRERA 44 N°80-240 APTO 1 CASA 4
CENTRO DE TERAPIAS INTEGRADAS REHABILITAR	CALLE 93 No. 43-152
CENTRO DE TERAPIAS INTEGRALES MISALUD S.A.S.	CALLE 45 N 10-25 LOCAL 1
Centro de Terapias Integrales Progresar s.a.s	calle70No41-161
CENTRO DE TERAPIAS INTEGRATIVAS DE SALUD S.A.S.	CARRERA 44B No.70-81
CENTRO DE VACUNAS MEDICAL CARE LTDA	Carrera 50 No. 80 - 18 Consultorio 209 Centro Medico Unimec
CENTRO DE VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA-CEVIED	Calle 78 No 57-215 Consultorio 200 Unidad Médica Villa Country
CENTRO DIAGNOSTICO CARDIOLOGICO CEDICARDIO LIMITADA	CALLE 80 No.49C-15 CONS.104
CENTRO DIAGNOSTICO SAS	CALLE 76 N° 57-10 LOCAL 17 Y 19
CENTRO ELECTRO AUDITIVO NACIONAL AL SERVICIO DE LA REHABILITACION LIMITADA	KR 53 No. 74 - 49 L 2
CENTRO ESPECIALIZADO DE UROLOGIA S.A.S	Carrera 47 No. 81-55
CENTRO ESPECIALIZADO DE UROLOGIA S.A.S BARANQUILLA	CARRERA 47 No 81-55
CENTRO ESPECIALIZADO DEL SUEÑO S.A.S	CALLE 80 49C 15 CS 406
CENTRO ESPECIALIZADO EN RADIOLOGIA E INTERVENCIONISMO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO S.A. CERID S.A.	CARRERA 50 No.84-44
CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CR 43 No 70-144
CENTRO INTEGRAL DE ORTOPEDIA S.A.S.	CARRERA 49C No.80-125 CONS 810
CENTRO INTEGRAL DE REUMATOLOGIA DEL CARIBE SAS - CIRCARIBE S.A.S.	CALLE 71 No.41-46 CONS 401, 402, 405, 406, Y 5to piso
CENTRO INTEGRAL DE REUMATOLOGIA DEL CARIBE SAS CIRCARIBE S.A.S.	CALLE 71 No.41-46 CONS 401-402 -405 - 406 y 5to piso
CENTRO INTEGRAL DE SALUD SAN GABRIEL IPS S.A.S.	CALLE 45 N 8 - 30

CENTRO MEDICO BIOLOGICO	CARRERA 50 # 88 -23
CENTRO MEDICO CLINICA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA SA	CRA 51B No. 96A-113 PISO 1
CENTRO MEDICO CLINITAS BARRANQUILLA	CL 85 No. 50 - 37 P2 LC 16
CENTRO MEDICO COGNITIVO E INVESTIGACION HOSPITALIZACION	CALLE 55 # 46- 63
CENTRO MEDICO COGNITIVO E INVESTIGACION SAS	CARRERA 43B No. 75B-24
Centro Medico Colmedica Medicina Prepagada sede Alto Prado	CR 55 # 75 - 93
CENTRO MEDICO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL HERPA S.A.S.	KRA 49 N 75-25
CENTRO MEDICO DEPORTIVO BODYTECH SEDE MIRAMAR	CRA 43 No 99A -01 LOCAL 301
CENTRO MEDICO DEPORTIVO BODYTECH SEDE MURILLO	CALLE 45 No 21-18 PISO 2
CENTRO MEDICO DEPORTIVO BODYTECH SEDE RECREO	CRA 43 No 60-41
CENTRO MEDICO DEPORTIVO DE ACONDICIONAMIENTO FISICO BODYTECH VIVA BARRANQUILLA	Cra 51B N. 87- 50 Loc 407
CENTRO MEDICO DEPORTIVO DE ACONDICIONAMIENTO FISICO BODYTECH WASHINGTON	Cra 53 # 79-279 Centro Comercial Royal Washington
CENTRO MÉDICO DIAGNOSTICO ALTO PRADO	CR 46 No 79 - 191 PI 3 IN 1
CENTRO MEDICO EXCELSIOR SAS	Cra 51B # 82-197
CENTRO MEDICO INTEGRAL CRECER IPS SAS	CARRERA 60 No.74-55
CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ COLCAN S.A.S.	Carrera 65 No.72-46
CENTRO MEDICO SAN JUAN E.U.	CARRERA 49B No.79-151
CENTRO NEUROCONDUCTUAL DEL CARIBE S.A.S	cra 44 n. 90-45
CENTRO NEUROLOGICO DEL NORTE	CALLE 79 No.49C-54
CENTRO NEUROLOGICO DEL NORTE SEDE 2	CARRERA 49C N 79-167
CENTRO OFTALMOLOGICO OCUCENTRO S.A	CARRERA 49C # 80-125 CONS. 603-604-605-606-608
CENTRO OFTALMOLOGICO OCUCENTRO S.A.S	CARRERA 49C No.80-125 CONS 603 AL 606 Y 608 AL 609
CENTRO ONCOLOGICO - CLINICA GENERAL DEL NORTE	CARRERA 50 Nº 80-54
CENTRO OPTICO DE LA COSTA SAS	CARRERA 52 No.76-238
CENTRO PARA EL DESARROLLO HABILITACION INTEGRAL CENDRI S.A.S.	CARRERA 51 No.93-58
CENTRO PEDIATRICO DEL NORTE	CALLE 85 No 50 - 37 CONSULTORIO 809
CENTRO PEDIÁTRICO DEL NORTE S.A.S	CALLE 85 No. 50 - 37 Consultorio 809
CENTRO RADIOLOGICO MASS IMAGENES S.A.S	CALLE 45 No.9F-108
CENTRO TERAPEUTICO PACTOS IPS	CALLE 44 41-62
Centro Terapéutico Pactos SAS	CALLE 44 #41-62
CENTRO TERAPEUTICO REENCONTRARSE S.A.S.	CRA 45 No. 84 - 197
CENTRO VISUAL 2020	Cra 54 No 72 -147 Local 114 Centro Comercial Boulevard 54
CIRUJANOS PEDIATRAS DE LA COSTA Y PEDIATRAS ASOCIADOS IPS SAS	CARRERA 44 #72-131 CONSULTORIO 307 B
CITY OPTICA VISION SAS	CARRERA 44 # 41 - 22 LOCAL 4
CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE CONSULTA EXTERNA	CALLE 87 No. 49C-40
CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE LTDA	CARRERA 49C No. 86-46

	CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.	CARRERA 49C No.86-46
	CLINICA ALTOS DEL PRADO	CARRERA 50 No. 79 - 154
	CLINICA ALTOS DEL PRADO SEDE 42H	CARRERA 42H No.87-17
	CLINICA CARRIAZO S.A	CALLE 86 No 49C-69
	CLINICA CENTRO S.A	CLLE 40 NO 41 - 110
	CLÍNICA CENTRO S.A.	CALLE 40 No. 41 - 113
	CLINICA COLSANITAS S. A	CARRERA 50 No 82-168
	CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA S.A	KRA 51B # 86 - 48
	CLINICA DE LA COSTA LTDA	Carrera 50 # 80-90
	CLÍNICA DE LA COSTA LTDA	CRA 50 Nº 80 - 144
	CLINICA DE LA COSTA LTDA SEDE 03	CARRERA 50 No.80-149
	CLINICA DE LASER DE PIEL S.A.	CR 49C 87-44
	CLINICA DEL CARIBE S.A.	CALLE 80 No 49 C-65
	CLINICA DEL DOLOR REGION CARIBE S.A.S	Calle 71 No. 41-108 Consultorio 403
	CLINICA DENTAL DEL CARIBE TUBOCA SAS	CARRERA 18 No. 46B - 45 ESQUINA
	CLINICA DENTAL SONRIA	CARRERA 52 No 72-167
	CLINICA DENTICENTER S.A.	CARRERA 50 No 82 - 149 BARRIO ALTO PRADO
	CLINICA EL CARMEN	CL 71 No. 38 4
	CLINICA EQUIPO MEDICO DE ESPECIALISTA DE COLOMBIA	Calle 34 Nº 33-23
	CLINICA EQUIPO MEDICO DE ESPECIALISTAS DE COLOMBIA SAS	calle 34 No 33-23
	CLINICA FRANCO DF S.A.S.	CALLE 58 No.62-45
	CLINICA GENERAL SAN DIEGO	CALLE 51 NO 39 - 07
	CLINICA GENERAL SAN DIEGO S.A.S SEDE ESPECIALISTA	CALLE 51#39-41
	CLINICA GENERAL SAN DIEGO S.A.S.	CALLE 51 NO. 39 - 07
	CLINICA IBEROAMERICA	CL 86 No 50 - 26
	CLINICA INTERNATIONAL BARRANQUILLA S.A.S	CARRERA 50 NÚMERO 82-228
	CLINICA JALLER S.A.S.	Calle 61 50-124
	CLINICA LA ASUNCION	CALLE 70B # 41-93
	CLINICA LA MERCED BARRANQUILLA SAS	CALLE 60 No 38-29
	CLINICA LA VICTORIA S.A.S.	CALLE 45 No.14-98
	CLINICA LA VIDA IPS S.A.S.	CALLE 110 No.4-30
	CLINICA MEDIESP S.A.S	CRA 49C 84 - 141
	CLÍNICA MISERICORDIA	CR 74 No. 76-91
	CLINICA MURILLO - INVERCLINICAS S.A.	CLL 45 # 20 - 77
	CLINICA OFTALMOLOGICA DEL CARIBE S.A.S	CALLE 86 No 50-158 LOCAL 4
	CLINICA OFTALMOLOGICA DEL CARIBE SAS - SEDE VIVA	Carrera 51B #87-50 Local 337-2A
	CLINICA OFTALMOLOGICA DEL CARIBE SAS-SALA AZUL	CALLE 85 No 50 - 37 Piso 9
	CLINICA OFTALMOLOGICA UNIDAD LASER DEL ATLANTICA S.A	CRA 52 No 84 - 98
	CLINICA ORTHOESTETIC CENTER S.A.S	CARRERA 58 NRO 67 - 43
	CLINICA REINA CATALINA S.A.S.	CALLE 82 No 47-12
	CLINICA SALUD ORAL CARIBE S.A.S.	CARRERA 48 No.69-06
	CLINICA SAN JOAQUIN	CALLE 34 No.33-55
	CLINICA SAN MARTIN BARRANQUILLA LTDA	CARRERA 43 70-106
	CLINICA SANTA ANA DE DIOS S.A.S.	CALLE 70 B No. 41 - 187
	CLINICA VIDA IPS S.A.S	CALLE 110 No.4-10
	CLINICAS ATENAS LTDA IPS	CALLE 80 No 49 C-10
	CLIVELAM I.P.S. S.A.S.	KR 49C # 80 - 125 LC 108

CLUB DE LEONES DE BARRANQUILLA MONARCA	CALLE 66 38 99
CLUB DE LEONES MONARCA	CALLE 66 No. 38 - 99
CMEC CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DEL CARIBE S.A.S.	CARRERA 49C N° 80-175
COI CENTRO OPTOMETRICO INTEGRAL S.A.S.	CARRERA 49C No.79-66 CONS 203
COMFAMILIAR ATLÁNTICO	Calle 47 no. 43-57
CONFAMILIAR	CALLE 48 No.43-104 SEGUNDO PISO
CONSULTORES EN SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL S.A.S.	CALLE 68B No.50-59
CONSUSALUD DEL CARIBE IPS LTDA	Clle 76 N°54 -11 oficina 907 Edf. Wordl Trade Center
CONTRIBUTIVA IPS - PROMOCOSTA	CARRERA 59 No. 75-171
COOMEVA EMERGENCIA MEDICA	CALLE 80 No. 47-87
COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A	CRA 55 No.72-109
COOMEVA LA UNION	CL 30 CRA 14 ESQUINA
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA	CRA 55 # 72 - 108 PISO 8
COOMEVA PRADO	CARRERA 58 NO 74 -70
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL EN SALUD CONSALUD VILLA SANTOS	CARRERA 49C # 84-83
COOPERATIVA INTEGRAL EN SALUD -CONSALUD- UNIDAD EN SERVICIOS INTEGRALES	CRA 58 No 74 -71 PISO 1-2
CORAZON IPS S.A.S.	CARRERA 45 No.84-176 CONS 101- 202
CORPORACION MI IPS COSTA ATLANTICA	CARRERA 50 No.80-54
CRC ACC DE LA COSTA IPS	CALLE 72 No.39-26
CREACIONES INFANTILES MUNDO SALUD SAS	CRA 52 No. 76 - 167 PISO 3 OF 301 ATLANTIC CENTER
CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL ATLANTICO	CALLE 65 No.34-33
CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL ATLÁNTICO	CARRERA 51B No.87-50 LOCAL 337 ISLA 4 CENTRO COMERCIAL VIVA
d32 dental solutions	calle 85 # 50-37
DAMA SALUD BARRANQUILLA	CL 61 No. 37-88
DATASCOM S.A.S	calle 90#42e-94, los alpes
DAVITA BARRANQUILLA	Carrera 49C No. 82-165
DAVITA CORDIALIDAD	Avenida la cordialidad calle 56 No. 8E-238
DENT CLASS	clle 70 No. 52-33 local 101
Denta clinica odontologica especializada s.a.s	CRA 53 No. 80-284 local 13
DENTA CLINICA ODONTOLOGICA ESPECIALIZADA S.A.S.	CRA. 53 No. 80-284 local 13
DENTAL COLINA SAS	CARRERA 43 # 69 E-53 LOCAL 207
Dental Medical Center	Carrera 47 # 76-221
DENTAL SERVICES DEL CARIBE S.A.S.	CALLE 76 No. 46-08
DENTALHEALTH	CRA 47 # 85-53 LOCAL 7 EDIFICIO SOHO 85
DENTALHEALTH DEL CARIBE S.A.S.	CRA 47 n° 85-53 L 7 Edif SOHO 85
DENTICENTER	CARRERA 50 No 82 -149
DENTISALUD MURILLO	CRA 43 #44-52
DENTISALUD PRADO	CARRERA 49C No.82-101
DENTIX BARRANQUILLA CALLE 92	CL 92 No. 46 - 14
DENTIX BARRANQUILLA PORTAL DEL PRADO	CALLE 53 # 46 -192 Lo. 2-80/2-83
DENTYCLINIC LTDA	CALLE 45 No.19-72
Diagnostico & Asistencia Medica S.A.S	Carrera 51 B # 87 ? 50 Piso 3. Local 337
DIAGNOSTICOS YA SISTENCIA MEDICA DINAMICA IPS	CRA 45 # 53 - 127
Digident	calle 84# 45-31 local 5

DIGIDENT CORDIALIDAD S.A.S.	CALLE 47 No. 16-134 LOCAL 1
DIGIDENT S.A.S.	CALLE 84 #45 - 31 LOCAL 5
DIGIMAX DEL CARIBE SAS	CRA 18 # 45-05
DISAMA MEDIC S.A.S.	CALLE 80 No. 46-44
DISTRIOPTICA DE LA COSTA S.A.S.	CALLE 35 No.41-73 LOC 78 PISO 2
DOMESALUD DOTACIONES MEDICAS Y SALUD S.A.S.	CARRERA 42H No.82-59
DORAL MEDICAL DE COLOMBIA LTDA	CARRERA 44 # 82-40
DR. ALBERTO VIECO - CENTRO INTEGRAL PARA EL CUIDADO DEL PIE SAS	CALLE 85 # 50 - 159 CONS 413
E.S.C.O. SALUD PLUS IPS S.A.S.	Carrera 57 No. 74 - 130
ECOCARIBE CENTRO MEDICO S.A.S. IPS	CALLE 45 No.17-116
ELEMENTHAL HEALTH IPS S.A.S	CALLE 68 N° 38-10
EMERMEDICA S.A SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS	Carrera 59 # 76-76
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S. SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA SIGLA GRUPO EMI S.A.S.	Carrera 74 N° 76 - 05
ENDOCIRUGIA S.A.S.	Carrera 50 No 80 - 18 cons 210
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	CR 47 No. 84-72 Piso 3, 4, 5
ERICH HELLER Y CIA EN C	KRA 51 No. 84-184 OF 220
ESPECIALISTA EN TAREAS DE ALTO RIESGO S.A.S	CALLE 40 N° 27-127
ESPECIALISTAS ASESORES PROFESIONALES EAP IPS S.A.S	CRA 49C No 82 115
ESTETIC GROUP LTDA	CARRERA 45 No.85-110
Estima S.A.S IPS	Carrera 47 No. 79 126
EVOLUCIONAMOS	CALLE 77 No. 67 - 37 Local 32
FALAB - TORRE MEDICA DEL MAR	CALLE 86 NO. 50 - 48 CONSULTORIO 704
FALAB IPS	CRA 47 No 79-100
FAMILIA IPS SALUD INTEGRAL S.A.S.	CARRERA 54 No.59-267
FASALUD IPS S.A.S.	CRA 54 No 58 - 78
FIDEC CENTRO DE REHABILITACION INFANTIL IPS	CARRERA 45B No.90-119
FISIOSALUD MC S.A.S.	CALLE 77 No.65-37 LOCAL 193
FISIOTERAPIAS CLAUDIA DIAZ B. I.P.S. S.A.S.	CR 51 B Nº 82 - 141
FISIOTERAPIAS CLAUDIA MARIA DIAZ B.I.P.S S.A.S	CRA 51 B Nº 82 - 141
FONOAUDIO CLINICA S.A.S	CL 68 B No 50 - 122 LO 1y2
FONSALUD CARIBE CENTRO MEDICO DE DIAGNOSTICO SAS	CALLE 45 No.17-30
FORT-DA Centro de Atencion Integral al niño, adolescente y familia ips S.A.S	calle 79 No. 51-55 piso 2
FRC UNIDAD AMBULATORIA	calle 61 N 38-89
FRC UNIDAD AMBULATORIA SAS	CALLE 61 N38-89
FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.	CALLE 70 B No 38-152
FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. UNIDAD RENAL MURILLO	CALLE 45 No.9 B - 08
FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. UNIDAD RENAL RIOMAR	CARRERA 51 No82-197
FRESENIUS MEDICAL CARE FMEPREVER BARRANQUILLA	CRA 50 No 82 - 168 PEDICENTRO CONSULTORIO 802
FUNDACION ANTORCHA	CALLE 83 # 42D-207
FUNDACION CAMPBELL	CALLE 31 # 14 -82
FUNDACION CENTRO EDUCATIVO DE HABILITACION Y REHABILITACION INTEGRAL SAN CAMILO	Kra 12F No 100-35
Fundación Centro Educativo de Habilitación y Rehabilitación Integral San Camilo	Kra. 12F No 100-35
FUNDACION CHISIA	CARRERA 38 #63B-31

	FUNDACION CORDIAL SALUD INTEGRAL	CALLE 47 # 19-87
	FUNDACION DEL CARIBE PARA LA INVESTIGACION BIOMEDICA (FUNDACION BIOS)	CARRERA 50 No.80-216 PISO 1 101-3 CONS 111 Y PISO 2 201-3
	FUNDACION DEL CARIBE PARA LA INVESTIGACION BIOMEDICA SEDE No.02	CRA 50 No.80-216 Piso 1 101-3 CONS 111 y Piso 2 201-3
	FUNDACION FUSA PYP	CALLE 85 No.50-37 CONS 303
	FUNDACION GRUPO DE ESTUDIO BARRANQUILLA	CARRERA 44 No.72-131
	FUNDACION HOSPITAL UNIVERSITARIO METROPOLITANO	CARRERA 42F No.75B-18
	Fundacion Integral de Rehabilitacion Rehabilitar	Carrera 58 Nº 64 - 138
	FUNDACION INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LAS COMUNIDADES FIDEC	CARRERA 45B No. 90-119
	Fundación Javeriana de Servicios Medico Odontologicos Interuniversitarios Carlos Marquez Villegas-Javesalud	CARRERA 50 NRO. 82-32
	FUNDACION LUGAR DE ENCUENTRO SAN FRANCISCO DE ASIS	CALLE 34 #32-86 - Barrio:SAN ROQUE
	FUNDACIÓN MEDICA INTEGRAL DE LA COSTA LIMITADA - FUNMEDIC IPS LTDA	CARRERA 46 NUMERO 59-24
	Fundacion Nuestra Casa Para el Desarrollo de la Familia y la Persona	Carrera 62 N. 77 - 28
	FUNDACIÓN NUESTRA CASA PARA EL DESARROLLO DE LA FAMILIA Y LA PERSONA	Carrera 62 numero 77-28
	FUNDACION OFTALMOLOGICA DEL CARIBE	CALLE 86 No 50-63
	FUNDACION OFTALMOLOGICA DEL CARIBE - SEDE VIVA	Carrera 51B #87-50
	FUNDACION OFTALMOLOGICA DEL CARIBE SEDE MURILLO	CALLE MURILLO No.10-05
	FUNDACION ORIENTAME	CARRERA 49 C No. 80-55 CONSULTORIO 303
	FUNDACION SOCIAL RECUPERACIÓN INTEGRAL "FUSORI"	CALLE 65C No.16-40
	FUNDACION SOLUCIONES MEDICAS	CALLE 66 # 38-99 PISO 2
	FUNDACIÓN TERAPÉUTICA SHALOM	CALLE 82 NUMERO 42A-144
	FUNDACION TIEMPO DE VIDA	CALLE 82 No.51B-63
	FUNDACION VASCULAR DEL CARIBE	Carrera 49C No. 80-195 consultorio No.06
	FUNDAVISION	CALLE 45 No. 9B-05
	GALENOS CONSULTORIA IPS SAS	CRA 47 N° 80-158
	GARCIA & ACOSTA ASOCIADOS S.A.S	calle 37 No. 41-54 Local 1
	GASTROTEST LTDA	Carrera 49C No. 80 125 Consultorio 412
	GENAVIE	CALLE 106 N° 50 - 63 LOCAL 201
	GENEG GENERADORA DE NEGOCIOS S.A.S.	CARRERA 51B No.80-58 OFIC 803
	GESTION INTEGRAL DEL CUIDADO LTDA	calle 72 # 41b-09 oficina 204-205
	GESTLAB IPS	CALLE 85 No 50-159 OFICINA 414
	GESTLAB SAS	CALLE 85 No 50-159 OFI 414
	GMX SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.	CALLE 63B No.36-125
	Green Salud Ips S.A.S.	Cra 47 N° 80-216
	GRUPO CENTRO DE NEUROREHABILITACION Y APRENDIZAJE S.A.S GRUPOCENAP	CRA 64B 85 132
	GRUPO CUADRADO IPS	CARRERA 49 C # 85 - 22
	GRUPO CUADRADO IPS S.A.S	CARRERA 49 C No. 85 - 22
	Grupo Empresarial JA&CE S.A.S.	Carrera 38 N° 68 - 08 Local 1A
	GRUPO MEDIKA S.A.S	CARRERA 71 No. 79-80
	Grupo Odontologico Solucion Oral S.A.S	carrera 49B N° 79-01 locales 19 -20
	GRUPO OPTICO DEL CARIBE RUEDA S.A.S.	CALLE 72 No.45-12 LOC 2

GRUPO ORAL HOME S.A.S BARRANQUILLA SUCURSAL	CALLE 8O # 70- 23 LOCAL 1
GRUPO ORAL HOME SAS	CALLE 80 # 70 23 LOC 1
HEALTH MEDICAL CENTER	CALLE 106 No. 49E -116
HEALTH MEDICAL CENTER S.A.S.	CALLE 106 No. 49E - 116
Helpharma Barranquilla	Calle 86 No.47-131 LC 101 - Mall San Vicente
Hogarsalud Ips	Carrera 56 # 72 - 129
HOLISTIQUE MEDICINA INTEGRATIVA	CALLE 85# 50 - 37, LOCAL 8
HOLISTIQUE MEDICINA INTEGRATIVA SAS	CARRERA 50 # 85 - 50 LOCAL 8
HOME & HEALTH IPS ATENCION DOMICILIARIA S.A.S.	CALLE 56 No. 8E1-238
HORUS VISUAL SOLUTIONS S.A.S	CALLE 74 # 56-36
HOSPICE IPS S.A.S.	CALLE 75 B #42F-64
HOSPICE IPS SAS	CALLE 75 B # 42F-64
HOSPITAL EN CASA S.A	Cra 54 n. 72- 147 local 107-108-204
HOSPITAL EN CASA S.A. BARRANQUILLA	Cra 49 C # 84 - 36 Oficina HC01
Hospitalizacion en Salud Mental Adultos	Cra 41#63-43
HOUSE CARE MEDICAL IPS S.A.S	CR 42 75B 196
I.P. SALUD DEL CARIBE S.A.S	CALLE 83 No. 42D-173
ICI.OM. S.A.S.	CARRERA 59 No.72-115
iDentist S.A.S	Carrera 51 # 76 - 192
IMAGENES DIAGNOSTICAS INTEGRALES S.A.S.	CARRERA 49C No.80-55 CONS 403
IMRAD DE LA COSTA SAS	CARRERA 49C No 101-128 LO 1 OFICINA 5
INFECTOLOGOS ASOCIADOS LTDA.	KRA 51B No. 82-141 PISO 2
INGENIERIA, SEGURIDAD & SALUD OCUPACIONAL LIMITADA. ISSO LTDA.	CARRERA 56 No.72-50
INNOVACIÓN EN CUIDADO AMBULATORIO Y DOMICILIARIO SAS - ICAD	CARRERA 45 No.84-153
INNOVAR SALUD SAS	CALLE 58 N° 23 - 139
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CUIDADO SEGURO EN CASA SA	CALLE 45 No.18-145 BARRIO SAN JOSÉ
Institución Prestadora de Servicios de Salud Cuidado Seguro en Casa SA	CALLE 45 No.18-57 PISO 01
INSTITUTO CARDIOVASCULAR CLINICA GENERAL DEL NORTE	CARRERA 48 No. 70 - 174
INSTITUTO CARDIOVASCULAR Y QUIRURGICO DE LA COSTA S.A.S.	CARRERA 49C No. 80-195
INSTITUTO COLOMBIANO DE ANALISIS CONDUCTUAL APLICADO S.A.S.	CALLE 79 No.59-35
INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA INTEGRATIVA SAS	CRA 47 # 79- 158
INSTITUTO COLOMBIANO DE NEUROPEDAGOGÍA LTDA	Carrera 47 N 80-78
INSTITUTO COLOMBIANO DE NEUROPEDAGOGÍA SAS	CARRERA 47 NUMERO 80-78
INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA.	CRA. 51B # 84-150
INSTITUTO DE MEDICINA ESTETICA & CIRUGIA COSMETICA LASER DR FRANK LAMADRID CIA SAS	Cra 53 No 106-280 OF 7A1
Instituto de Medicina Estetica y Cirugia Cosmetica Laser Dr Frank Lamadrid CIA. S.A.S	Cra 53 No 106-280 0F 7A1
INSTITUTO DE REHABILITACION CARDIOPULMONAR DEL CARIBE SAS	CRA. 47 No. 84-138
INSTITUTO DE REHABILITACION ISSA ABUCHAIBE LTDA	CL 45 No. 10D 08 ESQ.
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN ISSA ABUCHAIBE LTDA	KR 51B 94 334 PS 1

INSTITUTO DE REPRODUCCION HUMANA PROCREAR LTDA	CLL 71 # 41 - 46 PISO 2
Instituto de Reproducciòn Humana PROCREAR S.A.	CLL 71 # 41 - 46 PISO 2 y PISO 3 - CONSULTORIO 303-304
INSTITUTO DE TRANSPLANTE DE MEDULA OSEA DE LA COSTA IPS S.A.S	Carrera 49C No.80-125 Consultorio 107
INSTITUTO DE TRASPLANTE DE MÉDULA OSEA DE LA COSTA IPS S.A.S	CALLE 70B No.38-37 Piso 02 - Barrio:
INSTITUTO DERMATOLOGICO IVAN DIAZGRANADOS S.A.S.	CARRERA 53 No.82-86 CONS 501
INSTITUTO MEDICO DE TERAPIA CELULAR SUIZA VIDA PLENA	CR 50 N° 80 - 59
INSTITUTO NEUMOLOGICO DEL CARIBE E.U.	CALLE 80 No.49C-15 CONS 408
INSTITUTO ONCOHEMATOLOGICO BETANIA S.A " BIO BETANIA S.A"	Cra 47 82-236
INSTITUTO ONCOHEMTALOGICO BETANIA S.A "BIO BETANIA S.A."	Carrera 47 N°82-236
INSTITUTO PARA EL RIESGO CARDIOVASCULAR I.R.C. IPS BARRANQUILLA	CALLE 59 No 50-10
INSTITUTO PARA EL RIESGO CARDIOVASCULAR I.R.C. IPS S.A.S.	CALLE 59 No 50-10 piso 2
INSTITUTO UROLOGICO DEL NORTE	CALLE 86 # 49C-34
INTEGRAL DE COLOMBIA IPS S.A.S.	CARRERA 38 # 80 -13
INTEGRALGIA S.A.S	CRA 49B # 79-37
INTERNACION DOMICILIARIA BARRAZA LTDA	CRA 49C NO 79-81 LOCAL 1
INVERSIONES DAMA SALUD SAS	CALLE 47 # 19-05
INVERSIONES EN RECREACION DEPORTE Y SALUD S.A	CR 43 No 99 A-01 LOCAL 301
INVERSIONES GONAZLEZ LAGARES SAS	CRA 43 # 72 - 122 CONS 203
INVERSIONES IMÁGENES VITALES DE LA COSTA S.A	Carrera 51B # 94-334 - 5
INVERSIONES LAYNE S.A.S	CR 50 N° 82 - 59
INVERSIONES MEDICAS RG S.A.S	CALLE 85 #50-159 oficina 714, 715, 716
INVERSIONES RX S.A.S.	CARRERA 51B No.76-71 LOCAL 103
INVERSIONES SANTA FE DEL CARIBE SAS	CARRERA 42H # 84 - 22
inversiones y comercializadora diayca y cia s en c	CARRERA 50 # 88-23
INVESTIGACION MEDICA ATLANTICO S.A.S.	CARRERA 44 NO.72-107 Cons 202
IPS CAFIS SAS	CALLE 70B No 38-188
ips carvalsalud sas	CALLE 45 No 18-36
IPS CEMOL CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO EL LIMON	CARRERA 6B No.33B-89
IPS CENTRO CIENTÍFICO ASISTENCIAL S.A.S.	CARRERA 43B No.80-101
IPS CENTRO DE ATENCION PULMONAR	Cra 47 No 80-206
IPS CENTRO DE ATENCION PULMONAR CAP LTDA	Cra. 47 Nro 80-206
IPS CENTRO DE EXCELENCIA EN SALUD MENTAL Y DESARROLLO HUMANO S.A.S - IPS CESAMD S.A.S -	Cra 49C No. 101-128 Lo 1
IPS CENTRO DE EXCELENCIA EN SALUD MENTAL Y DESARROLLO HUMANO S.A.S - IPS CESAMD S.A.S.	Cra. 49C No. 101-128 Lo.1
IPS CENTRO DE RECONOCIMIENTO A CONDUCTORES CERTICAR S.A.S. SIGLA CERTICAR S.A.S	CRA 41 D N° 74-14
IPS CENTRO DE RECONOCIMIENTO A CONDUCTORES CERTICAR S.A.S. SIGLA CERTICAR S.A.S.	CRA 41 D 74-14 CIUDAD JARDIN
IPS CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CONDUSALUD S.A.S	cra 38 no 74-244 local 01

IPS CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CONDUSALUD SAS	CR 47 # 84-20 OF 7 SEGUNDO PISO
IPS CENTRO INTERNACIONAL DE ESPECIALISTAS SAS	CALLE 85 NO 46-32
IPS CENTRO OPTICO RIOMAR	CARRERA 46 No.79-174
IPS CLINICA GENERAL EL RECREO LTDA	CALLE 57 No 38-08
IPS CLINICA SAN IGNACIO LTDA	CALLE 76 # 6B-36
IPS CONVIVENCIA SOCIAL S.A.S.	CALLE 70 No.52-54 LOCAL 139A C.C. GRAN CENTRO
IPS CREER Y CRECER S.A.S	CARRERA 41 NUMERO 50-95
IPS DE LA COSTA S.A	CARRERA 47 No. 84-43
IPS ESPECIALIZADA ALTOS DE PRADO	CARRERA 50 No.80-81
IPS FUNCOLS S.A.S.	CARRERA 38 No.63B-52
IPS FUNCOLS SAS SEDE 2	Cra 6B N. 33B58
IPS FUSA S.A.S.	CALLE 85 No.50-159 OFIC 706
IPS GIL PAREJA Y CIA SCA	CARRERA 42F No.74-164 LOCAL 2
IPS JANM&CIA-SAS	Carrera 42 B # 76 - 95
IPS LABORATORIO CLINICO SHAMALAB S.A.S.	CALLE 80 No.46-44
IPS MORILLO ODONTOLOGOS	CARRERA 51B No 80-58 oficina416 edif SMART OFFICE CENTER
IPS OCUPACIONAL SMART SERVICE SAS	cr 49 # 68 38
IPS PEREZ RADIOLOGOS S.A.S.	CARRERA 46 No.79-191
IPS RADIODIAGNOSTICO MAXILO FACIAL SAS	CALLE 87 No.49C-24
IPS REHABILICOP S.A.S	CRA 42H #82-116
IPS REHABILISANAR SAS	CARRERA 44 No.72-131 LOC 208
IPS SALUD PLENA LTDA	CARRERA 21 No.45E-25
IPS SALUD SANTUARIO LIMITADA	CRA 8 No 48-110
IPS SALUD Y VIDA DEL CARIBE S.A.S.	CALLE 57 No.23-117
IPS SANTA CATALINA S.A.S	CALLE 72 No.59-38
IPS SERVIMEDICAL CENTER S.A.S	CL 40 No 43 125
IPS SOCIEDAD DE MEDICINA NUCLEAR S.A SOMENUCLEAR S.A.	CALLE 70 # 48-55 OF 102
IPS SURA ALTOS BARRANQUILLA	carrera 50 #79-179
IPS SURA ATEL BARRANQUILLA	CR 50 No 84 - 45
IPS SURA BOSTON BARRANQUILLA	CARRERA 45 No 53-127
IPS SURA MONOMEROS BARRANQUILLA	Via 40 las Flores piso 1 en Barranquilla
IPS SURA MURILLO BARRANQUILLA	CL 45 No 10 D - 38 LO 201, PISO 3
IPS SURA PRADO CONTINENTAL	Kr 49 c # 80-125 Edificio Centro Medico Continental - Segundo Piso
IPS SURA URGENCIAS ALTOS DEL PRADO	CARRERA 49C #80-176
ips vision cairbe e.i s.a.s	CARRERA 50 # 68-55
IPS VISION CARIBE EI SAS	cra 50 # 68 -55
IPS WM BIENESTAR INTEGRAL	CALLE 45 No.10C-17
IPS. PREVIMEDISALUD. SAS.	Calle 45 # 19-104
IPS-CLINICA BETEL S.A.S.	CALLE 57 No.24-09
JORGE CARREÑO RUEDA S.A.S	CARRERA 47 NÚMERO 82 -150
KAIZEM-CO MEDICAL CARE SAS	CARRERA 49 C No 80 - 125 CONSULTORIO 611
LAB. CLINICO REY FALS Y CENTRO TRANSFUSIONAL	CALLE 59 No.50-10
LABORATORIO ABBA CLINICO MICROBIOLOGICO E INDUSTRIAL LTDA	CRA 49C # 84 - 83
LABORATORIO ABBA COMFAMILIAR SEDE 48	CALLE 48 43 104
LABORATORIO ABBA SINERGIA SALUD UIS NORTE BARRANQUILLA	CALLE 85 50 08
LABORATORIO ALTO PRADO CENTRAL DE URGENCIAS	CR 46 No 79 - 191 PI 3 IN 2

LABORATORIO CARDIOVASCULAR LTDA	CR 49C #80-125 CONS 503-506
laboratorio citologico citopap IPS S.A.S.	CALLE 42 # 43-146
LABORATORIO CLINICI ESTHER JUDITH HABEYCH Y CIA S. EN C.	calle 27 n° 23-15
LABORATORIO CLINICO ANA-MED LTDA	CARRERA 47 No 82-76
LABORATORIO CLÍNICO BIOMED S.A.S	CALLE 63 B NÚMERO 36-125
LABORATORIO CLÍNICO CAMPBELL	CALLE 31 # 14-21
LABORATORIO CLINICO CONTINENTA S.A.S SEDE CALLE 79	CRA 59B # 79-137
LABORATORIO CLINICO CONTINENTAL CALLE 84	CRA 51 # 84-19
LABORATORIO CLINICO CONTINENTAL S.A.S SEDE CARIBE	CALLE 80 NO 49C-65
LABORATORIO CLINICO CONTINENTAL S.A.S SEDE VILLA SANTOS	Calle 106 No 50-102 Piso 2 Local 7-8
LABORATORIO CLINICO CONTINENTAL SAS	CALLE 80 No.49C-32
LABORATORIO CLINICO CONTINENTAL SAS CENTRO MEDICO CONTINENTAL	CRA 49C No.80-125
LABORATORIO CLINICO CONTINENTAL SAS MURILLO	CALLE 45 No.10-45
LABORATORIO CLINICO CONTINENTAL SAS SEDE VILLA COUNTRY	CALLE 78 No 57-215
LABORATORIO CLINICO CONTINENTAL SEDE COMPLEJO MEDICO TORRE DEL MAR CENTER	CALLE 85 No.50-37 LOC 9-10
LABORATORIO CLINICO ESTHER JUDITH HABEYCH Y CIA S. EN C.	calle 57 n° 23-15
LABORATORIO CLINICO FALAB LTDA.	CARRERA 49B #79-99
Laboratorio Clinico Falab S.A.S.	CARRERA 49B #79 - 99
LABORATORIO CLINICO GARCIA ANDRADE LTDA	KRA 49C 82-82
LABORATORIO CLINICO KHENEYZIR	CARRERA 50 No 80-206
LABORATORIO CLINICO KHENEYZIR FAYAD LTDA - TORRE MEDICA DELMAR	CALLE 85 # 50-37 CONSULTORIOS 510-511-512
LABORATORIO CLINICO LANDSTEINER S.A.S.	CALLE 60 No.15-17
LABORATORIO CLINICO LORENA VEJARANO BARRANQUILLA	KR 49C#80-175
LABORATORIO CLINICO MARTINEZ	CARRERA 49C No 80-55 CONSULTORIO 102
LABORATORIO CLINICO MICROBIOLOGICO GENOMALAB S.A.S	CARRERA 51B No.94-334 CONSULITORIO 401
LABORATORIO CLINICO MICROBIOLOGICO Y UNIDAD TRANSFUSIONAL GENOMALAB S.A.S	CARRERA 51B No.94-334 CONS 401
LABORATORIO CLINICO VITAL DIAGNOSTICO	CARRERA 53 No.59-300
LABORATORIO CLINICO Y BACTERIOLOGICO BARRANQUILLA	cra 51B # 94-334
LABORATORIO DE ANALISIS ADB LTDA	CARRERA 45 No.69-165
LABORATORIO DE ANALISIS BIOCLINICO	CARRERA 43 No 69E-53 LOCAL 104
LABORATORIO DE ANALISIS BIOCLINICO - SEDE 2	CARRERA 58#70-129, CONSULTORIO 312, CENTRO MEDICO CHICAGO
LABORATORIO DE PATOLOGIA BARRANQUILLA S EN C	CALLE 70B # 41-93 INT PATOLOGIA
LABORATORIO DE PATOLOGIA BARRANQUILLA S EN C SEDE 02	CALLE 71 # 41-108 CONS 503
LABORATORIO HARPER LTDA	CARRERA 38 No 58-88
Laboratorio Harper Ltda (Sede Norte)	Carrera 48 No. 75 -82
LABORATORIO LORENA VEJARANO SAS	KR 49C #80-175
LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA SAS	Carrera 49C # 80 - 166 Piso 1 - Barrio:ALTO PRADO

LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA SEDE BARRANQUILLA ALTO PRADO	Carrera 49C # 80 - 166 Piso 1
LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA SEDE PREVEER BARRANQUILLA	Carrera 50 # 82-168 Piso 8 Consultorio 802
LABORATORIO MURILLO	CALLE 45 No 14-115
LABORATORIO NUEVO HORIZONTE	CR 47 No. 85 - 53 Ed. Soho 85 Lc 3, 4, 5, 6 en Barranquilla
LABORATORIO QUIMICO CLINICO SAS	CARRERA 53 No 64-28 LOCAL 101 112 201 202
LABORATORIO REY FALS - FUNDACIÓN GRUPO DE ESTUDIO BARRANQUILLA	CARRERA 43 No.72-118
LABORATORIOS BIENESTAR VIP SEDE MURILLO	CALLE 45 N° 14-44
Lafam	carrera 55No 99-52 C.C Mallplaza Local A20549
LAFAM CENTRO OFTALMOLOGICO	carrera 49 C No 80-238
LAFAM OPTICAS	CTRO. C. BUENA VISTA CALLE 98 CRA. 53 1er. PISO Loc.3
LAFAM OPTICAS outlet	CC. ÚNICO BARRANQUILLA LOCAL 122 - CALLE 74 # 38D-113
LIGA CONTRA EL CANCER SECCIONAL ATLANTICO	CARRERA 25 NUMERO 53D-65
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DEL ATLÁNTICO	CARRERA 25 NUMERO 53D - 65
LPJ SALUD OCUPACIONAL S.A.S.	CARRERA 58 No.70-129 CONS 305 CENTRO MEDICO CHICAGO
maternal fetal health S.A.S	carrera 49c # 80 - 125 (612)
MAXIVISION LTDA IPS	kra 50 N° 82- 119
Medexis S.A.S	CARRERA 21B No.48-18
Medi Asistencia	Carrera 58 n 74-47
MEDI FARMA DE LA COSTA S.A.S	CARRERA 47 NÚMERO 84 - 170
medicamentos especializados SAS	CRA 47 # 82-189 BARRIO PORVENIR
MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS SAS BARRANQUILLA	CRA 47 # 82 -189
Medicarte Barranquilla	CL 74 No 56 - 36 OF 303 y 307
MEDICINA ALTA COMPLEJIDAD S.A	CRA 75 No 79B - 50
MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S SIGLA MADSS	CARRERA 42H No.87-17 PISO 2
MEDICINA CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.	CARRERA 47 No.79-175
MEDICINA DEPORTIVA Y REHABILITACION S.A.S. SIGLA CEMEDER S.A.S	CRA 47 No. 81- 33
MEDICINA EN CASA S.A.S	Carrera 45 No 84 - 90 LO 2
MEDICINA INTEGRAL - SEDE RENAL BARRANQUILLA	CARRERA 49 B No. 79 - 251
MEDICINA INTEGRAL I.P.S. S.A.	Carrera 49C No. 82 - 189
MEDICINA INTEGRAL IPS - SEDE CISADDE	Carrera 49 C No. 88 - 24
MEDICINA INTEGRAL IPS CISADDE BARRANQUILLA MURILLO	CALLE 45 # 44 - 53
MEDICINA LABORAL CONTINENTAL	CARRERA 49C No 80-125 Local 103
MEDICINA LABORAL DE LA COSTA IPS S.A.S	calle 69d #39-106
MEDICINA LABORAL DE LA COSTA IPS SAS	CALLE 69D No.39-106
MEDICINA Y TERAPIAS DOMICILIARIAS BARRANQUILLA	Via 40 N 73-290 bodega M4
MEDICLINICA SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD IPS S.A.S	carrera 47 numero 80-81
MEDIKCORP S.A.S	CARRERA 47 NÚMERO 76-79
MEDIKIDS CENTRAL DE PEDIATRIA PROMOCOSTA	CALLE 76 No. 58-54

MEDIPATH SAS	CARRERA 49C # 80-39 CONSULTORIO 203
MEJORA IPS SAS	CRA 67 # 84 - 171
MESSER COLOMBIA S.A.	CARRERA 49C No.80-148
MESSER COLOMBIA S.A. AGENCIA REMEO CENTER BARRANQUILLA	CARRERA 49 C # 80-148
MI FISICO LTDA	CARRERA 50 No.84-45
MIRED BARRANQUILLA CAMINO BOSQUE DE MARIA	CALLE 64 No.9D-66
MIRED BARRANQUILLA CAMINO LA LUZ CHINITA	CARRERA 17 No.12-39
MIRED BARRANQUILLA CAMINO LA MANGA	CARRERA 21D No.78-55
MIRED BARRANQUILLA CAMINO METROPOLITANO	CALLE 78 CARRERA 2 SUR
MIRED BARRANQUILLA CAMINO MURILLO	CALLE 45 No.8H-48
MIRED BARRANQUILLA CAMINO SIMON BOLIVAR	CALLE 23 No.5-50
MIRED BARRANQUILLA CAMINO SUR OCCIDENTE	CARRERA 12 No.110-91
MIRED BARRANQUILLA CAMINO UNIVERSITARIO DISTRITAL ADELITA DE CHAR	CALLE 50 No.20-91
MIRED BARRANQUILLA CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL ROSOUR 7	CALLE 98 No.9G-10
MIRED BARRANQUILLA CIUDADELA 20 DE JULIO	CALLE 47 A Nº 3A SUR 20
MIRED BARRANQUILLA HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA	CALLE 33 No.33-09
MIRED BARRANQUILLA HOSPITAL NAZARETH	CALLE 47 N 19-87
MIRED BARRANQUILLA IPS S.A.S.	Vía 40 #73- 290 PISO 9
MIRED BARRANQUILLA PASO ALFONSO LOPEZ	CARRERA 24 No.47C-04
MIRED BARRANQUILLA PASO BARLOVENTO	CARRERA 50 No.9-41
MIRED BARRANQUILLA PASO BUENA ESPERANZA	CARRERA 16A No.63C-120
MIRED BARRANQUILLA PASO CARLOS MEISEL 2	CARRERA 25 No.73-17
MIRED BARRANQUILLA PASO CARRIZAL 1	CARRERA 4 No.49E-15
MIRED BARRANQUILLA PASO EL FERRY 1º DE MAYO	CRA 7B CALLE 6 ESQUINA
MIRED BARRANQUILLA PASO ESMERALDA-LIPAYA	CALLE 73F No.12-19
MIRED BARRANQUILLA PASO GALAN	CARRERA 2B No.36B-55
MIRED BARRANQUILLA PASO JUAN MINA	CALLE 7 No.6-33
MIRED BARRANQUILLA PASO JULIO MONTES	CARRERA 23 No.27-16
MIRED BARRANQUILLA PASO LA 21	CALLE 45E N° 20-179
MIRED BARRANQUILLA PASO LA SIERRITA	CALLE 74 No.5E-01
MIRED BARRANQUILLA PASO LA UNION-SAN JOSE	CARRERA 21 No.39-59
MIRED BARRANQUILLA PASO LA VILLA	CALLE 94 No.6G-55
MIRED BARRANQUILLA PASO LAS FLORES	VIA 40 No.107-15
MIRED BARRANQUILLA PASO LAS MALVINAS	CALLE 99C No.9C-33
MIRED BARRANQUILLA PASO LAS NIEVES	CARRERA 14 No.24-98
MIRED BARRANQUILLA PASO LAS PALMAS	CARRERA 7D No.34-55
MIRED BARRANQUILLA PASO NUEVA ERA	CARRERA 27 No.83-116
MIRED BARRANQUILLA PASO NUEVA VIDA	CALLE 49 No.8 SUR-64
MIRED BARRANQUILLA PASO PLAYA	CRA17D Nº17-56
MIRED BARRANQUILLA PASO PRADERA	CALLE 121 CARRERA 26 -28
MIRED BARRANQUILLA PASO REBOLO	CALLE 16 No.29-44
MIRED BARRANQUILLA PASO SAN FELIPE	CALLE 68 No.24C ESQUINA
MIRED BARRANQUILLA PASO SAN SALVADOR	CALLE 84 No.80-30
MIRED BARRANQUILLA PASO SANTO DOMINGO DE LAS AMERICAS	CALLE 53 No.3A-22
MIRED BARRANQUILLA PASO UNIVERSAL	CALLE 96 No.1G ESQUINA
MIRED BARRANQUILLA PASO VILLANUEVA	CARRERA 2B No.41-223
MIRED BARRANQUILLA PASO VILLAS DE SAN PABLO	DIAGONAL 138 CARRERA 7M ESQUINA
MIRED BARRANQUILLA PASO VILLATE	CALLE 64 No.15 ESQUINA
MIROO CENTRO OCULAR PEDIATRICO S.A.S.	Carrera 51B No. 80-99

MISION MEDICA S.A.S.	CARRERA 49C No.80-125 CONS 709
MLR FISIOTERAPIA Y SALUD OCUPACIONAL S.A.S.	CALLE 64C No.15-99
MOKANA CENTRO DE NUTRICION Y ESTETICA INTEGRAL SAS	CARRERA 45 No 85-64
Morado S.A.S.	Calle 76 # 49B-20 of. 201 A1
Multiservicios en Seguridad y Salud en el Trabajo S.A.S.	Calle 69 # 50 - 78 Ofc. 102
MUTALIS BARRANQUILLA	CARRERA 58 No.70-129 CONS 306 CENTRO MEDICO CHICAGO
NEFROLOGOS DEL CARIBE S.A.S	CARRERA 50 NÚMERO 82-168 CONSULTORIO 502
NEURO VITAL S.A.S.	CARRERA 49 C NUMERO 80-13 . CONSULTORIOS 402 Y 202
NEUROAVANCES 3	CRA 45 No. 82 - 133
NEUROAVANCES S.A.S	CARRERA 59B No.79-251
NEUROCENTRO LTDA	CARRERA 49 C No 80-125 CONS 509
NEUROCIRUGIA ASOCIADA LTDA	CARRERA 50 NO.80-18
NEUROCIRUGIA ASOCIADA S.A.S	CRA 50 NO.80-18
NEUROMEDICA IPS BARRANQUILLA	Carrera 49C # 80 - 104 Local 2
NEUROVITAL S.A.S	carrera 49C #80-13 . consultorios 402, 202.
neuroxtimular sas ips	carrera43bnumero85-81
neuroxtimular sas ips - Sede 2	Calle 93 No. 42b1 - 132
NOBADENT S.A.S.	CALLE 82 No.42F-74
nombre	direccion
NOVA VITAL SAS	CALLE 59 # 41 - 140 LOCAL 5
NOVAVISION CLINICA LASER S.A.	CALLE 87 No. 49C - 58
O2 VITAL S.A.S.	CRA 41 N° 63-78
O2VITAL SAS	CRA 41 N°63-78
OBED SALUD IPS	CALLE 68 B # 50 - 59
OCCUPATIONAL HEALTH IPS SAS	CL 75 58 - 52
odontica peru sas	CARRERA 38A No.74-09
ODONTO AVANZADA IPS S.A.S	CARRERA 51B No.80-58 LOCAL 419
ODONTO MAX PLUS S.A.S.	CARRERA 47 NUMERO 80 - 45
ODONTODIAG LTDA	CRA 52#82-263 P1
ODONTODIAG LTDA SEDE SUR	CRA 21 No 47B- 05 LC.4
ODONTOGRUPAL S.A.S	AV. CORDIALIDAD N° 13b-60
odontoideal ltda	calle 85 # 50-37 cons 804
Odontoimagenes Barranquilla Murillo	Calle 45 #14-138 local 1
ODONTOTEETH IPS SAS	CALLE 66#38-99 INTERIOR 3
ODONTOVITAL SAS	CARRERA 44 47 54
OIR GABINETE AUDIOLOGICO E.U	CALLE 79 # 49C - 54 LC 102
ONCOLOGOS QUIRURGICOS DEL CARIBE LIMITADA	CALLE 70B 41 93
OPCION SALUD INTEGRAL IPS LTDA	Carrera 49C No. 84-180
optica banco del anteojo del caribe sas	CL 39 N 43 50 BL 1 AP 1A
OPTICA CLARAVISION S.A.S	CALLE 39 No 43 - 62
OPTICA COLOMBIANA	CRA 53 68B-87
OPTICA COLOMBIANA S.A. VIVA BARRANQUILLA	CR. 51 B N° 87 - 50 LOC. 216 CC. VIVA BARRANQUILLA
OPTICA COLOMBIANA S.A.S	CR. 51 B N° 87 - 50 LOC. 216 CC. VIVA BARRANQUILLA - Barrio:LAURELES
OPTICA COLSANITAS SAS	CALLE 85#47-61 Local 1
OPTICA CRISTAL LIMITADA	CARRERA 43 No.40-18
OPTICA GDA S.A.S	CALLE 37 No. 41 - 54 LOCAL 1
optica klem vision s.a.s	kr 53 n 72-166

OPTICA UNIVER CARRERA 38	CRA 38 N° 69D -111
OPTICA UNIVER PRADO	CALLE 74 No. 52-26 L4
OPTICAS GMO Colombia S.A.S	CALLE 78 N° 53-70 LOCAL 1-29 C.C VILLA COUNTRY
Ópticas GMO Colombia S.A.S	CL 74 No 38 D - 113 LO 75 en Barranquilla
Opticas GMO Colombia S.A.S.	CALLE 82 No 46 - 58 LOCAL 7
OPTICAS VER MAS	CALLE 72 No.47-50 LOCAL 6
OPTICOSTA EXPRESS IPS S.A.S	CARRERA 7 E N° 45- 7P LOCAL 4
OPTICREDITO	CRA 43 No.36-15 LOCAL 53
OPTIPLUS + S.A.S.	CALLE 72 No.48-60 LOCAL 2
ORALDENTI CLINICA ODONTOLOGICA S.A.S.	CARRERA 46 No.53-34 PISO 2 LOCAL 7
ORGANIZACION CLINICA BONNADONA PREVENIR S.A.S.	CARRERA 49 C NO 82-70
ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE	CARRERA 48 # 70-38
ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE SEDE 2	CARRERA 48 No. 70 - 84
ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE SEDE CORDIALIDAD	CALLE 47 No.18-46
ORGANIZACIÓN DE SERVICIO TOTAL S.A.S.	CRA 59 No. 75-160
ORGANIZACION DEL MAR LTDA	CRA 60 Nº 75 - 176
ORGANIZACION MEDINTEGRAL S.A.S	Calle 80B No.38 - 40
ORGANIZACIÓN MEDINTEGRAL S.A.S	CALLE 80B No.38-40
Oriéntame - Sede Barranquilla	CARRERA. 49 C No. 80-55 CONSULTORIO 303
ORTO VITAL INTEGRAL CIRUGIAS	CRA 53 N 59 - 236
ORTO VITAL S.A.S.	CARRERA 48 # 74 - 126
ORTODONTIX	CALLE 47 No 21-29
ORTOTRIPCIA S.A.	CLL 78 #57 - 215 CONS 101
OS TOTAL BOULEVARD	CALLE 79 No. 50 - 71 PISO 2
OS TOTAL PRADO	CARRERA 59 No.75-160
OTA ORTOPEDICOS S.A.S.	CARRERA 45 No.76-99
OTOCEN Profesionales en Otorrinolaringologia	Cra. 50 No.82 -185
OTOCEN SAS	Cra. 50 No.82 - 185
OTORHINOCENTER SAS	CARRERA 50 NO. 82 - 185
PASTEUR LABORATORIO CLINICO DE COLOMBIA	Calle 42 # 41-80
PASTEUR LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.	CARRERA 50 No.79-172
PASTEUR LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.S	CARRERA50 # 79-172
PASTEUR LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA SEDE ELITE	Calle 80 # 50 - 38
PAUTT URBINA ODONTOLOGOS ASOCIADOS LIMITADA	CALLE 87#47-164
PEREZRADIOLOGOSSAS	CALLE40No.41-113
PH MEDICAL SAS	Calle 80 No 47 - 43 Piso 3 Oficina 5B Centro Medico Gemelli
Policlinica Concordia Limitada	CALLE 51B No.10SUR-04
POR TU SALUD Y BIENESTAR IPS S.A.S	CALLE 44 No 7 h 34
PRACTICAL SOLUTIONS S.A.S. PRACSO ÓPTICAS PRACSO	CRA 41 NRO. 38-05
PRACTICAL SOLUTIONS S.A.S. SIGLA PRACSO	CALLE 35 NRO. 43-52 - Barrio:CENTRO
PRACTICAL SOLUTIONS S.A.S. SIGLA PRACSO sede 2	CALLE 35 NRO. 43-52
PRACTICAL SOLUTIONS S.A.S. SIGLA PRACSO SEDE3	CALLE 40 NRO. 44-09 LOCAL 1Y 2
PRACTICAL SOLUTIONS SAS	CALLE 72 NRO. 45-50 LOCAL 6A

PREVENCE S.A.S	CARRERA 47 #79-158
PREVY HEALTH S.A.S	Carrera 46 # 93 - 65 Local 2
PROCARDIO CARIBE S.A.S.	CRA 47 No 84-138
PROFESIONALES INTEGRADOS EN SALUD I.P.S, S.A.S "PROINSALUD IPS"	CLLE 45 NO 18 - 96
PROLIFICOS S.A.S	Calle 106 50-67 Local 405
PROMOCOSTA SEDE 03	CARRERA 44 No.82-142
PROMOSALUD IPS CENRAL DE ESPECIALISTAS	Carrera 49B numero 79-131
PROMOSALUD IPS PARA EL ATLANTICO	Carrera 47 N 84-79 PISO 2
PROMOSALUD IPS PRIMER NIVEL	Carrera 56 74-74
Promosalud IPS T&E S.A.S.	calle 47 n 84 - 79 piso 2
PROMOSALUD SEDE HOSPITALARIA - CLINICA EL PRADO	CALLE 59 No. 50-20
PROMOTORES DE LA SALUD DE LA COSTA S.A.S. PROMOCOSTA S.A.S.	CARRERA 54 No.54-01
PROSMILE S.A.S.	KR 47 # 84 27 LC 11
PROTEGER CONSULTORIA SAS	CRA 50 No 72 - 125
PROYECTO OPTIMO IPS S.A.S	KRA 64B # 84B-104
PSIQUEM	CRA 49C NRO 80-125 CONS 712
PSIQUEM S.A.S	CALLE 77B No 57-141 OF 301 CENTRO EMPRESARIAL LAS AMERICAS
QUIMIO SALUD LTDA	CARRERA 47 No.79 - 110
QUIMIOSALUD S.A.S AGENCIA CARTAGENA	CARRERA 47 nO.79-110
QUIROTEP SALUD SAS	CARRERA 44 No. 72-131 OFICINA 409
RA-BA IPS S.A.S.	CARRERA 48 No.76-32
RAFAEL ANTONIO CAMPANELLA MEDINA S.A.S	CALLE 85 #50-37 CONSULTORIO 310 TORRE MEDICA DEL MAR
RAY BAN BARRANQUILLA	CR 51 B No 87 - 50 LO 131 en Barranquilla
RED MED RED MEDICA ESPECIALIZADA DE COLOMBIA S.A.S	CARRERA 49 C N 80-175
RED MED RED MEDICA ESPECIALIZADA DE COLOMBIA S.A.S SEDE 2	CARRERA 49C N° 80-166
REDONDO DE ORO LTDA	CRA 49C # 80-125 Edificio continental Medical Center Piso 8 Consultorio 801.
REGAMA DEL CARIBE LTDA	Carrera 49C 80-38
REHABIPLUS S.A.S.	CARRERA 44 No.80-253
REINA PAULA IPS S.A.S	CARRERA 68 No. 80-34
RENACER CENTRO DE ORTOPEDIA Y REHABILITACION INTEGRAL S.A.S	CALLE 48# 23-84
RENACER CENTRO DE ORTOPEDIA Y REHABILITACION INTEGRAL SAS	Calle 48#23-84
RETOKIDS	Calle 79 # 42 -200 local 1
RETOKIDS S.A.S	Calle 79 #42 - 200 local 01
REUMACARIBE S.A.S	CRA 44 No. 72-131 CONS. 305
REVITALIZAR DEL CARIBE SAS	CRA. 50 # 80 - 216
RISK PREVENTION IPS SAS	Carrera 49 C # 74 -108
ROSALUD 777 S.A.S.	CALLE 85 No.50-37 CONS 503
RTS S.A.S	Calle 47 # 16-167
S.S.O VITALMEDICOS S.A.S.	CARRERA 47 No.80-115
SABBAG RADIOLOGOS LTDA	CARRERA 49 C No 80-38
SAIS IPS SAS IMAGENOLOGIA Y HEMODINAMIA	CARRERA 50 NO. 79-154 SOTANO 1
SAIS IPS SAS SEDE BARRANQUILLA	CARRERA 50 NO. 79 - 154 SOTANO 1

SALUBRISTAS OCUPACIONALES UNIDOS S.A.S	CARRERA 58 No.70-129 CONS 205
SALUD DOMICILIARIA INTEGRAL DEL CARIBE S.A.S.	CALLE 45 N° 10E -57
SALUD EN CASA BARRANQUILLA	CARRERA 49 C #79 -150
SALUD FAMILIAR S.A I.P.S	CRA 57 No 74-71
SALUD INTEGRAL Y RESOLUTIVA IPS S.A.S	CALLE 45 # 19 - 94
SALUD LABORAL I.P.S. S.A.S.	CARRERA 51 No.75-157
SALUD LABORAL IPS S.A.S. SEDE 2	CARRERA 51 No. 75-173
SALUD METROPOLITANA S.A.S.	CARRERA 44 No.79-157
SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL - SALUD O.I. I.P.S. S.A.S.	Calle 69E No 41-209
SALUD OCUPACIONAL SANITAS AGENCIA BARRANQUILLA	CL 85 50 159 PI 6 OF 608 609
SALUD OCUPACIONAL Y AUDITORIA MEDICA DE COLOMBIA SAS.	CARRERA 52 # 75-67
SALUD SEGURA DEL CARIBE S.A.S	CARRERA 59 No. 66 - 86
SALUD SOCIAL CENTRO VIVIR	CALLE 76 # 58 - 71
SALUD SOCIAL PAD	CRA 49C No 84-187
SALUD SOCIAL S.A.S.	CALLE 17 # 18 - 23
SALUD TOTAL EPS - S S.A 20 DE JULIO	CARRERA 43 No.69F-57 LOCAL 5 Y 7
SALUD TOTAL EPS - S S.A RECREO	CALLE 61 # 38 - 94
SALUD TOTAL EPS - S S.A UNIDAD CARRERA 54	CRA 54 # 74 - 151 PISO 1
SALUD TOTAL EPS - S S.A UUBC CORDIALIDAD	CALLE 56 # 10B - 140
SALUD TOTAL EPS - S S.A UUBC REINA CATALINA	CARRERA 47 No.80-266
SALUD TOTAL EPS - S S.A. CRA. 53	CRA 53 No. 59 236
SALUD TOTAL EPS -S S.A BOULEVAR	CALLE 79 No.50-71
SALUD TOTAL EPS -S S.A PRADO	CARRERA 53 No.75-108
SALUD TOTAL EPS-S S.A.	CARRERA 54 No.74-151
SALUD TOTAL EPS-S S.A. UNIDAD CRA 47 PRESTIGE	CRA 47 # 82- 220
Saludable CM IPS S.A.S	Carrera 16 # 47B-23 Local 1 PISO 1
SALUDARTE DOMICILIARIA S.A.S.	CARRERA 46 No 66 - 22
SALUS BIOMEDICAL CENTER S.A.S.	CARRERA 50 No.72-95
SANTANGEL IPS	CARRERA 53 # 74-135, LOCAL 3 Y 4
SAPIENS CENTRO NEUROLIGICO DE REHABILITACION INTEGRAL SAS	CL 45 No 19 - 120
SAPIENS CENTRO NEUROLOGICO DE REHABILITACION INTEGRAL SAS	CALLE 45 No.19-120
SAVIATECH S.A.S.	CARRERA 57 No.99A-65
SEDE NAZARETH	CARRERA 16 # 47B-23 LOCAL 1
SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE CONSULTING S.A.S	Calle 76 No 38A-27
SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE CONSULTING SAS	Calle 76 No 38 A-27
SEMEQUI IPS	Carrera 45 # 76 - 99 consultorio 3
SEMEQUI S.A.S.	Calle 55 numero 46-86
SERCICIOS DE ATENCION DOMICILIARIA S.A.D LTDA	CARRERA 42G No. 84-09
SERFAR LTDA	CRA 48 N 76-217
SERSO OUTSORCING SST S.A.S.	CALLE 80B No.35D-77
SERVICES INTEGRAL OCCUPATIONAL MEDICAL S.AS.	CARRERA 48 No.74-156 LOC 03 ED. VALENTINA
SERVICIO DE SALUD OCUPACIONAL MEDICO PREVENTIVA LIMITADA	CARRERA 58 #70-129 CONSULTORIO 309
Servicio Integral Medico Asistencial S.A.S.	calle 60 No.50-66
SERVICIOS CARDIOLOGICOS INTEGRALES SAS	CARRERA 50 NUMERO 82-168 CONSULTORIO 302
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL SAS	CARRERA 49 No 74 - 77

SERVICIOS DE SALUD ODONTOLOGIK SAS	CRA 47 No. 79-243
SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DEL CARIBE S.A.S.	Calle 55 No. 53 - 38
SERVICIOS INTEGRADOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGIA SIEO LIMITADA	cra 47 # 82 - 186
SERVICIOS MEDICO QUIRURGICOS SAS	Calle 55 # 46 - 86
SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES DEL NORTE "SEMIN"	CARRERA 38 No 63B-09
SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES DEL NORTE S.A.S. IPS	CR 38 No 63B-09
SERVICIOS MEDICOS MADRE BERNARDA S.A.S	CALLE 45 No. 18 -145
SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS I.P.S. SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA	CALLE 70 No.48-56
SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS I.P.S. SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA SEDE CENTRO	CALLE 42 No.41-118
SERVICIOS ODONTOLOGICOS ESPECIALIZADOS DENTYSERVICES S.A.S	Carrera 43B N° 76-228 Local 5
SERVICIOS ODONTOMEDICOS DEL CARIBE LTDA	CARRERA 42G No.80-115
SICAC	CALLE 85#50-37 CONSULTORIO 502
SICAC CONTINENTAL	CARRERA 49C # 80-125 CONSULTORIO 511 Y 513
SICAC INTERNATIONAL IPS	CALLE 57 # 21B-14
SIES SALUD BARRANQUILLA	CARRERA 51# 84-187
SIMETRIC BARRANQUILLA	CARRERA 47 No.84-27 local 12 - 13 -14 PISO 02
SINAPSIS CENTRO NEUROPSICOLOGICO INTEGRAL SAS	Cra 42 D1 # 80A - 129
SINERGIA GLOBAL EN SALUD SAS	CALLE 85 No.50-08
sinus center	CRA 50 No 82 168 CONS No 303
SINUS CENTER S.A.S.	Kra 50 No 82 168 CONS No 303
SION HEALTH GROUP S.A.S.	CRA 51 B No. 94-334 Consultorio 412 oficina 2
SMADIA MEDICAL GROUP S.A.S.	Calle 87 #47-47
Smile Clinic SAS	KRA 43 N 72-122 LOCAL 301
SOCIEDAD DE CIRUJANOS PEDIATRAS ESPECIALISTAS IPS S.A.S	CALLE 71 # 41 - 46 3 PISO
Sociedad de Infectologos del Caribe Colombiano SAS SICAC	calle 85 #50-37 consultorio 502
SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD SIGLAS SIES SALUD S.A.S	CR 51 No 84 - 187
SOLMEDIS IPS REBOLO	CARRERA 29 # 14 - 25
SOLMEDIS IPS SAS	Calle 45 No 10C -17
Solsalud Caribe IPS S.A.S	CR 44 No 72 - 107 OF 104
SOLUCIONES MEDICAS DE LA COSTA IPS SAS	CALLE 68 # 50 - 178 LOCAL 3
SOLUCIONES ORALES BLANCO S.A.S.	KRA 53 N°70-112 -LOCAL 1C
SOLUSALUD INTEGRALES IPS S.A.S.	CARRERA 44 No.72-131 CONS 206
SONRISA ITALIANA S.A.S.	CARRERA 52 No.84-131
SOSIMETRIC SAS	CARRERA 47 No.84-27 local 12 y 13 PISO 02
SOULMEDICAL LTDA	CRA. 49C No. 80 - 39 CONS 101A
SR-SOLUCIONES COLOMBIA S.A.S.	Cra 43 No. 69E - 53
SUBSANAR SALUD IPS S.A.S	CALLE 71 NÚMERO 39-216 LOCAL 101
SUPER SALUD COLOMBIA S.A.S	CALLE 44 No. 27-90
SUPER SALUD COLOMBIA S.A.S.	VIA CORDIALIDAD CR 6 # 94 - 77
SUS VACUNAS S.A.S.	CARRERA 49B No. 79 -01 LOCAL 12

SUS VACUNAS SAS	CARRERA 49B No.79-01 LOCAL 12
TAMARA IMÁGENES DIAGNOSTICAS S.A.S	CRA 50 No 80 - 101
TAMARA IMÁGENES DIAGNOSTICAS S.A.S. SEDE CORDIALIDAD	CARRERA 47 No.19-104
TE OIGO, CENTRO AUDIOLOGICO S.A.S.	CRA 42F # 79 - 76 LOCAL 3
Tecnitrauma S.A.	Calle 80 N 43B 07
TECNOLOGÍA DIAGNOSTICA DEL SUR S.A.S.	CALLE 31 # 14 - 84
TECNOLOGIA DIAGNOSTICA DEL SUR SAS	calle 31 #14 -84
TELEMEDICINA CLINICA MCH SAS	carrera 51 No 76 -199 oficina 225
TEMPORAMEDIC S.A.S.	CARRERA 45 N° 84 - 77 OFICINA 8
TOMA DE MUESTRA LABORATORIO REY FALS - PROMOSALUD IPS	CR 56 No 74 - 74 en Barranquilla
TOMA DE MUESTRA LABORATORIO REY FALS MURILLO	calle 45 B # 09 B - 72
TOMA DE MUESTRA LABORATORIO REY FALS SIMON BOLIVAR	CALLE 19 No.2-06
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO - CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.	CARRERA 49 Nº 69-64
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO REY FALS SEDE CLINICA SAN MARTIN	CARRERA 43 No.70-106
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO REY FALS SEDE EL GOLF	CARRERA 59C No.81-126
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO REY FALS SEDE METROCENTRO	Carrera 1 No. 45E-22
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO REY FALS SEDE RECREO	CALLE 58 No.38-13 ESQ
TOMAS URIBE RADIOLOGOS S.A.S.	CRA 50 NRO 80 18 LOCAL 1
TRABAJEMOS JUNTOS IPS S.A.S	CALLE 56 No.44-22
TRABAJEMOS JUNTOS IPS S.A.S.	CALLE 56 No.44-12
TRAUMAS IPS S.A.S.	CARRERA 43 No.70-106 PISO 3
UCLIR IPS Sede Murillo	CALLE 45 #14-44
UMRI SAS	cra 50 # 86-18
unicardio caribe s.a.s	CRA. 50 NO. 79-40
UNICO	CARRERA 41D No.74-87 LOCAL 109
UNIDAD AMBULATORIA CARRERA 44	CRA 44 No 47-54
UNIDAD AMBULATORIA SEDE NORTE	CRA 49C No 84-128
UNIDAD ATENCION AMBULATORIA GENERAL DEL NORTE SEDE 2	CALLE 30 Nº 13-45
UNIDAD BASICA DE ATENCION PRADO	CRA 58 No.74-50 Y 74-70
UNIDAD CLÍNICA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL UCLIR I.P.S. & GESTIÓN LOGÍSTICA EN SALUD S.A.S.	CARRERA 47 # 80-216 - Barrio:PORVENIR
Unidad Consulta Externa La Merced	Calle 60 N° 38 - 58
UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA GENERAL DEL NORTE SEDE 3	CARRERA 58 No. 72 - 105
UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA LOS ANDES	CALLE 57 Nº 25-105
UNIDAD DE ATENCION CONSULTA EXTERNA	CARRERA 48 Numero 70-139
UNIDAD DE LABORATORIO UNILAB LTDA	Calle 59 No. 50-17 Piso 1
UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA UMPRE LTDA	CRA 59 No. 70-120
UNIDAD DE NEUROCIRUGIA ENDOVASCULAR STROKE E INTERVENCIONISMO	CARRERA 49C No 80-125 consultorio 506
UNIDAD DE NEUROCIRUGIA ENDOVASCULAR STROKE E INTERVENCIONISMO LTDA	CARRERA 49 C No 80-125 Consultorio 506
UNIDAD DE PERINATOLOGIA Y TERAPIA FETAL DEL CARIBE SAS	CRA 48 # 70 - 146

UNIDAD DE REHABILITACION REEDUCAR	CARRERA 24 # 36-11, LOCAL 4
UNIDAD DE URGENCIAS BAJA COMPLEJIDAD ALTO PRADO	CR 46 No 79 - 191
UNIDAD EDUCATIVA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INCLUSER S.A.S.	CALLE 80 No.42-180
UNIDAD HEMATOONCOLOGICA Y DE RADIOTERAPIA DEL CARIBE S.A.S	CRA 42H No 87-17
UNIDAD INTEGRAL DE ATENCION SILOE S.A.S.	Carrera 47 Nº 84 - 157
UNIDAD INTEGRAL DE FRACTURA Y REHABILITACION UNIFRAR S.A.S.	Calle72 Nª 59-39
UNIDAD INTEGRAL DE FRACTURAS Y REHABILITACION UNIFRAR S.A.S	CALLE 72 Nª 59-39
UNIDAD MEDICA INTEGRAL DE TRANSTORNOS DE SOBREPESO Y OBESIDAD - UNIMSOB LTDA	CALLE 85 No. 47-28
Unidad Medica integral para la mujer S.A.S	calle 85 N 50-37 consultorio 301
UNIDAD MEDICA INTEGRAL-CLINICA DE HERIDAS CONVIDA S.A.S	Carrera 50 No 76-99
UNIDAD MÉDICA OCUPACIONAL - UMO	carrera 44 # 69-80
UNIDAD MEDICA ODONTOLOGICA SANA LTDA	CALLE 74#49C- 25
UNIDAD MEDICA ODONTOLOGICA SANA PRADO	CALLE 74 49C-25
UNIDAD ODONTOLOGICA DEL SUR	CALLE 30 Nº 14 -20
UNIDAD ODONTOLOGICA DEL SUR SAS	CALLE 31 Nº 14 -20
UNIDAD VISUAL OPTICARIBE S.A.	Cra. 53 No. 68B - 87 Locales 132 - 125
UNIGASTRO S.A.S.	CARRERA 47 No.79-91
UNILAD DE LABORATORIO UNILAB LTDA	CARRERA 59 No.50-17 Piso 1
UNION VITAL - CORDIALIDAD	CALLE 47 No 10B -140
UNION VITAL S.A.	Carrera 53 #59-236
UNIVER PLUS S.A	CALLE 74 No. 52-26 L4 PRADO
UPREC UNIDAD DE PREVENCION CLINICA SAN VICENTE BARRANQUILLA	KRA 49C No 84-36
UROCENTRO LTDA	Carrera 49C # 80-39
UROLIT B.B.S	CRA 49C # 80 - 125 CONSULTORIO 404 - 405-406
UROLIT B.B.S. LTDA	CR 49C 80-125 CONSULTORIO 404- 405-406
UROLOGIA INTEGRAL DEL NORTE - CENTRO URINORTE S.A.S	CRA 49 No 70 -51 PISO 2
UROMAX 3D	CARRERA 53 NO. 82-174 CONSULTORIO 101
UROPRADO	Carrera 47 NRO. 80-61
UROPRADO S.A.S	Carrera 47 80-61
UROVITAL LTDA	CALLE 71 No.41-46 PISO 4 CONS 403
USSER S.A.S.	carrera 29 No. 44-73
VCM SERVICIOS EN SALUD SAS	K 58 N 70-129 CONS. 308 CENTRO MEDICO CHICAGO
VIHONCO IPS COSTA SAS	CRA. 49C No. 85-22
VILLA 76 INSTITUTO DE PSICOTERAPIAS SEDE 3	CARRERA 43B No 80-60
VILLA CAROLINA	CALLE 93 No.71-49 LOCAL 102
VILLA76 INSTITUTO DE PSICOTERAPIA S.A.S.	CARRERA 50 No.86-36
VIPLUS IPS S.A.S	CALLE 80 # 49B 22 LOCAL 2
VISION DEL LITORAL S.A.S	CARRERA 47 Nº 84 - 79
Vital Home	carrera 47 n 79-194
VITAL PLUS COLOMBIA LTDA	CALLE 96A No 49C - 50
VITAL SALUD DEL CARIBE IPS S.A.	CALLE 45 No 21-125
Vitalmedi SAS	CARRERA 53 # 53 - 79
VIVA 1 A IPS COUNTRY	Carrera 54 N° 74 - 68

VIVA 1 A TM CORDIALIDAD	CL 56 No 8 E - 238 PI 1 LO 102
Viva 1A Cordialidad	Clle 56 No. 8 E1-40
VIVA 1A IPS CALLE 85	CALLE 85 No 50 - 30
VIVA 1A IPS MACARENA	CALLE 56 # 8E-238 P2
Viva 1A IPS SA	CARRERA 52 No.76-167 LOCAL 112 CC ATLANTIC CENTER
VIVA 1A IPS SAN JOSE	CALLE 45 No 20 - 141
VIVA 1A TM BARRANQUILLA	CR 49 C No 82 - 165
WAKEUP REHABILITACION FUNCIONAL & EJERCICIO S.A.	Calle 84 No. 59 - 34 Locales 15 y 16
YEPES P0RTO OFTALMOLOGIA LTDA	CRA 51B # 82-152
YEPES PORTO OPTICAS SAS	CALLE 72 # 52-52 LOCAL 05
YEPES PORTO OPTICAS SAS SEDE BUENAVISTA	CARRERA 53 CALLE 99 ESQUINA SOTANO 2 LOCAL 011
YEPES PORTO OTORRINOLARINGOLOGIA SEDE BAHIA	CARRERA 51B No 82-254 LC 70-73 PISO 5
YEPES RESTREPO & CIA S EN S	CARRERA 51B No.82-152
ZONA DENTAL LU S.A.S.	CRA 44 #76-211
ZOOM CENTRO VISUAL S.A.S	CRA 49C N° 82-258 LC 1 PS 1

El Departamento del Atlántico a septiembre del año 2020, tiene una cobertura del 98.64%, de los cuales Baranoa (99.09%), Malambo (95.55%), Palmar de Varela (99%), Ponedera (97.77%) y Soledad (98.87%), mientras el Distrito de Barranquilla es del 98.88%[26]

Las coberturas de afiliación en el Departamento del Atlántico a Julio de 2020 en los diferentes regímenes se discriminan así:[27]

MUNICIPIO	JULIO DEL 2020		
	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	TOTAL
BARRANQUILLA	686.347	739.022	1.425.369
BARANOA	40.098	8.701	48.799
CAMPO DE LA CRUZ	24.383	1.195	25.578
CANDELARIA	14.651	960	15.611
GALAPA	30.259	8.890	39.149
JUAN DE ACOSTA	14.327	1.921	16.248
LURUACO	22.235	1.282	23.517
MALAMBO	78.278	18.234	96.512
MANATI	16.799	929	17.728
PALMAR DE VARELA	17.185	2.210	19.395
PIOJO	3.982	220	4.202
POLONUEVO	11.905	1.521	13.426
PONEDERA	19.359	984	20.343
PTO COLOMBIA	17.716	9.046	26.762
REPELON	22.024	1.161	23.185
SABANAGRANDE	19.756	4.131	23.887

[26] *Ministerio de Salud, septiembre del año 2020*
[27] *Secretaria de salud departamental – julio de 2020*

SABANALARGA	67.848	26.111	93.959
SANTA LUCIA	12.600	524	13.124
SANTO TOMAS	18.429	6.125	24.554
SOLEDAD	288.763	226.236	514.999
SUAN	9.632	571	10.203
TUBARA	7.894	1.043	8.937
USIACURI	6.610	634	7.244
TOTAL	1.451.080	1.061.651	2.512.731

En cuanto a las Entidades promotoras de Salud – EPS, en el departamento del Atlántico hay 17. A continuación se relacional las EPS, Régimenes y Total Afiliados a corte de **Julio de 2020**.[28]

Aseguramiento Régimen Subsidiado

- ✓ **BARANOA**: 40.098 afiliados, distribuido en las siguientes EPS:

CAJACOPI	SALUD TOTAL EPS	FAMISANAR EPS	OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	NUEVA EPS	NUEVA EPS	MEDIMAS
5.704	78	309	2	1.067	8.453	1
MUTUAL SER	**COOSALUD**	**AMBUQ**	**MUTUAL SER**			
2	13.662	10.547	273			

- ✓ **MALAMBO**: 78.278 afiliados, distribuido en las siguientes EPS:

CAJACOPI	SALUD TOTAL EPS	SURA EPS	FAMISANAR EPS	OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	NUEVA EPS
12.816	428	1.407	273	0	7.206
MEDIMAS	**MUTUAL SER**	**COOSALUD**	**AMBUQ**	**MUTUAL SER**	
1	4	19.952	12.086	23.280	

- ✓ **PALMAR DE VARELA**: 17.185 afiliados, distribuido en las siguientes EPS:

CAJACOPI	COOMEVA EPS	OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	NUEVA EPS	NUEVA EPS	COMPARTA
5.447	48	1	364	5.332	5.993

- ✓ **PONEDERA**: 19.359 afiliados, distribuido en las siguientes EPS:

[28] *Secretaria de salud departamental – julio de 2020 – Oficina Aseguramiento*

NUEVA EPS	SAVIA SALUD E.P.S.	NUEVA EPS	COOSALUD	AMBUQ
199	0	2.796	14.423	1.941

- ✓ **SOLEDAD**: 288.763 afiliados, distribuido en las siguientes EPS:

CAJACOPI	SALUD TOTAL EPS	SANITAS EPS	SURA EPS	COOMEVA EPS	FAMISANAR EPS	OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.
71.949	12.693	1.783	6.927	1.808	1.651	4
NUEVA EPS	**SAVIA SALUD E.P.S.**	**NUEVA EPS**	**COOSALUD**	**MEDIMAS**	**MUTUAL SER**	**COOSALUD**
3.247	0	25.773	107	1	26	45.472
AMBUQ	**COMPARTA**	**MUTUAL SER**				
26.320	1	91.001				

Aseguramiento Régimen Contributivo

- ✓ **BARANOA**: 8.701 afiliados, distribuido en las siguientes EPS:

CAJACOPI	SALUD TOTAL	SANITAS	SURA	FAMISANAR	NUEVA EPS
666	4	16	17	1.036	4.603
MEDIMAS	**MUTUAL SER**	**COOSALUD**	**AMBUQ**		
4	161	1.643	260		

- ✓ **MALAMBO**: 18.234 afiliados, distribuido en las siguientes EPS:

CAJACOPI	SALUD TOTAL EPS	SANITAS	SURA	FAMISANAR	NUEVA EPS	NUEVA EPS
1.015	1.174	49	6.371	825	4.269	212
COOSALUD	**MEDIMAS**	**MUTUAL SER**	**COOSALUD**	**COMPARTA**	**AMBUQ**	
3	5	2.238	1.757	1	315	

- ✓ **PALMAR DE VARELA**: 2.210 afiliados, distribuido en las siguientes EPS:

CAJACOPI	SANITAS	SURA	COOMEVA	NUEVA EPS	NUEVA EPS	COMPARTA
270	5	5	97	1.494	165	174

- ✓ **PONEDERA**: 19.359 afiliados, distribuido en las siguientes EPS:

SURA	NUEVA EPS	NUEVA EPS	COOSALUD	COOSALUD	AMBUQ
1	367	56	1	532	27

- ✓ **SOLEDAD**: 226.236 afiliados, distribuido en las siguientes EPS:

CAJACOPI	SALUD TOTAL EPS	SANITAS	SURA	COOMEVA	FAMISANAR	NUEVA EPS
3.815	108.057	24.193	43.866	6.311	4.677	22.729
NUEVA EPS	**COOSALUD**	**MEDIMAS**	**SALUD MIA E.P.S.**	**MUTUAL SER**	**MUTUAL SER**	**COOSALUD**
730	478	13	1	1.328	6.589	2.803
AMBUQ						
646						

RUTAS DE ATENCION.

Las Rutas de Atención en el Departamento del Atlántico, está conformada por los siguientes NODOS:

Nodo Sub región Norte conformado por los municipios de Puerto Colombia, Tubará, Juan de Acosta, Piojo y Galapa; centra la atención en este nodo la ESE Hospital Niño de Jesús de mediana complejidad. (Carrera 75 No. 79B – 50)

Nodo Sub región Cordialidad conformado por los municipios de Baranoa, Polo Nuevo, Usiacurí, Sabanalarga, Luruaco, Santa Lucia, Repelón, Manatí, Ponedera, Campo de la Cruz, Candelaria y Suan; centra la atención en este Nodo la ESE Hospital departamental de Sabanalarga, de mediana complejidad. (Calle 25 No. 8-25)

Nodo Sub región Oriental conformado por los municipios de Soledad, Malambo, Sabanagrande, Santo Tomás y Palmar de Varela; centra la atención en éste Nodo la ESE Hospital Juan Domínguez Romero (Soledad), de mediana complejidad. (Calle 15 No. 21-60).

La competencia para baja complejidad es municipal y el departamento tiene competencia para mediano y alto nivel de complejidad. La entidad de alta complejidad con que cuenta el departamento está ubicado en la capital, el cual constituye el cuarto Nodo de atención con la ESE Hospital CARI (Centro de Atención y Rehabilitación Integral), donde funciona CRUE. (Carrera 57 No. 23 – 100).

Todas las EPS continúan aunando esfuerzos para poder contar con equipos psicosociales idóneos para la atención psicosocial y de salud de las personas víctimas del conflicto armado.

En el departamento del Atlántico hay dos Centros Regionales de Atención a Víctimas, uno opera desde el Municipio de Soledad, otro desde el Corregimiento de Juan Mina, Distrito de Barranquilla, desde donde las

entidades que conforman el SNARIV, brindar a la población un servicio integral, especializado en protocolos y rutas de atención a víctimas.

A continuación, se presenta el mapa de oferta institucional en el Atlántico, la cual describe las entidades Institucionales y No Institucionales presentes en el departamento y su énfasis de atención a las víctimas:

Entidades Estatales	ICBF	Garantizar promoción y socialización de los derechos de la población víctima del conflicto armado, proceso de restablecimiento de derechos de los niños, niña y adolescente. Apoyo al fortalecimiento a las familias en valores y la convivencia
	SENA	Acceso a los programas de formación, cursos técnicos y básicos en coordinación con la oficina Enlace de Víctimas.
	DPS	Orientar y garantizar a las familias o personas en el acceso a los programas del municipio, orientar en la obtención del documento de identificación y libreta militares de la población víctima del conflicto.
	Comisaria de Familia:	Garantizar promoción y socialización de los derechos de la población víctima del conflicto armado, proceso de restablecimiento de derechos de los niños, niña y adolescente. Apoyo al fortalecimiento a las familias en valores y la convivencia.
	Secretaria de Salud	Garantizar el acceso y/o continuidad al derecho a la salud a la población víctima del conflicto. Se brinda atención no importando si se encuentra afiliado o no. Cuando llega una víctima lo pasan a aseguramiento para garantizarle su afiliación. Jornadas de promoción y prevención, estilos de vida saludable, detección de enfermedades transmisibles; entre otros.
	Personería	Procesos de declaración, brindar orientación para el trámite al acceso de las familias a recibir indemnización por muerte, secuestro, incapacidad permanente o por perdidas de bienes por atentados terroristas en su desplazamiento o hecho victimizan tés acompañamiento en recursos, notificación, asesorías, trámites para estudios de ayudas humanitarias de emergencias, garantizar promoción y socialización de los derechos de la población víctima del conflicto armado, socialización interinstitucional de las rutas de atención, apoyar técnicamente los procesos de participación de las organizaciones victimas asesoría para entregas de auxilios funerarios; entre otros.
	Oficina enlace de Victimas	Orientar y garantizar a las familias o personas en el acceso a los programas de los municipios, orientar en la obtención del documento de identificación y libreta militares de la población víctima del conflicto (registro civil de nacimiento, tarjeta de identidad y cedula de ciudadanía), prestamos de fortalecimiento a proyectos independientes de víctimas, alianza con el SENA para el acceso de cursos técnicos y básicos, entre otras; las cuales garantizan los deberes y derechos de la población victima en general.
	Secretaria de Educación	Inclusiva a nivel de atención poblacional. La población victima que requiere el servicio se atiende y direcciona a las diferentes instituciones para acceder a los cupos.
	Registraduría Nacional	Exoneración del pago de duplicados y rectificaciones de la tarjeta de identidad, de la cédula de ciudadanía y de las

		copias de registro civil a los ciudadanos que se acrediten en calidad de víctimas.
	Secretaría Departamental de Salud	Socialización de protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, seguimiento a prestación de servicios de salud integral a las víctimas del conflicto armado
	Secretaría Distrital de Salud	Socialización y participación del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, seguimiento a prestación de servicios de salud integral a las víctimas del conflicto armado beneficiarios de las 9 sentencias de la CIDH, articulación de acciones en P y P y PIC.
EAPB	EPS **AMBUQ ESS**, **Cajacopí, Comparta, Coosalud, Sanitas, Mutualser, Salud Vida, Coomeva, Famisanar, Salud Total, Medimás, Nueva EPS, SURA)**	Garantizar la Prestación de servicios de salud en atención integral y psicosocial a las víctimas del conflicto armado, acceso a proceso de afiliación a víctimas, Seguimiento a prestación de servicios de salud por parte de las IPS contratadas.
IPS	Mi Red, Viva 1ª	Baja, mediana y alta nivel de complejidad. Prestación de servicios de salud integral a las víctimas del conflicto armado con enfoque psicosocial
Colegios o escuelas, centros educativos	Secretaria De Educación	Inclusiva a nivel de atención poblacional. La población victima que requiere el servicio se atiende y direcciona a las diferentes Colegios o escuelas, centros educativos para acceder a los cupos. Las Instituciones deben establecer una atención prioritaria y diferencial en las escuelas del país a las menores víctimas de conflicto, con el fin de garantizar el derecho a la educación,
Policía y Fuerza Pública	**6** Convenio Policía Nacional y Unidad para las Víctimas	6.1.1.1 Prevención, protección y acompañamiento necesarios en la implementación de la política pública de víctimas; generación de una ruta de reparación integral para policías víctimas; fortalecimiento de la campaña antifraude. Según la directora de la Unidad, Yolanda Pinto, el convenio contribuye a que las víctimas recobren confianza, esperanza y fe en el país.

A nivel de organizaciones de víctimas, se presentan algunas de las muchas que hacen incidencia en el departamento del Atlántico:

- Asociación de Mujeres con Esperanza de Baranoa (ASMUEBA): Asociaciones que reúne viudas y mujeres cabeza de familia en el municipio de Baranoa.
- Asociación de Desplazados ASPRODES de Soledad: Reúne desplazados en Soledad para darles una voz, orientarlos y organizarlos.
- Asociación de Mujeres de Villa del Mar (AVVM): Congrega víctimas de la violencia en el barrio Villa del Mar de Barranquilla.
- Red de Mujeres del Caribe Colombiano.
- ASODESMA (Asociación de desplazados de Malambo).
- AVIUMA (Asociación de víctimas unidas de Malambo)

- AVIMEP (Asociación de víctimas de Malambo el porvenir)
- Asociación Prodesarrollo de familias Desplazadas y no Desplazadas del Sur Occidente de Barranquilla, entre otras organizaciones
- Asociación Prodesarrollo de familias Desplazadas y no Desplazadas del Sur Occidente de Barranquilla, entre otras organizaciones.
- Fundación Paz y Amor.
- Organización de Victimas Dios es Amor.
- Organización de Victimas Luz y Vida.
- Organización de Mujeres Victimas por un Futuro Mejor.

Actualmente en el departamento se están conformando las 23 mesas de participación efectiva de víctimas, periodo 2019 – 2021, de igual número de municipios, desde donde se generan espacios para el diseño, interlocución, ejecución, consulta y evaluación de las víctimas a nivel nacional y territorial en la implementación de las políticas públicas con la administración pública y las entidades estatales, se generen planes y programas orientados a la población víctima, se ejerza la rendición de cuentas, la veeduría ciudadana sobre el cumplimiento de la Ley de Víctimas, entre otras funciones.

7 Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

Aun cuando los entes territoriales aúnan esfuerzos y realizan gestiones para una adecuada aplicabilidad de la política pública hacia las víctimas, es frecuente la insatisfacción expresada por éstas (casi una constante) a nivel municipal como departamental, lográndose percatar las siguientes barreras para la atención:

Barreras físicas y de talento humano: Relacionada con el espacio adecuado para atender a la víctima, así como también la localidad y las condiciones e infraestructura y dotación física adecuada para la atención (calidad de las salas de esperas, tamaño de las habitaciones para hospitalización y consultorios de atención) como son: Incumplimiento de las condiciones físicas y de infraestructuras reglamentadas por la norma que posibilitan la insatisfacción en el uso de los servicios de salud por parte del usuario y la falta de recurso humano capacitado e idóneo para la atención en salud integral con enfoque psicosocial.

Barreras Comunicacionales: uso de tecnología para solicitud de citas médicas y /o exámenes médicos ordenados, oficina de callcenter que muchas veces no emiten respuesta oportuna al usuario que solicita el servicio, la falta de conocimiento de los deberes y derechos de los usuarios, Desconocimiento por parte de los usuarios sobre la red prestadora de servicios como son las IPS de segundo, tercer y cuarto nivel de complejidad contratadas por parte de las EPS de afiliación, falta de orientación por parte de la EPS a los usuarios sobre las IPS de primer nivel a las que tienen derecho a consultar, Inconsistencias de registro de la afiliación en la base de datos única de afiliados BDUA y tramitología innecesaria que originan inoportunidades en la atención

Barreras actitudinales: Víctimas reconocen débil atención (a veces fría, indiferente, de los profesionales de la salud) quienes al no reconocer la historia de violaciones vividas, y sus afectaciones, asumen la actitud de atender a un usuario más y no a una víctima del conflicto armada, sin que se aplique el enfoque diferencial y el análisis interseccional (de Curso de Vida). Lo anterior crea resistencia e inseguridad en la victima para continuar el proceso de atención.

8 Estado de Emergencia Sanitaria por Covid 19.

Las normas expedidas con base en la pandemia declarada el 11 de marzo de 2020 por parte de la OMS, ha sido extensa en Colombia, el departamento del atlántico y en el distrito de Barranquilla y a la fecha no han sido derogadas expresamente y tampoco han sido declaradas inexequibles o nulas. Por lo tanto, siguen vigentes, las cuales se relacionan a continuación.

Barranquilla, expidió las siguientes decretos y resoluciones:

Decreto 0368 – 13 de marzo

En este decreto se declaró la urgencia manifiesta en Barranquilla para que la ciudad cuente con los mecanismos presupuestales y contractuales para tomar medidas necesarias para prevenir el contagio del COVID-19 y las medidas de contención pertinentes para mitigar y/o controlar la enfermedad.

Decreto 0369 – 13 de marzo

En esta oportunidad, el decreto estableció que la jornada laboral de la Alcaldía de Barranquilla iba de 9:00 a.m. a 3:00 p.m., a excepción de los funcionarios que prestan servicios de salud y atención de emergencias, seguridad y convivencia, prevención y atención de desastres, inspecciones de policía, comisarías de familia, oficinas de corregidores, Centro de Rehabilitación masculino y femenino y Bomberos, que mantienen jornadas habituales.

Así mismo se tomaron medidas para atender la contingencia ocasionada por el virus COVID-19 a partir del uso de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones (TIC's), para que los funcionarios y contratistas pudieran cumplir con sus actividades desde sus casas. En ese aspecto se exhortó a la comunidad barranquillera para que realice trámites institucionales y solicite servicios distritales a través de medios electrónicos.
Decreto 0371-13 de marzo
El decreto 0371 explicaba que Barranquilla adoptaba un plan de contingencia para evitar la propagación del Coronavirus COVID-19. Se establecieron diferentes medidas y recomendaciones sanitarias entre las que se destacan limitación de asistencia a eventos masivos o aglomeraciones, restricción del contacto social al saludar, permanencia en casa en caso de presentar síntomas, además del uso de

tapabocas y el incremento de medidas de higiene, así como también las líneas telefónicas a las que se podía llamar en caso de presentar síntomas.

Decreto 0373 – 16 de marzo

Se establecen medidas restrictivas para el ejercicio de actividades económicas, para aglomeraciones de público, en lugares abiertos o cerrados, en procura de garantizar la salvaguarda de la seguridad y la salud pública, y evitar la propagación del Coronavirus COVID-19.

Se ordenó el cese total de actividades de los eventos y aglomeraciones públicas y privadas de carácter social, deportivas, artísticas, recreativas, culturales, religiosas, políticas o de cualquier otra índole, a realizarse en lugares cerrados o abiertos.

También se suspendió, de manera temporal, las actividades comerciales en los establecimientos como restaurantes (podrán trabajar comida para llevar y domicilios), cafeterías, discotecas, bares, tabernas, clubes nocturnos, salas de cine, casinos, licoreras, clubes sociales, salones de juegos, centros recreativos, museos, estaderos, cantinas y similares, así como también se ordena, además de las universidades, el cierre de las instituciones técnicas o tecnológicas en todo el Distrito de Barranquilla, desde el 16 de marzo a partir de las 19:00 horas.

En este decreto también encontramos que se le ordenó a establecimientos de venta de bienes y servicios a que estimulen y promuevan sus servicios y productos por medio del uso de la tecnología, y que centros comerciales, supermercados, y grandes superficies, micro mercados, tiendas y en general todos los establecimientos de comercio, reducir su aforo al 30% de su capacidad total, buscando que los clientes puedan conservar una distancia no inferior a un metro entre ellos.

Decreto 0375 – 16 de marzo

Aquí se declara la situación de calamidad pública en Barranquilla y se ordenó que la Secretaría Distrital de Salud diseñe y ejecute un Plan de Acción Específico que incluya las actividades para la prevención, la contención y superación de la emergencia producida por el virus COVID-19.

Decreto 0376 – 17 de marzo

Se toman medidas de distanciamiento social en las dependencias de la administración central del Distrito, suspendiendo la atención al público presencial y todas las actuaciones administrativas que adelanten las diferentes secretarías, oficinas, gerencias e inspecciones de policía, a excepción de los procesos para garantizar, proteger y restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes, y los demás miembros de la familia en situaciones de violencia intrafamiliar a cargo de las Comisarías de Familia, así como los procesos de selección de contratistas, en todas sus modalidades, que se adelanten de conformidad con lo reglado por la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 y demás normas complementarias, y las funciones de la Secretaría de Salud Distrital.

Decreto 0386 – 17 de marzo

Para evitar el contagio, se decidió tomar medidas de distanciamiento social y prohibir cualquier actividad individual o colectiva en los lugares que estén destinados como áreas articuladoras de espacio público y de encuentro. Por lo tanto, se prohíbe la interacción social y la actividad individual y colectiva en parques, plazas y plazoletas y Gran Malecón del Río Magdalena y sus paseos, zonas verdes y separadores ambientales.

Decreto 0390 – 17 de marzo

En este decreto se declara alerta amarilla en la ciudad de Barranquilla a partir del 17 de marzo a las 6:00 a.m., ordenando a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Slud (IPS) priorizar la atención en casos sospechosos y/o confirmados de coronavirus; garantizar una red prestadora de servicios amplia; garantizar insumos, medicamentos, equipos médicos; notificar inmediatamente los casos confirmados de coronavirus, entre otras medidas.

Decreto 0396 – 20 de marzo

Se toman medidas de distanciamiento social para atender la emergencia sanitaria producida por el virus Covid-19, prohibiendo el consumo de bebidas embriagantes, limitando las reuniones y aglomeraciones de personas, suspensión de actividades económicas en locales comerciales dedicados al esparcimiento y diversión, cierre de piscinas de uso colectivo, entre otros.

Decreto 0397 – 24 de marzo

Por el cual se ordena el aislamiento preventivo obligatorio en el Distrito de Barranquilla y se explica quienes tienen permiso para circular.

Decreto 0400 – 24 de marzo

Se reducen transitoriamente las tarifas de las estampillas pro-cultura y pro bienestar del adulto mayor como medida para atender la declaratoria del estadio de emergencia, económica, social y ecológica ocasionada por la pandemia del Coronavirus COVID-19.

Decreto 0409 – 1 de abril

Establece las medidas de distanciamiento social para las personas de la administración central del Distrito de Barranquilla para prevenir la transmisión del coronavirus COVID-19.

Decreto 0412 – 2 de abril

Se le delegan al Secretario de Gobierno Distrital algunas competencias extraordinarias de la Policía tales como desocupación o sellamiento de inmuebles, suspensión de reuniones, prohibir el expendio de bebidas alcohólicas, entre otros.

Decreto 0413 – 6 de abril

Se decreta el uso obligatorio del tapabocas en transporte público, lugares de afluencia y en personas de grupos de riesgo, entre otros. Además se implementan cierres viales.

Decreto 0415 – 9 de abril

Las medidas del aislamiento preventivo obligatorio se extendieron hasta el 27 de abril del 2020, se cambiaron los dígitos del 'pico y cédula', entre otros.

Decreto 0424 – 23 de abril

Por el cual se extienden los efectos del Decreto Distrital No. 400 de 2020 'Por el cual se reducen transitoriamente las tarifas de algunos tributos distritales como medida para atender la declaratoria del estado de emergencia, económica, social y ecológica ocasionada por la pandemia del coronavirus Covid-19

Resolución 0666 – 24 de abril

Por medio del cual se adopta protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19.

Resolución 0675 – 24 de abril

Por medio del cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del Coronavirus COVID-19 en la Industria Manufacturera.

Decreto 0427 – 25 de abril

Se decreta la prórroga del aislamiento preventivo obligatorio en Barranquilla a partir de las cero horas (00:00 a.m.) del día 27 de abril 2020, hasta las cero horas (00:00 a.m.) del día de 11 de mayo de 2020, y se establecen las medidas.

Decreto 0438 – 29 de abril

Por medio del cual se crea el comité de urgencias médicas del Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla

Decreto 0443 – 5 de mayo

Por el cual se toman acciones transitorias de policía para garantizar el aislamiento preventivo obligatorio, preservar la vida y mitigar los efectos de la pandemia por el Coronavirus COVID-19 en el Distrito Especial Industrial y Portuario de Barranquilla.

Decreto 0447 – 7 de mayo

Por el cual se prohíbe el expendio y consumo de bebidas alcohólicas en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla como medida de orden público para garantizar el aislamiento preventivo obligatorio, preservar la vida y mitigar los efectos de la pandemia por el Coronavirus Covid-19.

Decreto 0448 – 7 de mayo

Por el cual se dictan medidas de orden público para garantizar el aislamiento preventivo obligatorio, preservar la vida y mitigar los efectos de la pandemia por el Coronavirus COVID-19 en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla y se dictan otras disposiciones.

Decreto 0449 – 12 de mayo

Por el cual se regula la circulación individual de personas y vehículos para adquisición de bienes y servicios en el marco del aislamiento preventivo obligatorio como medida de orden público para preservar la vida y mitigar los efectos de la pandemia por el Coronavirus COVID-19.

Decreto 0456 – 22 de mayo

Por el cual se dictan medidas de orden público para garantizar el aislamiento preventivo obligatorio, preservar la vida y mitigar los efectos de la pandemia por el Coronavirus Covid-19 en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla y se dictan otras disposiciones.

Decreto 0461 – 28 de mayo

Por el cual se prohíbe el expendio y consumo de bebidas alcohólicas en Barranquilla como medida de orden público para garantizar el aislamiento preventivo obligatorio, preservar la vida y mitigar los efectos del Coronavirus.

Decreto 0471 – 29 de mayo

Por el cual se dictan nuevas medidas de orden público para garantizar el aislamiento preventivo obligatorio, preservar la vida y mitigar los efectos de la pandemia por el coronavirus en Barranquilla y se dictan otras disposiciones. Nuevos sectores financieros ingresan a actividad a partir del 7 de junio.

Decreto 0481 – 12 de junio

Por el cual se dictan medidas extraordinarias de orden público para garantizar el aislamiento preventivo obligatorio, preservar la vida y mitigar los efectos de la pandemia por el coronavirus Covid-19 en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla.

Decreto 0482 – 12 de junio

Por medio del cual se delega en el Secretario de Gobierno Distrital de Barranquilla algunas competencias extraordinarias de policía y se regula el tramite y expedición de permisos excepcionales en el marco del aislamiento preventivo obligatorio, con el fin de preservar la vida y mitigar los efectos de la pandemia por el coronavirus Covid-19 en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla.

Decreto 0483 – 15 de junio

Por el cual se declara la alerta naranja en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla para mitigar los efectos de la pandemia por el coronavirus COVID-19 y se dictan otras disposiciones.

Decreto 0484 – 17 de junio

Por medio del cual se delegan funciones al Secretario de Salud del Distrito Especial Industrial y Portuario de Barranquilla.

Decreto 0487 – 22 de junio

Por el cual se dictan medidas de orden público para garantizar el aislamiento preventivo obligatorio, preservar la vida y mitigar los efectos de la pandemia por el coronavirus COVID-19 en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla y se dictan otras disposiciones.

Decreto 0494 – 26 de junio

Por el cual se dictan medidas de orden público para garantizar el aislamiento preventivo obligatorio, preservar la vida y mitigar los efectos de la pandemia por el Coronavirus COVID-19 en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla y se dictan otras disposiciones.

Resolución 0160 – 27 de junio

Por el cual se adoptan medidas preventivas sanitarias para mitigar los efectos de la pandemia por el coronavirus COVID-19 en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla.

Decreto 05 18 – 15 de julio

Por el cual se dictan medidas de orden público para garantizar el aislamiento preventivo obligatorio, preservar la vida y mitigar los efectos de la pandemia por el coronavirus COVID-19 en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla y se dictan otras disposiciones.

Decreto 0523 – 24 de julio

Por el cual se modifica el Decreto Distrital 0518 de 2020 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 02 – 25 de julio

Mediante la cual se toman medidas para la reactivación económica por localidades en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla.

Resolución 03 – 28 de julio

Mediante la cual se toman medidas para la reactivación económica por localidades en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla.

Decreto 0532 – 31 de julio

Por el cual se deroga el Decreto Distrital 0483 de 2020 y se declara finalizada la alerta naranja en el Distrito especial, Industrial y Portuario de Barranquilla.

Resolución 04 – 2 de agosto

Mediante la cual se toman medidas para la reactivación económica por localidades en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla.

Decreto 0537 – 8 de agosto

Por el cual se dictan medidas de orden público para garantizar el aislamiento preventivo obligatorio, preservar la vida y mitigar los efectos de la pandemia por el coronavirus COVID-19 en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla y se dictan otras disposiciones.

Decreto 0542 – 18 de agosto

Por el cual se implementa medidas en el marco del plan de reactivación de la economía local 'Barranquilla Abre Segura'.

Resolución 05 – 20 de agosto

Mediante la cual se reglamenta y pone en marcha el plan piloto del sector gastronómico en el marco del plan de reactivación de la economía local 'Barranquilla Abre Segura'.

Resolución 06 – 25 de agosto

Mediante la cual se reglamenta y se autoriza la reapertura de las actividades profesionales y recreacionales de deportes náuticos 'Barranquilla Abre Segura'.

Decreto 0732 – 28 de agosto

Por el cual se imparten instrucciones con el fin de preservar la vida y mitigar los efectos del coronavirus COVID-19 en el marco del plan de reactivación de la economía local 'Barranquilla Abre Segura'.

El departamento del atlántico, expidió las siguientes decretos y resoluciones:

Decreto Nº 000140

"Por medio del cual se declara la Emergencia Sanitaria en el Departamento del Atlántico y se adoptan medidas policivas extraordinarias para mitigar el riesgo que representa la posible llegada del COVID-19 a la jurisdicción del Departamento."

Decreto Nº 000143

"Por medio del cual se decreta el toque de queda como medida preventiva de aislamiento social en veintidós municipios del Departamento del Atlántico con el fin de mitigar el riesgo de propagación y contagio del coronavirus COVID-19"

Decreto Nº 000152

"Por el cual se decreta el toque de queda como medida preventiva de aislamiento social en veintidós municipios del Departamento del Atlántico con el fin de mitigar el riesgo de propagación y contagio del coronavirus COVID-19 y el cual se deroga el Decreto No. 000143 del 17 de marzo de 2020".

Decreto Nº 000149

"Por medio del cual se adoptan medidas al interior de la administración departamental por razones de salubridad pública"

Decreto Nº 000154

"Por medio del cual se modifican las medidas adoptadas al interior de la administración departamental por razones de salubridad pública"

Decreto Nº 000157

"Por la cual se imparten ordenes e instrucciones necesarias para la debida ejecución de la medida de aislamiento obligatoria ordenada mediante Decreto 457 del 22 de marzo de 2020"

Decreto Nº 000160

"Por medio del cual se dictan y adoptan medidas para garantizar la atención y la prestación de los servicios al interior de la administración departamental, hasta tanto permanezca vigente la emergencia sanitaria declarada por el ministerio de salud y proteccion social"

Decreto Nº 000173

“Por la cual se imparten órdenes e instrucciones necesarias para la debida ejecución de la medida de aislamiento obligatoria ordenada mediante Decreto 531 del 08 de abril de 2020”

Decreto Nº 000191

“Por medio del cual se adoptan medidas extraordinarias para el cumplimiento de la orden de aislamiento preventivo obligatorio en veintidós municipios del Departamento del Atlánticocon el fin de tomar medidas para la prevención, manejo y control del coronavirus COVID-19”

DECRETO N.º 000194 DEL 2020(05 de mayo de 2020)

“Por medio del cual se adoptan medidas extraordinarias para el cumplimiento de la orden de aislamiento preventivo obligatorio en los municipios de Soledad, Malambo y Sabanagrande con el fin de tomar medidas para la prevención, manejo y control del coronavirus COVID-19”

DECRETO N.º 000197 DEL 2020

“Por medio del cual se conforma la Mesa de Seguimiento Intersectorial para contribuir en los resultados de las acciones de atención de la emergencia sanitaria devenida de la propagación del coronavirus COVID-19”

DECRETO Nº 000202 DEL 2020

“Por la cual se imparten órdenes e instrucciones necesarias para la debida ejecución de la medida de aislamiento obligatoria ordenada mediante Decreto 636 del 06 de mayo de 2020”

Circular Interna: Lineamientos y control a la contratación con ocasión a la pandemia covid-19

Resolución No. 000026 del 20 de mayo de 2020

“Por medio del cual se dictan medidas de bioseguridad para mitigar y controlar la pandemia del Coronavirus Covid-19, adoptadas en la Resolución 666 del 24 de abril del 2020 expedida por el Ministerio de salud y Protección Social, para ser implementadas al interior de la Administración Departamental.

Decreto Nº 000218 (01 de junio del 2020)

“Por la cual se imparten órdenes e instrucciones necesarias para la debida ejecución de la medida de aislamiento obligatoria ordenada mediante Decreto 749 del 28 de mayo de 2020”

Resolución No. 000109 (01 de junio del 2020)

"Por medio del cual se toman medidas para dar continuidad a las medidas de aislamiento ordenadas por el gobierno Nacional de cara a las actuaciones que son de competencia de la Subsecretaría de Rentas de la Secretaría de Hacienda del Departamento"

DECRETO Nº 220 DEL 2020 (02 de junio del 2020)

"Por medio del cual se prorroga la Emergencia Sanitaria en el departamento del Atlántico declarada mediante el decreto 000140 de 13 de marzo 2020"

DECRETO N.º 000231 DEL 2020 (10 de junio de 2020)

"Por medio del cual se adoptan medidas extraordinarias para el cumplimiento de la orden de aislamiento preventivo obligatorio en los municipios de Soledad, Malambo, Galapa y Sabanagrande con el fin de tomar medidas para la prevención, manejo y control del coronavirus COVID-19"

DECRETO N.º 000232 DEL 2020 (12 de junio de 2020).

"Por medio del cual se adoptan medidas extraordinarias para el cumplimiento de la orden de aislamiento preventivo obligatorio en todos los municipios y el distrito del departamento del Atlántico con el fin de tomar medidas para la prevención, manejo y control del coronavirus COVID-19"

DECRETO DEL 2020 (16 de junio de 2020)

"Por medio del cual se prorrogan los efectos de las medidas extraordinarias adoptadas en el Decreto 231 del 2020 para los municipios de Soledad, Malambo, Galapa y Sabanagrande con el fin de mitigar la propagación y contagio del coronavirus COVID-19"

DECRETO N.º 000231 DEL 2020 (10 de junio de 2020)

"Por medio del cual se adoptan medidas extraordinarias para el cumplimiento de la orden de aislamiento preventivo obligatorio en los municipios de Soledad, Malambo, Galapa y Sabanagrande con el fin de tomar medidas para la prevención, manejo y control del coronavirus COVID-19"

DECRETO N.º 000232 DEL 2020 (12 de junio de 2020)

"Por medio del cual se adoptan medidas extraordinarias para el cumplimiento de la orden de aislamiento preventivo obligatorio en todos los municipios y el distrito del departamento del Atlántico con el fin de tomar medidas para la prevención, manejo y control del coronavirus COVID-19"

DECRETO N.º 000239 DEL 2020 (18 de junio de 2020)

"Por medio del cual se adoptan medidas extraordinarias para el cumplimiento de la orden de aislamiento preventivo obligatorio en todos los municipios y el distrito del departamento del Atlántico con el fin de tomar medidas para la prevención, manejo y control del coronavirus COVID-19"

DECRETO Nº 000242 DE 2020 (19 de junio de 2020)

"Por medio del se adoptan medidas económicas derivadas de la declaratoria de emergencia sanitaria y calamidad pública producida por la pandemia del covid-19, dirigidas

DECRETO N.º 243 DEL 2020 (21 de junio de 2020)

"Por medio del cual se adoptan medidas extraordinarias para el cumplimiento de la orden de aislamiento preventivo obligatorio en todos los municipios y el distrito del departamento del Atlántico con el fin de tomar medidas para la prevención, manejo y control del coronavirus COVID-19"

DECRETO Nº 000250 DEL 2020 (30 de junio del 2020)

"Por medio del cual se imparten medidas necesarias en materia de orden público para garantizar el cumplimiento del aislamiento preventivo obligatorio y mitigar el riesgo de propagación y contagio del COVID-19 en el departamento del Atlántico"

Decreto N.º 000269 del 14 de julio de 2020

"Por medio del cual se imparten medidas necesarias en materia de orden público para garantizar el cumplimiento del aislamiento preventivo obligatorio y mitigar el riesgo de propagación y contagio del COVID-19 en el departamento del Atlántico"

DECRETO Nº 000281 DEL 2020 (26 de julio del 2020)

"Por medio del cual se imparten medidas necesarias en materia de orden público para garantizar el cumplimiento del aislamiento preventivo obligatorio y mitigar el riesgo de propagación y contagio del COVID-19 en el departamento del Atlántico.

Decreto N.º 000295 del 9 de agosto de 2020

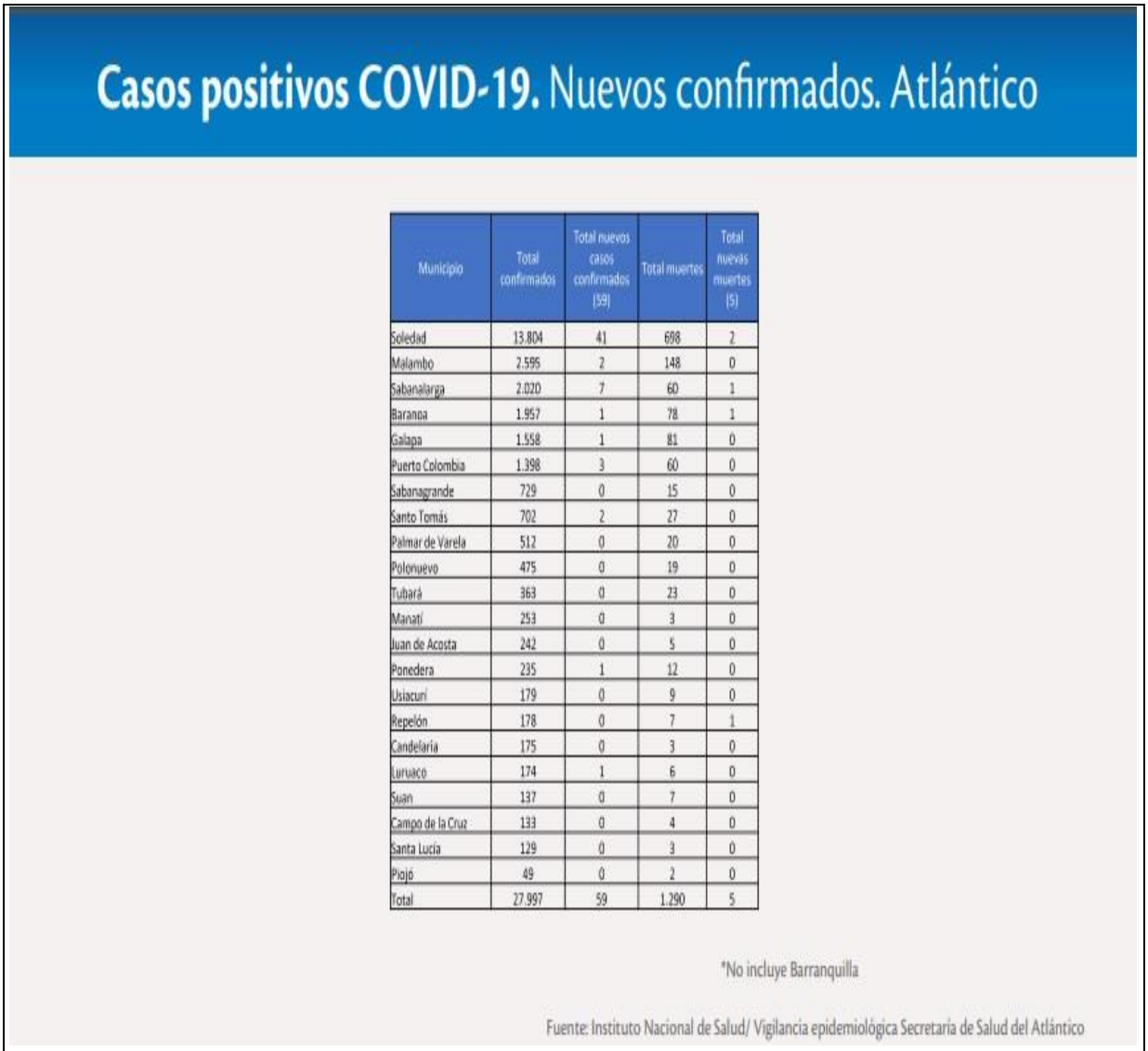
"Por medio del cual se imparten medidas necesarias en materia de orden público para garantizar el cumplimiento del aislamiento preventivo obligatorio y mitigar el riesgo de propagación y contagio del COVID-19 en el departamento del Atlántico.

DECRETO Nº 00310 DEL 2020 (30 de agosto del 2020)

"Por medio del cual se imparten medidas e instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria y se decreta el aislamiento selectivo, de acuerdo a lo ordenado por el Decreto 1168 del 2020"

- **ESTADO ACTUAL DE LA PANDEMIA POR COVID 19 EN LA REGIÓN.**

En el departamento del atlántico a corte de fecha 03 de septiembre del año 2020 , existen 27.997 casos confirmados, de los cuales Soledad (13.804), Malambo (2.595), Baranoa (1.957), Palmar de Varela (512) y Ponedera (235).

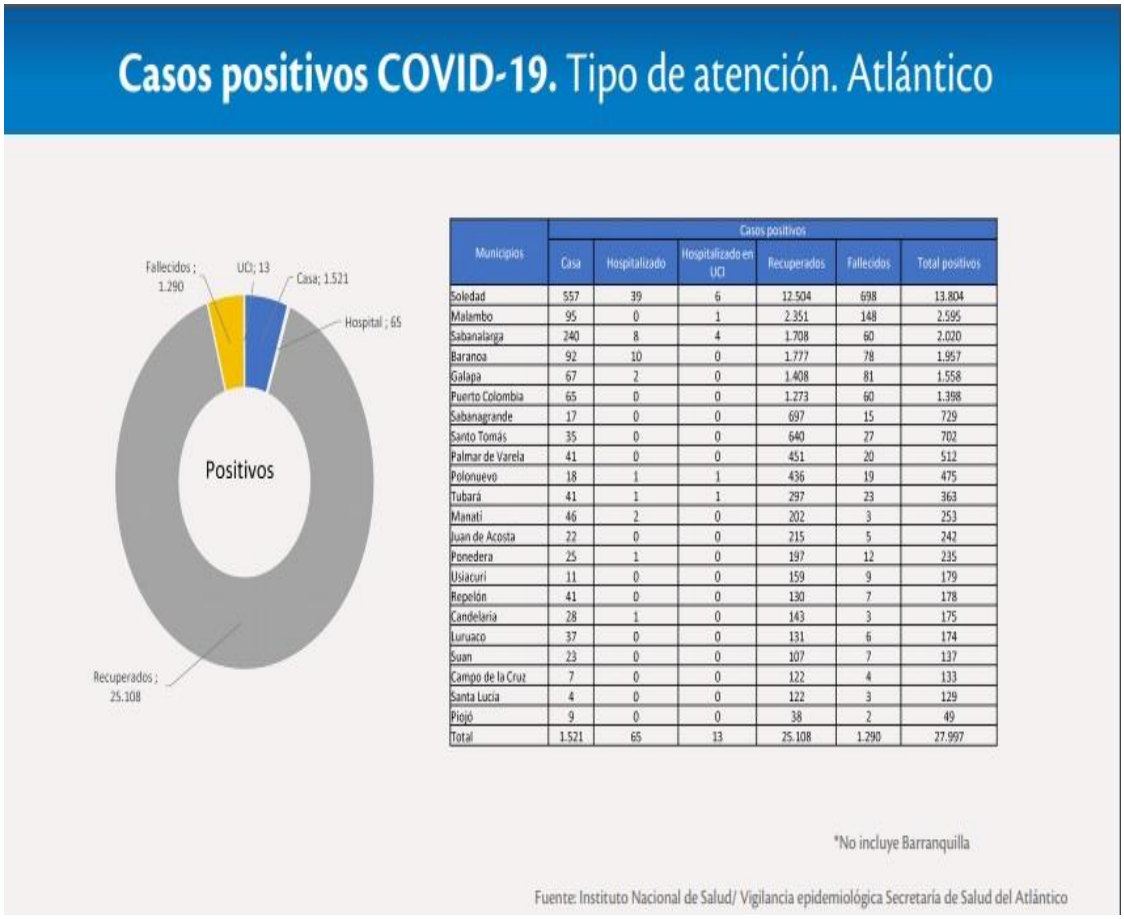


Municipio	Total confirmados	Total nuevos casos confirmados (59)	Total muertes	Total nuevas muertes (5)
Soledad	13.804	41	698	2
Malambo	2.595	2	148	0
Sabanalarga	2.020	7	60	1
Baranoa	1.957	1	78	1
Galapa	1.558	1	81	0
Puerto Colombia	1.398	3	60	0
Sabanagrande	729	0	15	0
Santo Tomás	702	2	27	0
Palmar de Varela	512	0	20	0
Polonuevo	475	0	19	0
Tubará	363	0	23	0
Manatí	253	0	3	0
Juan de Acosta	242	0	5	0
Ponedera	235	1	12	0
Usiacurí	179	0	9	0
Repelón	178	0	7	1
Candelaria	175	0	3	0
Luruaco	174	1	6	0
Suan	137	0	7	0
Campo de la Cruz	133	0	4	0
Santa Lucía	129	0	3	0
Piojó	49	0	2	0
Total	27.997	59	1.290	5

Fuente. INS , Colombia.

De los 27.997 casos confirmados como positivo para Covid-19, de acuerdo al ***tipo de atención***, se encuentran así para los municipios seleccionados para la implementación del Papsivi de las vigencias 2020 al 2021:

MUNICIPIO	CASA	HOSPITALIZADO	UCI	RECUPERADOS	FALLECIDOS	TOTAL CASOS +
SOLEDAD	557	39	6	12.504	698	13.804
MALAMBO	95	0	1	2.351	148	2.595
PALMAR / VARELA	41	0	0	451	20	512
PONEDERA	25	1	0	197	12	235
BARANOA	92	10	0	1777	78	1.957



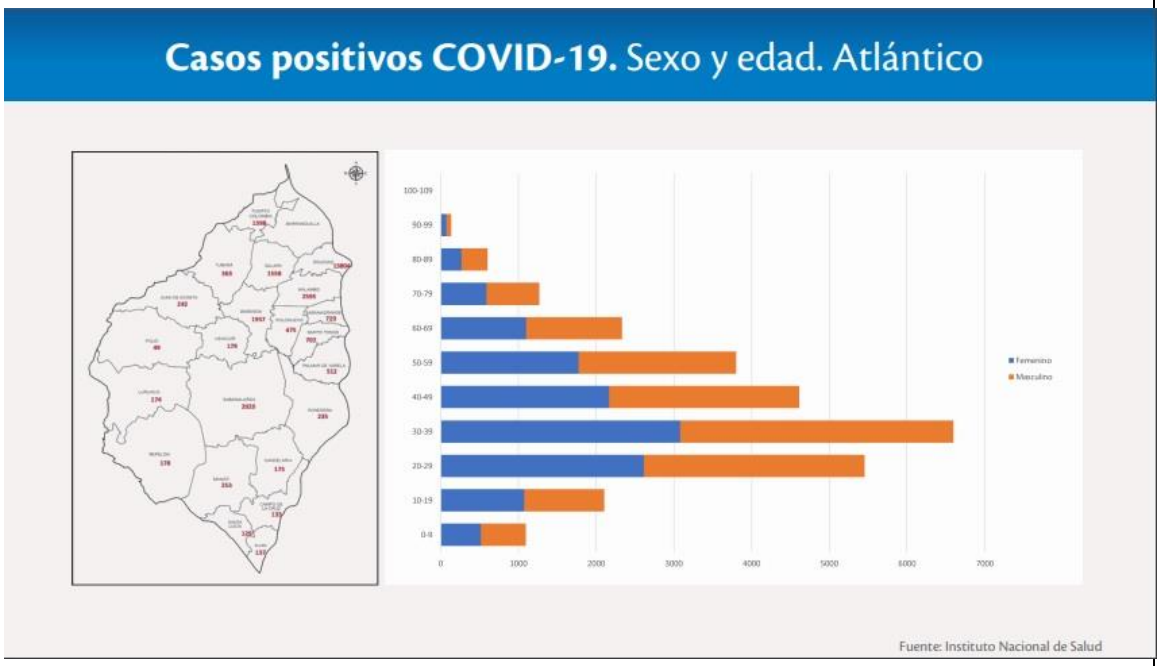
Municipios	Casos positivos					
	Casa	Hospitalizado	Hospitalizado en UCI	Recuperados	Fallecidos	Total positivos
Soledad	557	39	6	12.504	698	13.804
Malambo	95	0	1	2.351	148	2.595
Sabanalarga	240	8	4	1.708	60	2.020
Baranoa	92	10	0	1.777	78	1.957
Galapa	67	2	0	1.408	81	1.558
Puerto Colombia	65	0	0	1.273	60	1.398
Sabanagrande	17	0	0	697	15	729
Santo Tomás	35	0	0	640	27	702
Palmar de Varela	41	0	0	451	20	512
Polonuevo	18	1	1	436	19	475
Tubará	41	1	1	297	23	363
Manati	46	2	0	202	3	253
Juan de Acosta	22	0	0	215	5	242
Ponedera	25	1	0	197	12	235
Usiacuri	11	0	0	159	9	179
Repelón	41	0	0	130	7	178
Candelaria	28	1	0	143	3	175
Luruaco	37	0	0	131	6	174
Suan	23	0	0	107	7	137
Campo de la Cruz	7	0	0	122	4	133
Santa Lucia	4	0	0	122	3	129
Piojó	9	0	0	38	2	49
Total	1.521	65	13	25.108	1.290	27.997

Fuente. INS , Colombia



Fuente. INS , Colombia

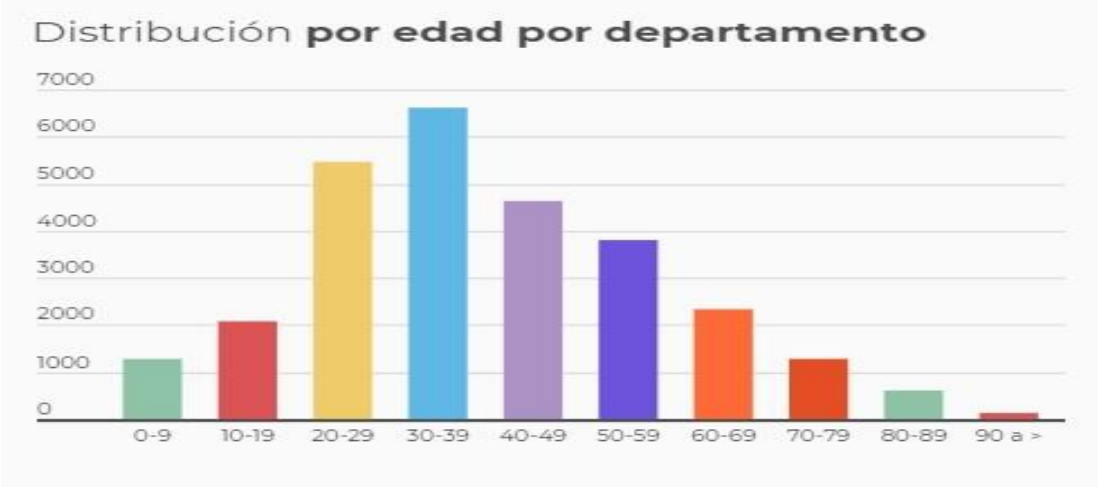
De los 27.997 casos confirmados como positivo para Covid-19, ***la distribución por género***, se puede observar que de los casos confirmados como positivos para Covid -19, el mayor porcentaje está en la población masculina (52.63%) frente al género femenino (45.37%), y de esta población el rango de edad que predomina es el de los 30-39 años, seguido de los 20-29años y luego de los 40-49, la población menos afectadas es la del rango de 90-99 años.



Fuente. INS , Colombia

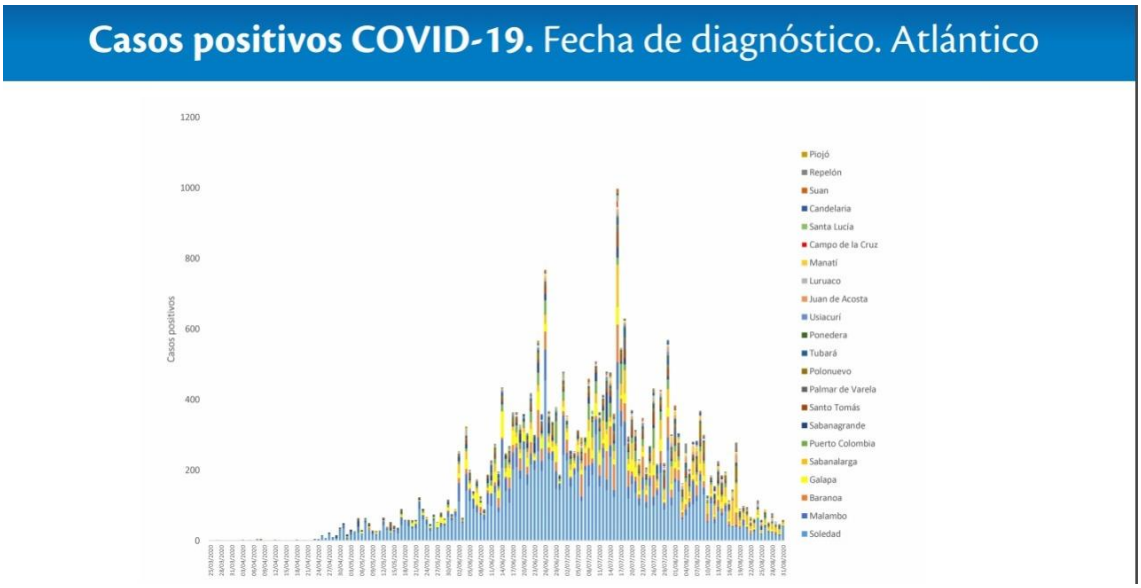


Fuente. INS , Colombia



Fuente. INS , Colombia

De los 27.997 casos confirmados como positivo para Covid-19, ***la fecha de diagnóstico***, se puede observar que de los casos confirmados como positivos para Covid -19, que el pico estuvo entre el día 16-04-2020 al 17-07-2020, fecha esta última que fue las impactante en el tamizaje realizado en el departamento.



Fuente. INS , Colombia

Los factores de riesgos para el covid-19 en Colombia se encuentran entre otras las siguientes:

Toda persona tiene riesgos de infectarse, sin embargo, las personas que mayores complicaciones de esta enfermedad son aquellos que tienen patologías sobre agregadas que presentan mayor probabilidad de complicaciones como son las personas como los Diabético, Hipertenso, patología tiroidea, EPOC,

Bronquiectasia, Cáncer, VIH, obesidad, fibrosis pulmonar, lo cual pueden tener alteraciones en su mecanismo de defensa inmunológica ya que se les puede presentar una sepsis viral.[29]

Igualmente, se han identificado y clasificado los lugares en donde se debe tener en cuenta los lugares de mayor probabilidad de contagio :

RIESGO MUY ALTO:

- Hospitales
- Transporte público
- Reuniones Familiares o con amigos
- Bares - Discotecas
- Eventos Religiosos
- Eventos masivos
- Plazas de Mercado
- Gimnasios

ALTO

- Bancos
- Ascensores
- Cines
- Supermercados
- Universidades
- Colegios - Escuelas

ALTO –MEDIO

- Oficinas con cubículos menos de dos metros
- Empresas de producción
- Peluquerías - Salones de Belleza
- Centros Comerciales
- Restaurantes
- Consultorios médicos

MEDIO

- Farmacias
- Vehículos

BAJO

[29] *Dr. Gonzalo Prada, Médico Internista neumólogo.*

- Vías publicas
- Montar bicicleta
- Casa

- OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD, SERVICIOS SOCIALES Y SOCIOSANITARIOS

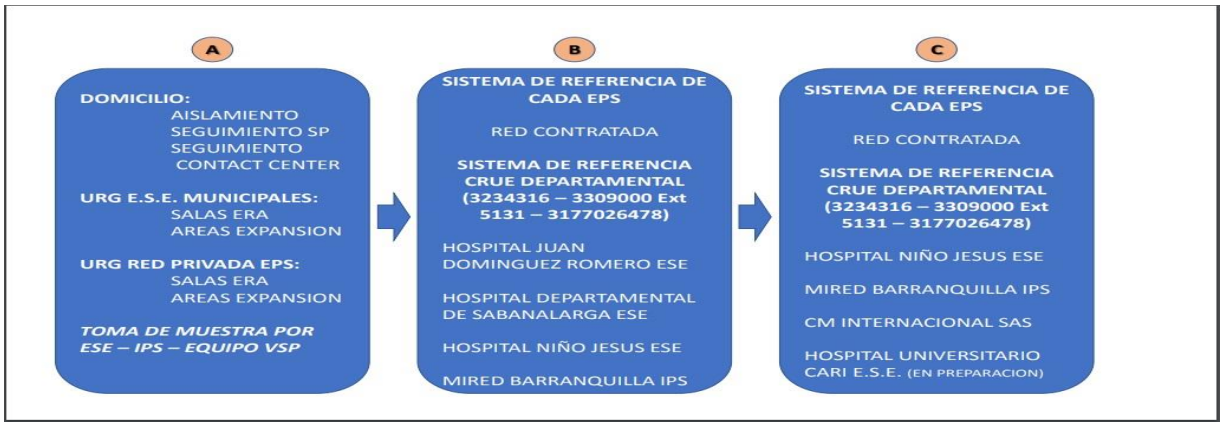
El departamento del atlántico presenta una red pública y privada amplia tanto en los 22 municipios del departamento como el del distrito de Barranquilla.

Barranquilla, se encuentra conformada por la red pública hospitalaria, la cual esta operada por un operador clínico hospitalario denominado MI RED IPS BARRANQUILLA, distribuidos en cinco (5) localidades: Riomar, Centro Histórico, Suroccidente, Sur Oriente y Metropolitana, las cuales tienen entre todas sus localidades existen 43 Prestadores de Servicios de la Salud entre Hospitales, Caminos y Pasos, en donde se prestan servicios de salud de primer a cuarto nivel de complejidad, mientras las IPS privada existen 916.

El departamento del atlántico, existen 83 Prestadores de Servicios de la Salud de la red pública hospitalaria en el Departamento del atlántico sin incluir el distrito de Barranquilla, y en el sector privado esta conformado por 323 Prestadores de Servicios de la Salud en los 22 municipios del Departamento del atlántico.

- RUTA DE ATENCION DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA

Se describe a continuación la ruta de atención para los habitantes del departamento del atlántico



Bibliografía

Congreso de la República. Ley 1448 de 2011. Artículo 137,

COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA. Derecho Internacional Humanitario y Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Analogías y Diferencias. 2003.

BOTERO, Catalina y Guzmán Diana. El Sistema de los Derechos. 1ra. Ed. De Justicia.

convenios de ginebra Artículo 3, Disposiciones del Protocolo adicional II

congreso de la república. Ley 599 de 2000. Código Penal Colombiano.

Observatorio del Programa Presidencial de DH y DIH. Dinámica Reciente de la violencia en Barranquilla, Bogotá, 2006. Tomado de Diagnóstico de la situación de derechos humanos y DIH del Departamento del Atlántico, periodo comprendido entre el año 2000 y el primer semestre de 2011. Página 12.

Diario El Heraldo: Gobierno – Soledad a la cabeza del alcalde Joao Herrera Iranzo: Pide perdón a víctimas de "Don Antonio" 30 de mayo 2019.

Unidad de Victimas.www.unidadvictimas.gov.co

Documento económico y social departamento del atlántico, 2018, Publicado por la cámara de comercio en 30-01-2019

El Heraldo de Barranquilla, abril 01 del 2020
El Heraldo de Barranquilla, diciembre 19 de 2019
Ministerio de Salud, septiembre del año 2020

Secretaria de salud departamental, oficina de aseguramiento, julio 2020

Gobernación del atlántico, presupuesto de inversiones del año 2019

El Heraldo de Barranquilla, febrero 20 de 2020

REPS del Ministerio de salud, septiembre de 2020

Portal web. Alcaldía de Barranquilla.

Sistema Único de Información Normativa

Página web. INS, Colombia, septiembre 3 del 2020

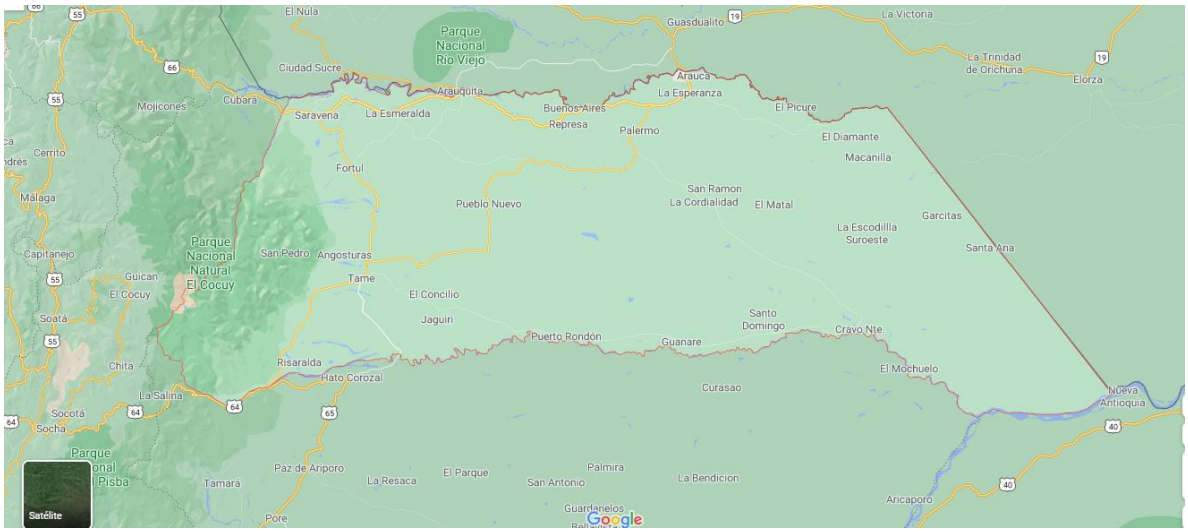
Dr. Gonzalo Prada, Médico Internista neumólogo.

Web. Colombia.gov.co

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE ARAUCA

MAPA DEL DEPARTAMENTO



Contenido

1. Introducción

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el departamento.

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento de Arauca.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima.

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales evidenciadas en el departamento para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. (Niños, niñas y adolescentes, jóvenes, adultos mayores, mujeres, hombres e identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, población étnica (gitanos y afrodescendientes), personas con discapacidad).

7. Estado de emergencia sanitaria por COVID-19. .

1. Introducción

En este documento se presenta el análisis del contexto del departamento de Arauca, partiendo de las orientaciones por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Este departamento está localizado en las coordenadas geográficas N 07° 05′ 00″ - W 70° 45′ 00″, sobre el margen sur del río que lleva el mismo nombre. Limita con la República Bolivariana de Venezuela al norte, con la cual está conectada mediante el Puente Internacional José Antonio Páez y se comunica por vía terrestre hacia el centro de Colombia mediante la Ruta de los Libertadores que une a las ciudades de Caracas y Bogotá. Arauca está conformada por 7 municipios, Arauca (capital del departamento), Arauquita, Tame, Fortul, Saravena, Puerto Rondón y Cravo Norte.

La historia del conflicto armado en el departamento de Arauca inicia con los grupos guerrilleros FARC y ELN, que llegaron a la región a principios de la década de los ochenta; el grupo armado ilegal, ELN ha sido el más influyente y con mayor presencia activa al haber logrado mantener el control sobre la frontera con Venezuela, en el caso de las FARC, los frentes que hicieron presencia en el departamento fueron los frentes 10, 28, 38, 45 y 56, al igual que las columnas móviles Alfonso Castellanos y Reinel Méndez, pertenecientes al Bloque Oriental.

Las agrupaciones guerrilleras cuentan con integrantes en todos los municipios

del departamento, a partir de 2000, incursionó el Bloque Vencedores de Arauca perteneciente a las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) proveniente del Casanare. Finalmente, bandas criminales formadas post desmovilización paramilitar, en particular las Águilas Negras y el ERPAC, intentaron entrar a Arauca para disputar el control sobre las actividades ilegales desarrolladas en el departamento.

Lo anterior demuestra que, desde hace varias décadas, Arauca ha sido una zona estratégica para el asentamiento de los actores armados ilegales, actualmente en el departamento hacen presencia los grupos armados el ELN, las denominadas disidencias de las FARC y nuevos actores que han llegado al territorio, dejando en su accionar delictivo un sin número de personas victimas a raíz de extorsiones a personas y a empresas, desplazamiento forzado, asesinatos y amenazas, entre otras actividades ilícitas[1].

La comunidad araucana está inmersa en hechos de violencia perpetrados por los grupos armados ilegales (FARC - ELN), los cuales han coaccionado el libre desarrollo de la población. En función de las afectaciones que ha vivido la población víctima del conflicto armado como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI, busca favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias y comunidades.

A partir del 27 de enero del 2013 hasta el 20 de diciembre del 2019 el PAPSIVI ha brindado atención psicosocial en las diferentes modalidades de atención como lo son, Modalidad Grupal 281 atenciones, Modalidad familiar con 46.151 atenciones, modalidad comunitaria con 20.142 atenciones y la modalidad individual con 13.118 atenciones para un total de 79.692 víctimas atendidas en el departamento estos últimos años, logrando unos cambios significativos tales como mitigar las afectaciones físicas, mentales y psicosociales de la población víctima del conflicto armado.

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento.

La historia violenta del país se ha reflejado en el departamento de Arauca en unas condiciones únicas en relación con su conformación geográfica, origen poblacional y actividades económicas y productivas.

Desde hace más de tres décadas, los grupos armados ilegales de mayor presencia en Arauca han sido las Fuerzas Armadas Revolucionarias de

[1] *http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/53e2ac3725816.pdf*

Colombia (FARC) y el Ejército de Liberación Nacional (ELN), que además de contar con un fuerte poder militar que financian por la extorsión a la industria petrolera y por las posibilidades que ofrece el departamento al ser zona de frontera con el paso a Apure en Venezuela, es utilizado como zona de retaguardia y permite ejercer control sobre actividades de contrabando.

El departamento de Arauca ha tenido presencia guerrillera por medio del frente 10 (FARC) y el frente Domingo Laín Sáenz (ELN), respectivamente. De igual manera, a partir de 2000, incursionó el Bloque Vencedores de Arauca perteneciente a las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) proveniente del Casanare. Finalmente, bandas criminales formadas post desmovilización paramilitar, en particular las Águilas Negras y el ERPAC, intentaron entrar a Arauca para disputar el control sobre las actividades ilegales desarrolladas en el departamento.

La mayor actividad militar que estos grupos desplegaron se dio en los primeros años de la década 2000. A pesar de los enfrentamientos que hubo entre grupos guerrilleros, debieron recurrir a la unión de fuerzas desde el 2010, como una medida necesaria para contrarrestar el debilitamiento de los grupos derivado del enfrentamiento que sostuvieron entre 2006 y 2010, y de la ofensiva de la fuerza pública durante ese periodo.

A finales de 2011 se activó la Fuerza de Tarea Quirón del Plan de Guerra Espada de Honor, cuyo propósito fue ocupar las bases de las FARC y del ELN (en particular del frente Domingo Laín Sáenz), en zona rural de los municipios de Tame y Arauquita, y que ha recibido una fuerte respuesta de estos grupos.

En 2013 y principios de 2014, los frentes del ELN que hicieron mayor presencia en el departamento fueron el Domingo Laín Sáenz –por medio de sus múltiples comisiones, entre las que se registran la Omaira Montoya, Martha Helena Barón, Compañero Tomás, Che Guevara, Rafael Villamizar y Camilo Cienfuegos– y el frente Efraín Pabón Pabón. Estas estructuras hacen parte del Frente de Guerra Oriental (o ABC, siglas de Arauca, Boyacá y Casanare), al mando de alias ‘Pablito’, que es en la actualidad la estructura militar más activa del ELN y concentra su accionar en el piedemonte araucano, Boyacá y Casanare. A comienzos de 2014, la presencia del ELN se concentraba en las zonas donde el grupo se consolidó después del acuerdo de cese de hostilidades con las FARC, como Saravena, el sur de Tame, las zonas aledañas al río Arauca a lo largo del departamento y algunas en la frontera del estado de Apure, en el lado venezolano. Aun así, es importante reconocer la influencia de la agrupación sobre todo el departamento.

Hoy, el accionar del ELN se centra en ataques a la infraestructura petrolera, extorsiones y secuestros extorsivos a contratistas de las petroleras que operan en Arauca, reclutamiento forzado de menores y participación en las actividades de contrabando que se desarrollan en la frontera con Venezuela. De igual manera, la organización busca ejercer control social en determinadas

zonas del departamento y una de las estrategias adoptadas ha sido la difusión de un Manual de Convivencia elaborado en conjunto con las FARC, en el que se establece cómo debe comportarse la población civil, particularmente en las zonas rurales bajo su influencia.

En el caso de las FARC, a comienzos de 2014, los frentes que hacen presencia en el departamento son el 10, 28, 38, 45 y 56, al igual que las columnas móviles Alfonso Castellanos y Reinel Méndez, pertenecientes al Bloque Oriental. La agrupación guerrillera cuenta con integrantes en todos los municipios, pero particularmente en el centro y sur de Arauquita y en la zona rural de Tame. El accionar de las FARC consiste principalmente en emboscadas y hostigamientos a la fuerza pública, en la siembra de minas antipersonal para frenar el avance de las autoridades a sus zonas de asentamiento, en el reclutamiento de menores, amenazas y homicidios selectivos a presuntos informantes, y el en control social de la población, en particular en las zonas rurales donde limitan la movilidad de la población.

El impacto humanitario que se observa bajo este panorama es una disminución en la tasa de homicidios desde 2011, llegando a registrar en 2011 y 2013 tasas de homicidio bajas, una disminución en el número de desplazamientos del 65,2% entre 2012 y 2013, y una ligera disminución de accidentes con minas antipersonal. Pero, en contraposición, se ha presentado un incremento en el número de secuestros, que pasaron de 21 en 2011 a 35 en 2013, y en la cantidad de denuncias por extorsión entre 2011 y 2012.

Además, se sigue presentando una situación crítica como el reclutamiento de menores que en zonas de alta presencia guerrillera se ha vuelto habitual y es costumbre que las familias entreguen al menos a un menor a los grupos. Se suma que las comunidades indígenas que habitan en ciertas zonas del centro del departamento se encuentran confinadas por las FARC.

A lo anterior se suma el interés de las guerrillas por ejercer control sobre la población en Arauca, algo que se refleja, por ejemplo, en la imposición de un Manual de Convivencia elaborado por el Bloque Comandante Jorge Briceño de las FARC y el Frente Oriental del ELN, con el que buscan regular el comportamiento y la movilidad y que puede conducir a acciones de limpieza social contra quienes no cumplan con las normas establecidas.

Sin embargo el afianzamiento consiste en un despliegue y repliegue de tropas en las zonas de sabana y sobre el río Arauca, lo que les facilita resguardarse de las acciones militares de la Fuerza Pública, adelantar acciones contra esta y controlar rentas ilícitas de frontera como el contrabando de combustibles, semovientes, mercancías y tráfico de armas. Este control fronterizo se expresa además en un control social violento, especialmente sobre la población migrante venezolana en Arauca.

Adicionalmente la presencia de la Estructura Décima Martín Villa, de las

disidencias de las FARC, incrementa este escenario de violencia, pues aunque este coexiste recientemente en el territorio con el ELN, ha venido adelantando acciones de violencia contra la población civil, principalmente en la zona fronteriza de Arauca en veredas como Puerto Colombia, Selvas del Lipa, Matal de Flor Amarillo, Los Caballos, Mate Piña, Maporita y Feliciano, pertenecientes al corregimiento El Caracol, donde se concentra esta estructura y desde donde estarían realizando cobro de extorsiones (vacunas) a comerciantes (formales e informales), ganaderos, contratistas del sector público y transportadores y control de carreteras, de acuerdo con lo acordado en una estrategia de cooperación y colaboración con el ELN y que les permitiría la distribución de zonas (tanto en las áreas urbanas como en zonas rurales).

Sin embargo, tras esta aparente ausencia de enfrentamientos entre grupos armados ilegales en el departamento de Arauca, la Defensoría del Pueblo y otras fuentes primarias del territorio advierten del riesgo de un escenario de confrontación entre dichas estructuras armadas ilegales. Esto considerando, por ejemplo, los frágiles acuerdos y relaciones entre las dos agrupaciones.

En síntesis, en la actualidad, el conflicto armado en Arauca se caracteriza por la disputa entre la fuerza pública y las guerrillas del ELN y las FARC, y por la afectación de las guerrillas a la industria petrolera, la actividad económica más importante del departamento.

Según la Defensoría del Pueblo, buena parte del problema radica en que el ELN y las disidencias de las FARC, en el marco de sus estrategias de control territorial y social, generan graves afectaciones a los civiles en procura de lograr el "fortalecimiento de su economía de guerra y, por tanto, de una mayor capacidad y despliegue de su aparato militar"[2].

Tras las negociaciones de paz entre el Gobierno Nacional y las FARC-EP y tras la firma del acuerdo de paz entre estas dos partes, el Sistema de Alertas Tempranas de la Defensoría del Pueblo ha identificado a diferentes facciones disidentes de esta guerrilla en cincuenta (50) documentos de advertencia como posibles responsables del reclutamiento y utilización de NNA y fuentes de amenaza en 42 municipios, dentro de ellos los municipios del departamento de Arauca. Al respecto, y dentro de las dinámicas propias e históricas del conflicto armado colombiano, más las constantes tensiones sociales y riesgos de la implementación de los acuerdos, estas facciones se encuentran actualmente en un proceso de expansión, fortalecimiento y recuperación de los territorios anteriormente controlados y que, durante el proceso de paz con el Gobierno Nacional, fueron ocupados por otros grupos armados tales como el ELN y diversos grupos armados posdesmovilización.

Debido a la situación derivada por la pandemia de COVID-19, el Gobierno

[2] *https://www.eltiempo.com/politica/proceso-de-paz/grupos-armados-en-arauca-tienen-en-riesgo-a-69-000-personas-en-arauca-393974*

nacional declara la emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio mediante del Decreto 417 de 2020 y se adopta el aislamiento preventivo obligatorio entre las medidas principales. La contingencia no evita que los grupos armados ilegales continúen con sus acciones y por el contrario se evidencias casos de reclutamiento forzado, incluso de NNA.

Las Defensorías del Pueblo Regionales tienen conocimiento de 36 casos desde el 17 de marzo al 15 de junio, de los cuales 10 son reportados por Defensores Comunitarios de la entidad, 8 directamente en las oficinas de la Defensoría del Pueblo, 7 por ONG y 10 por otras entidades. Siendo Arauca el segundo departamento con más hechos de acto ilícito.

El reclutamiento de niños, niñas y adolescentes (NNA) por grupos armados al margen de la ley sigue presentándose a pesar de dos circunstancias que harían previsible una disminución del mismo; la primera relacionada con la formulación desde hace una década de políticas públicas orientadas a su prevención; y la segunda con la firma del acuerdo de paz entre el gobierno y las FARC-EP en 2016, uno de los grupos que presenta un alto número de combatientes entre sus filas y uno de los mayores reclutadores de NNA.[3]

Por otra parte, es importante mencionar que en el departamento de Arauca a la fecha se encuentran cuarenta iniciativas incluidas en el pilar de Reconciliación, Convivencia y Construcción de Paz, representadas en seis macroestrategias que se desarrollan actualmente con ejecución hasta el 2021.

Las iniciativas que se vienen implementando desde el mes de marzo del presente año con ejecución hasta el 2021, “Se pretende implementar un total de 40 iniciativas del pilar número ocho. Siete serán implementadas por la alcaldía y 33 de ellas serán implementadas por las entidades del Gobierno nacional, porcentualmente, esto significa que el Gobierno implementará el 82 % de estas iniciativas y el 18 % el territorio”.

Algunas Iniciativas:

1. Fortalecimiento a la formulación e implementación de políticas públicas que fortalecen la paz y promueven la participación ciudadana corresponsable.
2. Implementación de políticas transicionales.
3. Infraestructura comunitaria para la paz.
4. Justicia para la ruralidad.
5. Macro estrategia de seguridad rural.
6. Pedagogía social y comunicación para reconciliación y la reconstrucción

[3] *https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Dinamica-reclutamiento-forzado-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-%20adolescentes-Colombia.pdf?g_show_in_browser=1*

del tejido social.

El municipio de Fortul tendrá una intervención de 33 % del total de las iniciativas a implementar durante la vigencia establecida, Arauquita el 30 %, Saravena 20 %, Tame un 3 % y dentro de las iniciativas subregionales un total del 15 %.

logros más destacados en los últimos meses:

- El municipio Fortul radicó un proyecto para la construcción de la casa de la mujer que contribuyen a los procesos de reconciliación y género.
- El municipio de Arauquita, a través de la Unidad para las Víctimas, radicó un proyecto para la construcción de la casa comunal de la vereda Los Chorros, esta iniciativa iniciará su ejecución el mes de agosto.
- La Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) apoya capacitaciones en resolución de conflictos.
- Cooperantes internacionales apoyarán capacitaciones a juntas de acción comunal en temas de reconciliación.
- En agosto comenzará la implementación del programa “Participaz con legalidad”.

con Proyectos agropecuarios y educativos por más de $200 millones, implementados por la Unidad para las Víctimas en el último trimestre del año, así como el Plan Integral de Reparación Colectiva que se adelanta con comunidades víctimas de la violencia en Arauca, fueron socializados durante el seguimiento institucional a los Planes de Enfoque de Desarrollo Territorial que se realizó en este departamento del oriente del país.

El papel de la Unidad para las Víctimas en los municipios PDET es fundamental porque justamente una de las características de estos municipios es que concentran una gran cantidad de víctimas del conflicto armado y en la medida en que se puedan superar todos esos procesos tanto de reparación individual como colectiva, de la misma manera, podemos avanzar en uno de los pilares más importantes dentro de los PDET que es el tema de reconciliación, convivencia y paz.

La dotación de mobiliario para instituciones educativas en Saravena y Fortul por más de $139 millones, así como el fortalecimiento de proyectos agropecuarios en Arauquita por más de $47 millones con líneas productivas de maíz, yuca, cacao y plátano, focalizados en las asociaciones ASDECSMPO y ASPROAR son algunas de las acciones implementadas con estos municipios PDET.

En el departamento de Arauca, la Unidad ha tenido un rol muy importante especialmente, en los temas de reparación colectiva, porque

tal como lo mencionaron en la sección de trabajo institucional, este es uno de los temas en los que la Unidad ha venido avanzando de manera decisiva y de la misma manera en los procesos de reparación individual.

En el proceso de retornos y reubicaciones el municipio de Arauquita cuenta con la formulación, aprobación y en implementación para el 2020 con las veredas: Chorros, La Paz, El Triunfo y Aguachica.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en departamento.

De las 265.000 personas que habitan en el departamento de Arauca, 103.061 se encuentran registradas como víctimas del conflicto armado, según registro de la unidad para las víctimas a fecha año 2020.

Las cifras correspondientes a población víctima en el departamento de Arauca se detalla en la siguiente tabla del RUV.

Hechos Victimizantes Desagregado					
Hecho Victimizante	**Víctimas Ocurrencia**	**Víctimas Declaración**	**Víctimas Ubicación**	**Sujetos de Atención**	**Número de Eventos**
Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos /	2.031	1.469	1.301	1.218	2.230
Amenaza	8.619	6.129	5.623	5.548	9.282
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarroll	372	206	194	192	396
Desaparición forzada	5.185	3.690	2.796	2.450	5.436
Desplazamiento forzado	129.983	90.037	82.892	76.579	141.247
Homicidio	21.224	14.992	10.451	9.105	22.292
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Expl	693	130	192	180	710
Secuestro	757	275	351	264	787
Tortura	115	133	111	99	116
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades R	311	116	126	113	340
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	0	0	33	32	0
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	1.895	957	1.200	1.157	1.973
Lesiones Personales Fisicas	461	267	233	227	467
Lesiones Personales Psicologicas	265	203	186	178	266
Confinamiento	0	0	5	5	0
Sin informacion	984	1	748	718	1.108

La historia violenta del país se ha reflejado en el departamento de Arauca en unas condiciones únicas en relación con su conformación geográfica, origen poblacional y actividades económicas y productivas. Esta se vio acentuada en la década de los ochenta, tras el descubrimiento del yacimiento petrolero de “Caño Limón”, las fuerzas insurgentes con presencia en el departamento de Arauca, como el 10° frente de las FARC que operaba en la región desde la década de 1970 y el recién creado frente “Domingo Laín Sáenz” del ELN, comienzan una nueva etapa de confrontaciones económicas y políticas reflejadas en ataques a las torres de energía y a la infraestructura del oleoducto “Caño Limón – Coveñas”.

La base de la economía araucana es la explotación petrolera pero su vocación productiva es agropecuaria. Las principales cuencas hidrográficas del departamento

son el río Arauca, con una longitud de 238 Km., el río Casanare, con una longitud de 240 Km., el río Capanaparo, con una longitud de 75 Km. y el río Cinaruco, con una longitud de 68 Km., los cuales se nutren de numerosos caños, cañadas y ríos de menor envergadura.

La explotación petrolera, la ganadería, la agricultura, los servicios y el comercio, son en su orden, las cinco actividades económicas más importantes del departamento. La importancia del petróleo se refleja en su aporte al PIB departamental, el cual depende en gran medida de dicha actividad. La actividad ganadera se centra en la cría, levante y engorde de vacunos; su comercialización se dirige principalmente hacia Puerto López, Bucaramanga y Cúcuta y la producción agrícola se destina principalmente a satisfacer la demanda local.

Sin embargo, la condición de frontera de Arauca ha tenido una fuerte influencia en la economía del departamento, estructurando una buena parte de este alrededor de importantes flujos de capital de origen informal e ilegal, producto del tráfico de mercancías y gasolina, que se ha fortalecido con los grandes capitales derivados de la siembra, procesamiento y tráfico de la coca. Estas condiciones, como se comprobará a lo largo del presente informe, han contribuido a generar un ambiente propicio para el fortalecimiento de los grupos irregulares con influencia en la zona.

A pesar de lo anterior y luego de años de negociaciones entre el Gobierno de Juan Manuel Santos y representantes de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) en noviembre de 2016, se firmó el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera. Teniendo en cuenta lo anterior, se dispuso la creación de 23 Zonas Veredales Transitorias de Normalización (ZVTN), dos de las cuales se encuentran en el Departamento de Arauca, una en el Municipio de Tame y otra en el Municipio de Arauquita. A raíz de lo anterior, la líder de víctimas Martha Plazas, afirma que se han generado inquietudes en algunas personas víctimas, especialmente en el ámbito de la salud ya que como es bien sabido, se vulneran frecuentemente los derechos de los usuarios con la población ya existente y registrada en el SGSSS, por ello temen que la situación empeore y se siga vulnerando los derechos de la población víctima.

Sectores Sociales afectados

Alcaldes

Desde el año 1999 en el departamento de Arauca han sido asesinados 4 alcaldes y 1 exalcalde. El primero el 17 de diciembre de 1999 en el municipio de Fortul. En el año 2002 fueron asesinados 2 alcaldes: uno el 25 de octubre en Saravena y otro el 26 de noviembre en Puerto Rondón, persona que había sido secuestrada por miembros del frente 10 de las FARC y que fue posteriormente asesinado en cautiverio junto con su Secretario de Gobierno. El tercero fue asesinado el 25 de febrero en Saravena y un alcalde fue muerto en Arauca el 21 de enero 2004.

De igual manera, los alcaldes en el departamento han sido víctimas de otras

violaciones como es el caso de los tres alcaldes secuestrados en el año 2002. El 3 de abril de 2002 en diferentes hechos fueron secuestrados en Saravena el alcalde de Saravena y el de Cravo Norte por miembros del frente Domingo Laín del ELN, quienes posteriormente fueron liberados y el 23 de noviembre del mismo año fue secuestrado el alcalde de Puerto Rondón, quien, como se mencionó antes, fue asesinado por las FARC el 26 de noviembre.

Además de los homicidios y secuestros perpetrados en contra de las autoridades locales, concejales y funcionarios públicos, el ELN y las FARC han utilizado la intimidación y amenaza con el fin de influenciar en las decisiones y el escenario político del departamento.

Concejales

Según datos de la Policía Nacional y la Federación Nacional de Concejales, durante los años 2002 y 2003 fueron asesinados 3 concejales en cada uno de estos años. El 18 de enero de 2002 miembros del ELN asesinaron a un concejal en Arauca; el 16 de abril del mismo año fue asesinado por el ELN un concejal en Tame y el 28 de octubre fue muerto a manos de desconocidos un concejal en Arauquita. El 18 de febrero de 2003 fue asesinado a manos de las FARC un concejal de Arauquita; el 23 de mayo de ese año fue muerto por miembros de las FARC un concejal en Saravena y en el mismo municipio el 7 de diciembre de 2003 fue asesinado por desconocidos otro concejal. En 2004 no se ha reportado homicidio de ningún concejal.

Durante el año 2002 fueron secuestrados 11 concejales: el 2 de abril fue secuestrado por el frente Domingo Laín del ELN el presidente del concejo de Tame quien fue liberado posteriormente; el 3 de abril fueron secuestrados dos concejales junto con el alcalde de Saravena en zona rural de ese municipio por el mismo frente, que más tarde los liberó; el 9 de abril un concejal de Tame fue secuestrado y liberado por el mismo frente del ELN; el 10 de mayo en un secuestro masivo cometido por el frente 10 de las FARC, fueron plagiados 5 concejales del municipio de Saravena, quienes fueron liberados por este grupo dos semanas después; el 20 de junio fue secuestrado en zona rural de Saravena un concejal por miembros de las FARC, quien aún permanece en cautiverio; el 23 de octubre fue plagiado en Tame un concejal quien posteriormente fue liberado. El 16 de febrero de 2003 fue secuestrado y posteriormente asesinado por miembros de las FARC el presidente del concejo de Arauquita.

Maestros

De acuerdo con los datos de la Policía Nacional y FECODE durante el año 2003 fueron asesinados cuatro maestros, todos sindicalizados. El 13 de enero fue asesinado en el municipio de Arauca un docente perteneciente al sindicato ASEDAR; de igual manera, el 7 de marzo en Arauca fue asesinado otro educador que hacía parte del mismo sindicato; en Tame el 7 de mayo fue asesinado un docente del sindicato OPS y el 4 de julio en Saravena fue asesinado otro docente del sindicato de

ASEDAR.

Por otro lado, en 2004 han sido asesinados cuatro maestros en el departamento: el 19 de marzo fue asesinado en Tame una docente; también en Tame el 12 de abril fue muerto por las FARC un educador; el 7 de mayo en el mismo municipio fue asesinado por miembros de las FARC un docente y el 5 de agosto en Saravena fue asesinado otro maestro. Los cuatro pertenecían al sindicato ASEDAR. De lo anterior se deduce que ASEDAR ha sido el sindicato más golpeado por el homicidio de sus miembros en el departamento, debido a que presenta 7 de los 8 homicidios contra maestros entre 2003 y 2004, un 88% del total.

El municipio más afectado ha sido Tame, concentrando 4 de los 8 homicidios de maestros. En este caso, es importante señalar que los maestros de este municipio han sido objeto de amenazas, lo que ha generado una delicada situación para los niños de las diferentes veredas del municipio ya que muchos educadores se han negado a suplir las vacantes donde se han presentado homicidios de maestros.

Por otro lado, el 23 de marzo de 2002 fue secuestrado en Tame por miembros del Frente 10 de las FARC un docente que posteriormente fue liberado por este grupo al margen de la ley, sin embargo, es importante mencionar que en los últimos tres años no se ha presentado hechos violentos contra el gremio docentes en el municipio de Arauca.

Sindicalistas

De acuerdo con los datos suministrados por el Ministerio de la Protección Social, entre 2001 y septiembre de 2004 han sido asesinados 21 sindicalistas, siendo 2003 el año en el que más homicidios de sindicalistas se registraron (8). El 8 de febrero de 2001 fue muerto por desconocidos un sindicalista de FECODE en la capital del departamento y el 10 de noviembre del mismo año fue asesinado en Puerto Rondón un activista de ANTHOC.

El 2 de febrero de 2002 miembros de las FARC asesinaron a un sindicalista de FECODE en Tame que también era docente. El 7 de febrero fue asesinado por las autodefensas en Saravena un activista de SINDICONS y en Arauca el mismo grupo al margen de la ley asesinó a un afiliado de ANTHOC. El 20 de julio fue muerto por desconocidos un miembro de FECODE en Saravena y el mismo día en Tame un activista de ANTHOC fue asesinado por desconocidos. El 2 de octubre en Arauquita fue asesinado un sindicalista de SINTROEPAR por desconocidos.

Periodistas

El 28 de junio de 2002 fue asesinado en Arauca por presuntos miembros de las autodefensas el director de la emisora Meridiano 70 y el 18 de marzo de 2003 igualmente en Arauca, fue asesinado por desconocidos otro periodista de la misma emisora.

Los periodistas en el departamento de Arauca también han sido víctimas de secuestro como es el caso de cinco periodistas de RCN que fueron plagiados en un secuestro masivo el 26 de enero de 2003 en el municipio de Tame por miembros del Frente 10 de las FARC y posteriormente liberados.

Mauricio Lezama, cineasta y consejero de cine del departamento de Arauca fue asesinado en mayo de 2019, rodando un documental sobre las víctimas que la violencia y el conflicto armado ha dejado en el país.

Comunidades étnicas

En el departamento de Arauca, existen 35 comunidades indígenas (5.115 personas) que habitan en 26 resguardos. De manera preocupante los pueblos Hitnü, Makaguan, y Sikuani, compuestos por 3.206 personas continúan en riesgo de exterminio físico y cultural, según el Auto 382/2010. Comunidades de Cuiloto Marrero (Puerto Rondón), Caño Mico (Tame) y 16 familias de Cusay la Colorada (Fortul) aún continúan en situación de desplazamiento en condiciones de hacinamiento y sin una prospectiva de reubicación acompañada en el corto plazo. Sus difíciles condiciones de vida y la presencia de actores armados en sus territorios han propiciado la aparición de distintas formas de violencia, especialmente intrafamiliar y de género catalizada también por un incremento en el consumo de sustancias psicoactivas. Las comunidades indígenas siguen en constante riesgo de exterminio y tienen altos niveles de necesidades básicas insatisfechas relacionadas con la provisión de agua y saneamiento, salud, protección y seguridad alimentaria[4]

A partir del año 2002, la curva de los homicidios de indígenas empieza a aumentar de manera significativa hasta 2003 cuando se registra el mayor número de indígenas asesinados (9) en el departamento, después de que en 2002 se habían registrado 4. En los nueve primeros meses de 2004 no se ha presentado ningún homicidio de indígenas.

En julio de 2012, la comunidad indígena Hitnü que habita en dos resguardos ubicados en el municipio de Arauca, en una zona con una alta presencia de la guerrilla de las FARC. La organización guerrillera ha impuesto severas normas de movilidad a esta población buscando evitar que sus integrantes brinden información a la fuerza pública sobre la ubicación de los campamentos guerrilleros.

En los últimos años, la mayoría de las víctimas de secuestros han sido funcionarios de empresas extractivas o energéticas que operan en la zona (como ISA, OXY, OBC INVIAS y Ecopetrol), y en menor medida comerciantes y ganaderos que se niegan a pagar las extorsiones de la guerrilla. Los secuestros, aunque ya no se caracterizan por ser masivos, siguen presentándose con el propósito de obtener rentas y afectar a

[4] Tomado de https://wiki.umaic.org/wiki/Arauca, Unidad de Manejo y Análisis de Información de Colombia (UMAIC)

la industria petrolera, que, según comunicados realizados por la organización, es uno de sus principales objetivos militares[5].

En el departamento de Arauca En el marco del desarrollo de Justicia Transicional en Colombia, los Tribunales de Justicia y Paz, han adelantado procesos judiciales con el objeto de permitir la desmovilización individual o colectiva de los miembros de los grupos armados ilegales responsables de los delitos, para propiciar su reincorporación a la vida civil y la reparación integral de las víctimas bajo los principios universales de verdad, justicia y reparación.

- Sentencia Corte IDH (Santo Domingo)

- Sentencia Justicia Y Paz – B. Vencedores Arauca, Orlando Villa Zapata.
- sentencia de tutela T-025 de 2004.

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento.

En salud integral, el departamento cuenta con una cobertura de salud del 98,68% para el corte a agosto de 2020 frente a un 95,73% del año anterior.

	Nacional			Departamento Arauca			Municipio Todo		
	diciembre 2018	diciembre 2019	agosto 2020	diciembre 2018	diciembre 2019	agosto 2020	diciembre 2018	diciembre 2019	agosto 2020
Sisbén 1	27.140.038	27.867.556	26.603.855	207.385	208.294	217.604	207.385	208.294	217.604
Sisbén 2	2.787.974	2.920.321	3.633.125	12.738	19.212	19.953	12.738	19.212	19.953
PPNA	525.698	312.696	0	6.303	5.053	0	6.303	5.053	0
Contributivo	22.378.384	22.909.679	22.622.358	44.547	46.887	44.880	44.547	46.887	44.880
Subsidiado	22.658.108	22.808.930	24.197.577	204.058	209.083	220.707	204.058	209.083	220.707
Excepción & Especiales	2.138.117	2.244.341	2.205.071	5.805	5.683	5.759	5.805	5.683	5.759
Afiliados	47.174.609	47.962.950	49.025.006	254.410	261.653	271.346	254.410	261.653	271.346
Población DANE	49.834.240	50.374.478	50.731.595	270.708	273.321	274.980	270.708	273.321	274.980
Cobertura	94,66%	95,21%	96,64%	93,98%	95,73%	98,68%	93,98%	95,73%	98,68%

Fuente: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

La atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en el departamento de Arauca se ha realizado a través de la implementación del programa PAPSIVI desde el año 2013 hasta el 2017, logrando la atención de aproximadamente 16.000 personas sobrevivientes del conflicto armado. En cuanto al año vigente se tiene se ha venido desarrollando este programa en el periodo comprendido desde el 23 de julio del 2019 hasta el 16 de marzo de 2020, en los municipios de Arauquita y Arauca, y del 26 de agosto de 2020 a julio de 2021, vigencia

[5] *http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/53e2ac3725816.pdf*

para los municipios de Fortul y Arauca, también se viene ejecutando el programa de recuperación emocional a víctimas, desarrollado por la Unidad Para las Víctimas, quienes han hecho presencia en los diferentes municipios aportando a la rehabilitación psicosocial de las víctimas.

Entre los logros alcanzados en la implementación de los programas de atención psicosocial a víctimas, se ha alcanzado el restablecimiento de las condiciones físicas, mentales y psicosociales de la población víctima, y la garantía del derecho a salud y a una atención con dignidad, calidad y oportunidad.

En la vigencia 2017 de la implementación del programa PAPSIVI desde el nivel nacional del Ministerio de Salud y Protección Social se capacitó a la profesional en salud de ese entonces en el protocolo de atención en salud para víctimas con enfoque psicosocial; protocolo que fue socializado en una mesa de salud municipal.

En el departamento de Arauca se cuentan con varias EAPB que brindan la atención en salud a la población sobreviviente de conflicto armado. Siendo Comparta y Nueva EPS las que tienen el mayor número de afiliados de población víctima. El Gobierno departamental activó el servicio de la línea 125, en atención de emergencias, crisis o angustias emocionales, con fin de mitigar situaciones de riesgos asociadas a comportamientos de desequilibrio emocional, todo con el fin de buscar un equilibrio mental, emocional y físico en toda la población araucana.

Por otra parte, teniendo en cuenta el marco de la pandemia, en el departamento de Arauca las EAPB habilitaron un directorio para prestar sus servicios mediante llamadas telefónicas y plataformas digitales, con el propósito de mitigar la propagación del Covid 19, garantizando a sus afiliados y beneficiarios una atención oportuna. Por otra parte, la ESE Jaime Alvarado y Castilla en el municipio de Arauca viene realizando jornadas extramurales en las veredas del municipio, prestando servicios de atención por medicina general, programas de promoción y prevención, planificación familiar entre otros servicios, cumpliendo con las recomendaciones de bioseguridad para la prevención de transmisión del coronavirus.[6], tomando como referencia la matriz del contexto, mapeo de oferta de servicios de salud Covid -19.

En el departamento de Arauca desde que el Papsivi en el 2013 empezó su operación en cada vigencia se ha socializado los protocolos de atención psicosocial y salud integral a las víctimas del conflicto armado a las entidades tales como mesa departamental y municipal de víctimas y a la unidad administrativa especial de salud (UAESA), con el objetivo de poder realizar un trabajo articulado en beneficio de las victimas atendidas.

En vigencias anteriores no se ejecutaron acciones de socialización de la

[6] http://www.esejaimealvaradoycastilla.gov.co/

resolución 1166/2018, por la cual se adoptan los lineamientos para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado; desde la política del buen cuidado que apoya a las entidades del SNARIV en la sensibilización y socialización para la formación en cuidado del talento humano

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

En el departamento de Arauca no existe personal formado en atención en salud con enfoque psicosocial, para la atención a la población víctima, solo se ha contado con esta atención en las vigencias que PAPSIVI ha operado.

El departamento de Arauca cuenta con una ruta de atención a las víctimas para las ayudas de primera vez, además se vincula con programas del orden nacional e internacional para canalizar ayudas que beneficien a la población afectada por el flagelo del conflicto armado.

Por otra parte, es de resaltar que el departamento de Arauca es el único departamento de Colombia en tener cubrimiento en sus siete municipios de la Unidad para las Víctimas.

Directorio institucional municipio de Arauca.

LISTADO DE DEPENDENCIAS CAM

DEPENDENCIA	UBICACIÓN	EXT	DIRECTO	FUNCIONARIO
	RECEPCION PRINCIPAL	**PBX**	**8853156**	**100-105**
VENTANILLA UNICA	RECEPCIONISTA	101		RECEPCION
VENTANILLA UNICA	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	609		RECEPCION
DESPACHO ALCALDE	**DESPACHO DEL ALCALDE**			**500-510**
DESPACHO ALCALDE	ALCALDE	500		EDGAR FERNANDO TOVAR PEDRAZA
DESPACHO ALCALDE	SECRETARIO PRIVADA	501		MAIRA ALEJANDRA ROJAS NEIRA
DESPACHO ALCALDE	SECRETARIO EJECUTIVO	502		FABIAN CALDERON
DESPACHO ALCALDE	SECRETARIA	503		INDIRA LILIANA CAMEJO
DESPACHO ALCALDE		504		SIN ASIGNAR
DESPACHO ALCALDE	SALA DE JUNTAS	505		SALA DE JUNTAS
DESPACHO ALCALDE	CONTROL INTERNO	622		JHONNATAN RINCON NIÑO
COMUNICACIONES	**COMUNICACIONES**			**511-515**
COMUNICACIONES	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	511		ADRIANA RODRIGUEZ QUENZA
EMISORA VIRTUAL	PROFESIONAL DE APOYO	512		HUGO ALEJANDRO GUZMAN
COMUNICACIONES	PROFESIONAL DE APOYO	513		CARLOS MENDOZA
OFICINA ASESORA JURIDICA	**OFICINA ASESORA JURIDICA**			**516-525**
OFICINA ASESORA JURIDICA	JEFE OFICINA ASESORA	516		EMIR OSWALDO BLANCO QUENZA
OFICINA ASESORA JURIDICA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	517		YINERY GIRALDO MORA
OFICINA ASESORA JURIDICA	PROFESIONAL DE APOYO	518		
OFICINA ASESORA JURIDICA	SECRETARIA	519		MARIA PATRICIA ROJAS
OFICINA ASESORA JURIDICA	RECEPCIONISTA	520		MARTHA LUCILA SANCHEZ
SECRETARIA DE LA INCLUSION SOCIAL	**SECRETARIA DE LA INCLUSION SOCIAL**			**526-530**
INCLUSION SOCIAL	SECRETARIA DE DESPACHO	526		FADIA LOPEZ
INCLUSION SOCIAL	SECRETARIA	527		EMMA LUCIA CASTELLANOS
INCLUSION SOCIAL	VICTIMAS		**8858777**	**426-436**
INCLUSION SOCIAL	CENTRO REGIONAL DE VICTIMAS	426		CENTRO REGIONAL
INCLUSION SOCIAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO VICTIMAS	427		ANGELA MOJICA GERENA
INCLUSION SOCIAL	SECRETARIA - VICTIMAS	428		EUSEBIA DEL CARMEN GUERRERO
INCLUSION SOCIAL	ASISTENTE - VICTIMAS	429		RECEPCIÓN INSTANCIA DE VICTIMAS
INCLUSION SOCIAL	FAMILIAS EN ACCION			**416-420**
INCLUSION SOCIAL	TECNICA- FAMILIAS EN ACCION	416		YOLANDA GODOY
INCLUSION SOCIAL	ASISTENTE	417		YOLANDA GODOY
INCLUSION SOCIAL	ASUNTOS ETNICOS			**421-425**
INCLUSION SOCIAL	PROFESIONAL-ASUNTOS ETNICOS	421		LICENIA AGUALIMPIA
INCLUSION SOCIAL	TECNICO - ASUNTOS ETNICOS	422		
SECRETARIA GENERAL	**SECRETARIA GENERAL**			**600-615**
SECRETARIA GENERAL	SECRETARIA DE DESPACHO - CONTROL INTERNO	600		YUDI ADRIANA MOJICA
SECRETARIA GENERAL	SECRETARIA	601		ROSALBA FONSECA
SECRETARIA GENERAL	SALA DE JUNTAS	602		SALA DE JUNTAS
SECRETARIA GENERAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO- PERSONAL	603		JAIRO DELGADO CAICEDO
SECRETARIA GENERAL	NOMINA	604		JUAN CARLOS MELENDEZ
SECRETARIA GENERAL	ALMACEN	606		MIRTHA PARALES ROBAYO
SECRETARIA GENERAL	SECRETARIA- UNIDAD DE ACHIVO	608		ARCHIVO
SECRETARIA GENERAL	PROFESIONAL DE APOYO	610		PEDRO QUENZA
SECRETARIA GENERAL	PASIVOCOL	612		STELLA SOLANO TRIGO
SECRETARIA GENERAL	TECNICO	614		MAYE LISBEY SUAREZ
SECRETARIA GENERAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIA - AREA SISTEMAS	616		GLENDA ARIAS JARA
SECRETARIA GENERAL	ASITENTES-SISTEMAS	617		GLENDA ARIAS JARA
SECRETARIA GENERAL	WEB MASTER	618		MARIO HIDALGO
SECRETARIA GENERAL	PROFESIONAL DE APOYOS-SISTEMAS	619		JERSON MORENO MURILLO
SECRETARIA GENERAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIA - SALUD OCUPACIONAL	621		CLAUDIA ROMERO
SECRETARIA DE SALUD	**SECRETARIA DE SALUD**			**300-315**
SECRETARIA DE SALUD	SECRETARIA DE DESPACHO	300		MARCIANO CESAR DE LA HOZ RUA
SECRETARIA DE SALUD	SECRETARIA	301		GLORIA HELENA ESPITIA
SECRETARIA DE SALUD	TECNICA- EPIDEMIOLOGIA	302		NELLY CAPACHO
SECRETARIA DE SALUD	PROFESIONAL UNIVERSITARIO - SALUD PUBLICA	303		JAVIER LUNA
SECRETARIA DE SALUD	PROFESIONAL UNIVERSITARIO - ASEGURAMIENTO	304		YANETH MARIN
SECRETARIA DE SALUD	TECNICO - REGIMEN SUBSIDIADO	305		YANETH MARIN
SECRETARIA DE SALUD	PROFESIONAL UNIVERSITARIO - SALUD PUBLICA	307		PAOLA LOTERO
SECRETARIA DE PLANEACION	**SECRETARIA PLANEACION**			**200-220**
SECRETARIA DE PLANEACION	SECRETARIO DE DESPACHO	200		JAIR ARLEY SANTANA
SECRETARIA DE PLANEACION	SECRETARIA	201		MIRTHA PERDOMO
SECRETARIA DE PLANEACION	PLANIFICACION	206		CARMEN EMILIA SUA
SECRETARIA DE PLANEACION	BANCO PROYECTOS	207		NUBIA AIDEE MARTINEZ
SECRETARIA DE PLANEACION	MIPG	208		CARMEN EMILIA SUA
SECRETARIA DE PLANEACION	TECNICO - TOPOGRAFO	209		JUAN CARLOS RODRIGUEZ
SECRETARIA DE PLANEACION	TECNICO - DIBUJO	210		FRANKLIN DURAN NUÑEZ

SECRETARIA DE PLANEACION	TECNICO - GESTION DEL RIESGO	211		NORBERTO MARIN
SECRETARIA DE PLANEACION	SISBEN		8852109	216-220
SECRETARIA DE PLANEACION	TECNICO SISBEN	216		JAVIER ROMERO
SECRETARIA DE PLANEACION	ASISTENTE - SISBEN	217		JAVIER ROMERO
SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO SOSTENIBLE	**SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO SOSTENIBLE**			**800-810**
SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO SOSTENIBLE	SECRETARIA DE DESPACHO	800		CRISTIAM ANAVE
SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO SOSTENIBLE	SECRETARIA	801		LUISA OLIVEROS NIEVES
SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO SOSTENIBLE	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	802		JORGE HERNAN ARIAS ROJAS
SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO SOSTENIBLE	PROFESIONAL UNIVERSITARIA	803		
SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO SOSTENIBLE	PROFESIONAL DE APOYO -MEDIO AMBIENTE	804		LAURA AGUDELO
SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO SOSTENIBLE	PROFESIONAL DE APOYO	806		ENRIQUE SORIANO
SECRETARIA DE HACIENDA	**SECRETARIA DE HACIENDA**			**700-715**
SECRETARIA DE HACIENDA	SECRETARIO DE DESPACHO	710		JAVIER CAMEJO
SECRETARIA DE HACIENDA	SECRETARIA	701		MARIA PARALES
SECRETARIA DE HACIENDA	TESORERA	702		WILSON DIAZ
SECRETARIA DE HACIENDA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO- AREA TESORERIA	703		MIGUEL CORTES MEJIA
SECRETARIA DE HACIENDA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA -AREA CONTABLE	704		LUISA FERNANDA GALLEGO
SECRETARIA DE HACIENDA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - AREA CONTABLE	705		JESUS ANTONIO REYES
SECRETARIA DE HACIENDA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA - AREA PRESUPUESTO	706		ALBERTO ROJAS URIBE
SECRETARIA DE HACIENDA	AUXILIAR ADMINISTRATIVA - AREA PRESUPUESTO	707		ENEIDA GIL MONTES
SECRETARIA DE HACIENDA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA - AREA IMPUESTOS	708		ROSALBA RANGEL
SECRETARIA DE HACIENDA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO - COACTIVO	711		ERNESTO PRIETO GARCIA
SECRETARIA DE GOBIERNO	**SECRETARIA DE GOBIERNO**			**400-415**
SECRETARIA DE GOBIERNO	SECRETARIO DE DESPACHO	400		ARMANDO FIGUEREDO
SECRETARIA DEGOBIERNO	SECRETARIA	401		ZENAIDA PARALES
SECRETARIA DE GOBIERNO	PROFESIONAL UNIVERSITARIA - AREA DESARROLLO COMUNITARIO	402		LUZ ALBA PORRAS
SECRETARIA DEGOBIERNO	PROFESIONAL UNIVERSITARIA - AREA DESARROLLO COMUNITARIO	403		
SECRETARIA DEGOBIERNO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - PRECIOS PESAS Y MEDIDAS	404		HENRY MARIN CASTILLO
SECRETARIA DE GOBIERNO	PROFESIONAL DE APOYO -ASUNTOS MIGRATORIOS	405		
SECRETARIA DE GOBIERNO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - GACETA MPAL	406		ARTURO MARTINEZ GRATEROL
SECRETARIA DE GOBIERNO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - INTERNACION	407		RAUL GARCES
SECRETARIA DE GOBIERNO	PROFESIONAL UNIVERSITARIA	904		JAQUELINE MEJIA
SECRETARIA DE GOBIERNO	SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y FRONTERAS	409		JHON ROPERO
SECRETARIA DE GOBIERNO	COMISARIA DE FAMILIA			**437-445**
SECRETARIA DE GOBIERNO	COMISARIA DE FAMILIA	437		ALBA GALINDO BRICEÑO
SECRETARIA DE GOBIERNO	SECRETARIA	438		MARYS CONSUELO VELASQUEZ
SECRETARIA DE GOBIERNO	PROFESIONAL UNIVERSITARIA PSICOLOGA	439		SHIRLEY PEREZ MURGAS
SECRETARIA DE GOBIERNO	INSPECCION DE POLICIA			**446-455**
SECRETARIA DE GOBIERNO	INSPECTORA DE POLICIA	446		MARIA CLEMENCIA ABRIL
SECRETARIA DE GOBIERNO	SECRETARIA	447		MELBA MUÑOZ
SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA	**SECRETARIA DE INFRAESTUCTURA**			**250-260**
SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA	SECRETARIO DE DESPACHO	250		NELSON OSWALDO BERNAL PEDRAZA
SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA	SECRETARIA	251		MARIA LEONILDE HERNANDEZ CALDERON
SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA	COORDINADOR AREA	252		ANA DEL CARMEN PINEDA
SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA	TECNICO - OBRAS PUBLICAS	253		ARIEL ANTONIO BELLO BRAVO
SECRETARIA DE EDUCACION, CULTURA, DEPORTE Y RECREACION	**SECRETARIA DE EDUCACION, CULTURA, DEPORTE Y RECREACION**			**900-910**
SECRETARIA DE EDUCACION, CULTURA, DEPORTE Y RECREACION	SECRETARIO DE DESPACHO	900		MARIA FERNANDA REY
SECRETARIA DE EDUCACION, CULTURA, DEPORTE Y RECREACION	SECRETARIA	901		MARGARITA PINZON GARCIA
SECRETARIA DE EDUCACION, CULTURA, DEPORTE Y RECREACION	PROFESIONAL UNIVERSITARIA	902		MARIA STELLA JUNIELES BARRIOS
SECRETARIA DE EDUCACION, CULTURA, DEPORTE Y RECREACION	PROFESIONAL UNIVERSITARIA	903		BETZAIRA NEIRA RUIZ
SECRETARIA DE EDUCACION, CULTURA, DEPORTE Y RECREACION	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	911		JHONATTAN PALLARES
SECRETARIA DE EDUCACION, CULTURA, DEPORTE Y RECREACION	SECRETARIO	912		ZAMIRA ANGEL GARCIA
TELEFONOS DIRECTOS				
CASA DE LA MUJER				8857621
CICAF				8853140
BIBLIOTECA				8857441
LUDOTECA				8857189
BOMBEROS				8850014
CABIMA				8852105
CONCEJO				8856793
EMSERPA				8856770
CASA DE ATENCION A PERSONAS - INSPECTORES				8852104
ESE JAIME ALVARADO Y CASTILLA				8855798
TELEFONICA				8852596
PUNTO VIVE DIGITAL				8855335

Correos institucionales municipio de Arauca

Correos Institucionales Municipio de Arauca

contactenos@arauca-arauca.gov.co

Despacho del Alcalde

despacho@arauca-arauca.gov.co - Maira Alejandra Rojas
alcalde@arauca-arauca.gov.co – Maira Alejandra Rojas
prof_despacho@arauca-arauca.gov.co – Fabian Calderón
juridica@arauca-arauca.gov.co – Emir Oswaldo Blanco Quenza
contratos@arauca-arauca.gov.co – María Patricia Rojas
procesosdecontratación@arauca-arauca.gov.co –Prof Jurídica.
notificacionjudicial@arauca-arauca.gov.co – Yinery Giraldo
controlinterno@arauca-arauca.gov.co – Jhonatan Rincón
prensa@arauca-arauca.gov.co – Adriana Rodríguez Quenza
emisoravirtual@arauca-arauca.gov.co – Carlos Mendoza
webmaster@arauca-arauca.gov.co – Mario German Hidalgo

Secretaria General

apoyo@arauca-arauca.gov.co – Yudi Adriana Mójica R.
archivo@arauca-arauca.gov.co – Stella Solano Trigos
sistemas@arauca-arauca.gov.co – Glenda Arias Jara
personal@arauca-arauca.gov.co – Jairo Delgado
nomina@arauca-arauca.gov.co – Juan Carlos Meléndez
convivencialaboral@arauca-arauca.gov.co - Maye Suarez
almacen@arauca-arauca.gov.co – Mirtha Parales
alcaldia@arauca-arauca.gov.co – Jerson Moreno
saludocupacional@arauca-arauca.gov.co – Claudia Romero
seguridadsocial@arauca-arauca.gov.co – Stella Solano Trigo
tec_apoyo@arauca-arauca.gov.co – Maye Suárez
inmuebles@arauca-arauca.gov.co – María Angélica Gómez

Secretaria de Gobierno

gobierno@arauca-arauca.gov.co – Armando Figueredo
gaceta@arauca-arauca.gov.co – Arturo Martínez Graterol
bomberos@arauca-arauca.gov.co - Bomberos
internacion@arauca-arauca.gov.co – Raúl Garcés
comisaria@arauca-arauca.gov.co _ Marys C. Velásquez
comisariafamilia2@arauca-arauca.gov.co – Aura L.Vargas R.
trabajosocial@arauca-arauca.gov.co – Consuelo Camejo
auxiliaradministrativa@arauca-arauca.gov.co - Sandra Márquez
inspección@arauca-arauca.gov.co – María Clemencia Abril
consultalpsicologo@arauca-arauca.gov.co - Shirley Pérez
pesas-medidas@arauca-arauca.gov.co –Henry Marin
fronteras@arauca-arauca.gov.co - Jhon Ropero Martínez
justicia418@arauca-arauca.gov.co - Angie Paola Álvarez
movilidad@arauca-arauca.gov.co – Dayra Tineo
inspectoresdepolicia@arauca-arauca.gov.co - Técnicos
seguridad_convicencia@arauca-arauca.gov.co – Luz alba Porras.
derechoshumanos@arauca-arauca.gov.co – Jaqueline Mejía

Secretaria de Inclusión Social

inclusionsocial@arauca-arauca.gov.co – Gina Mena Castellanos
fonvida@arauca-arauca.gov.co – Diana Bueno
juventudes@arauca-arauca.gov.co – Ángela Mojica Gerena
victimas@arauca-arauca.gov.co – Eusebia Guerrero
crav@arauca-arauca.gov.co - Centro Regional de Víctimas
etnias@arauca-arauca.gov.co – Licenia Agualimpia
p_sociales@arauca-arauca.gov.co – Gina Mena Castellanos
jovenesenaccion@arauca-arauca.gov.co - Yolanda Godoy
familiasenaccion@arauca-arauca.gov.co -Yolanda Godoy
cicaf@arauca-arauca.gov.co – Elizabeth Acosta Arias
ludoteca@arauca-arauca.gov.co – Consuelo García
casamujer@arauca-arauca.gov.co – Martha Isabel Muñoz
discapacidad@arauca-arauca.gov.co – Rubén Lizarazo G.

Secretaria de Hacienda

hacienda@arauca-arauca.gov.co – Javier Camejo
impuestos@arauca-arauca.gov.co – Rosalba Rangel
impuestos2@arauca-arauca.gov.co – Jhonny Colmenares
impuestos3@arauca-arauca.gov.co – Gutember Hurtado
impuestos4@arauca-arauca.gov.co – Dayris Yerena
tesorería@arauca-arauca.gov.co – Wilson Diaz
contabilidad@arauca-arauca.gov.co – Luisa Fernanda Gallego
presupuesto@arauca-arauca.gov.co – Alberto Rojas Uribe
cobrocoactivo@arauca-arauca.gov.co – Ernesto Prieto García
contribuyente@arauca-arauca.gov.co – Fernando Mendible

Secretaria de Educación y Cultura

educación@arauca-arauca.gov.co – Todos
convivenciaescolar@arauca-arauca.gov.co - Samira Angel García
biblioteca@arauca-arauca.gov.co – Nelly Mariana Torres
unideportes@arauca-arauca.gov.co – Jhon Alexander Pallares H.
cultura@arauca-arauca.gov.co – Yesica Andrade Mazuera

Secretaria de Infraestructura

obras@arauca-arauca.gov.co – Todos

Secretaria de Planeación

planeación@arauca-arauca.gov.co - Jair Arley Santana
planificacion@arauca-arauca.gov.co – Carmen Emilia Súa S.
bancoproyectos@arauca-arauca.gov.co – Nubia A. Martínez
dibujo@arauca-arauca.gov.co – Franklin Duran Nuñez
inspectores@arauca-arauca.gov.co – Osmar Durán
sisben@arauca-arauca.gov.co – Javier Romero Pinilla
p_secretaria@arauca-arauca.gov.co - Mirtha Perdomo
licencias@arauca-arauca.gov.co - Delio Suavita
demarcaciones@arauca-arauca.gov.co_–Juan C. Rodríguez
escrituras@arauca-arauca.gov.co – Carlos Granados
mipg@arauca-arauca.gov.co – Mario Pérez Santos
meci@arauca-arauca.gov.co – Ignacio Rico Gualteros
clopad@arauca-arauca.gov.co – Norberto Marín

Secretaria de Salud

salud@arauca-arauca.gov.co – Gloria Espitia Brito
regimensubdidiado@arauca-arauca.gov.co – Janet Marín
epidemiologia@arauca-arauca.gov.co – Nelly Capacho
epidemiologia2@arauca-arauca.gov.co - Nelly Capacho
pai@arauca-arauca.gov.co – Maireth Pimiento
aseguramiento@arauca-arauca.gov.co – Janet Marín
saludpublica@arauca-arauca.gov.co – Javier Luna
pic@arauca-arauca.gov.co – Estafanny Molina
protocoloscovid19@arauca-arauca.gov.co –Cesar de la Hoz Rua

Secretaria de Desarrollo Económico Sostenible

desarrolloeconomico@arauca-arauca.gov.co – Luisa Oliveros
agricultura@arauca-arauca.gov.co – Todos
agroturismo@arauca-arauca.gov.co - Federico Castellanos
ambiente@arauca-arauca.gov.co – Laura Agudelo
frigomatadero@arauca-arauca.gov.co – Gary Navarro

Punto Vive Digital

pvd@arauca-arauca.gov.co – Yiney Orellanos Cisneros

Concejo Municipal

concejo@arauca-arauca.gov.co - Luis Guedez Gamez

Personería

personeria@arauca-arauca.gov.co – Alexander Rivera Andrade

www.arauca-arauca.gov.co

GOBIERNO DIGITAL

Directorio institucional municipio de Fortul

ITEM	ENTIDAD Y/O INSTITUCIÓN	RESPONSABLE	CARGO	DIRECCIÓN	TELEFONO/ CELULAR
1	ALCALDÍA MUNICIPAL	JAVIER ALONSO CABRERA HUERTAS	ALCALDE MUNICIPAL	CRA. 25 N ° 5-45 BRR EL CENTRO	8124962533
2	GESTORA SOCIAL	ROCIO BAYONA	GESTORA SOCIAL	CRA. 25 N ° 5-45 BRR EL CENTRO	8102445777
3	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	JORGE ENRIQUE PAEZ GARCIA	DIRECTOR	CL 7 N 15-09 BRR RAMIREZ	8102081931
4	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	SERVICIO DE URGENCIAS		CL 7 N 15-09 BRR RAMIREZ	8102081931
5	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE Fortul P Y P	NATALY HERNANDEZ	COORDINADORA-JEFE	CL 7 N 15-09 BRR RAMIREZ	8106682217
6	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL - COORDINACIÓN DE VACUNACIÓN	NIDIA MORENO PEÑALOZA	COORDINADORA-VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	CL 7 N 15-09 BRR RAMIREZ	8125310370
7	HOSPITAL DEL SARARE SAN RICARDO PAMPURI	CARLOS ALBERTO SANCHEZ	DIRECTOR	CALLE 30 N 18A-82 BARRIO LOS LIBERTADORES	8891014 /8891952
8	UMFOS	ELISEO RAMÍREZ ARIAS	REPRESENTANTE LEGAL	CALLE 7 N° 20 - 22 BARRIO CENTRO	8112301203
9	SALUD PUBLICA Y RÉGIMEN SUBSIDIADO	JAEL EYERLY MINA RINCON	COORDINADORA SALUD PÚBLICA	ALCALDIA MUNICIPAL	8105878994
10	EPS COMPARTA	YONAIRA GARCIA	AGENTE	CL 7 #15-65 BARRIO RAMIREZ	8204830460
11	EPS SALUD VIDA	MIRIAM DUEÑAS	AGENTE	CRA 16 # 14-24 BARRIO RAMIREZ	8204668253
12	NUEVA EPS	DANILI LONDOÑO	AGENTE	CL 7 N 15-09 BRR RAMIREZ	8057258802
13	OFICINA SISBEN	ZULEIMA LOPEZ	COORDINADORA	ALCALDIA MUNICIPAL	8212396659
14	CUERPO DE SOCORRO -BOMBEROS	JOSE ANTONIO AMADO CASTRO	COMANDANTE	CRA. 25 N ° 5-45 -PALACIO ANTIGUO - BRR EL CENTRO	8134927750
15	CUERPO DE SOCORRO – DEFENSA CIVIL	CIRO MORA (E)	PRESIDENTE	CRA. 25 N ° 5-45 POLIDEPORTIVO MUNICIPAL- BRR EL CENTRO	8222851703 / 3144898007
16	POLICIA NACIONAL	OSCAR SEBASTIÁN LASSO ESPAÑA	COMANDANTE	ESTACION DE POLICIA MUNICIPAL	314 464 661
17	EJERCITO NACIONAL	CORONEL JULIO PINZON	COMANDANTE	BAEEV -14 -MUNICIPAL	310 282 8511
18	PERSONERÍA MUNICIPAL	ENOC BASTOS GUTIERREZ	PERSONERO MUNICIPAL	CRA. 16 A N° 9A - 36 CENTRO DE CONVIVENCIA - BRR RAMIREZ	8183088868
19	ICBF – CZ SARAVENA	ILMA MONCADA CARRERO	COORDINADORA CZ SARAVENA	CRA 16 N 28-09 BRR 6 DE OCTUBRE	8892054
20	COMISARIA DE FAMILIA	DIANA YADITH HERNANDEZ SANTIAGO	COMISARIA MUNICIPAL	CENTRO DE CONVIVENCIA	8203710096
21	JUZGADO PROMISCUO MUNICIPAL	GLADYS ZENIT PAEZ ORTEGA	JUEZ MUNICIPAL	CRA. 25 N ° 5-45 BRR EL CENTRO	8112119545
22	INSPECCION DE POLICIA	WILLIAM ACEVEDO JAIMES	INSPECTOR DE POLICIA	CENTRO DE CONVIVENCIA	8133556515
23	COMUNIDADES INDÍGENAS	EDWIN FABIAN ARCHILA GUERRERO	COORDINADOR DE ASUNTOS INDÍGENAS	CENTRO DE CONVIVENCIA	8135482310
24	UNIDAD DE GESTIÓN DEL RIESGO	FREDY LEONAR CAMARGO CAMARGO	SECRETARIO DE PLANEACION E INFRAESTRUCTURA -GESTION DEL RIESGO	CRA. 25 N ° 5-45 BRR EL CENTRO	8205754410
25	COORDINACION DE CULTURA YDEPORTE	WILLIAM SAENZ ARIZA	COORDINADOR DE CULTURA Y DEPORTE	CL 6 N° 23-32 BRR EL CENTRO	8209791158
26	CONSEJO MUNICIPAL DE POLITICA SOCIAL	ORLANDO JOSE HURTADO LUNA	SECRETARIO TECNICO DEL C.M.P.S	CRA. 25 N ° 5-45 BRR EL CENTRO	8214459159
27	CENTRO DE CONVIVENCIA CIUDADANA MUNICIPAL	MAYERLY DIAZ GUZMAN	COORDINADORA	CENTRO DE CONVIVENCIA	8163317806
28	CASA LUDICA	FREDY TORRES CAMARGO	COORDINADOR	CL 8 CRA 17 BARRIO RAMIREZ	8135687519
29	PSICOSOCIAL	CLAUDIA MILENA ROA DIAZ	PSICOLOGA	CRA 16 CL 10 N 8-10 BARRIO RAMIREZ	8144626061
30	PROGRAMAS SOCIALES	DANIEL ANTONIO HENAO GALVIS	TECNICO	CRA 16 CL 10 N 8-10 BARRIO RAMIREZ	8112525714

Instituciones educativas municipio de Arauca y Fortul.

MUNICIPIO	Nombre EE	Nombre Sede	Dirección Sede	Zona
municipio de arauca				
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA SIMON BOLIVAR	TECNICO SIMON BOLIVAR	KR 20 29 25	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER	SANTANDER BACHILLERATO	AV AEROPUERTO 8 260	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA NORMAL MARIA INMACULADA	NORMAL SUPERIOR MARIA INMACULADA	KR 20 20 26	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA GUSTAVO VILLA DIAZ	GUSTAVO VILLA	CL 13 14 97	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO CRISTO REY	TECNICO CRISTO REY	CL 18 15 105	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO JOSE DE CALDAS	FRANCISCO JOSE DE CALDAS	CL 7 11 53	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA SANTA TERESITA	SANTA TERESITA	CL 14 23 27	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA SIMON BOLIVAR	CABAÑAS DEL RIO	CL 24 29 55	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER	MIRAMAR	KR 24 27 11	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA NORMAL MARIA INMACULADA	LA COROCORA	CL 21 28 55	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA NORMAL MARIA INMACULADA	FLOR DE MI LLANO	KR 7 4 65 SUR	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO CRISTO REY	LAS AMERICAS	KR 11 18 48	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO	SANTA FE	KR 15 27 38	URBAN

	JOSE DE CALDAS			A
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO JOSE DE CALDAS	LUIS CARLOS GALAN	CL 3 27 A 159	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO JOSE DE CALDAS	CAMILO TORRES	KR 8 24 16	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO JOSE DE CALDAS	JUAN ISIDRO DABOIN	CL 1 19 E 08	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO JOSE DE CALDAS	LOS FUNDADORES	DG 1 2 13	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO JOSE DE CALDAS	JUAN FRANCISCO LARA	KR 8 1 141	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO JOSE DE CALDAS	JOSE MARIA CORDOBA	CL 24 15 45	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA SANTA TERESITA	DIVINO NIÑO	CL 19 38 19	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA SANTA TERESITA	OSCAR MOGOLLON JAIMES	CL 13 36 A 304	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA SANTA TERESITA	ALMIRANTE PADILLA	KR 23 15 30	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER	GENERAL SANTANDER PRIMARIA	KR 21 20 15	URBANA
Arauca	INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO JOSE DE CALDAS	COSTA HERMOSA	KR 34 E 4 01	URBANA
Arauca	I.E.A. MUNICIPAL	I.E.A. MUNICIPAL - SEDE PRINCIPAL	KM 7 VIA CAÑO LIMON	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA GUAHIBO SIKUANI-PLAYEROS	GUAHIBO SIKUANI (MATECANDELA)	RESGUARDO MATECANDELA	RURAL
Arauca	I.E. MATECANDELA	I.E. MATECANDELA - SEDE PRINCIPAL	VDA BARRANCONES	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO MONSERRATE	CEAR MONSERRATE	VDA MONSERRATE	RURAL
Arauca	I.E. JOSE ASUNCION SILVA	I.E. JOSE ASUNCION SILVA - SEDE PRINCIPAL	VDA TODOS LOS SANTOS	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	SANTO ANGEL	VDA SANTO ANGEL	RURAL
Arauca	I.E. JOSE ASUNCION SILVA	LAS NUBES A	VDA NUBES A	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA GUAHIBO SIKUANI-PLAYEROS	PUERTO SOCORRO	COMUNIDAD INDIGENA PUERTO SOCORRO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA GUAHIBO SIKUANI-PLAYEROS	EL TRAPICHE	RESGUARDO INDIGENA SAN JOSE DE LIPA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA GUAHIBO SIKUANI-PLAYEROS	MONOGARRA	RESGUARDO INDIGENA SAN JOSE DE LIPA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA GUAHIBO SIKUANI-PLAYEROS	LAS VEGAS	RESGUARDO INDIGENA SAN JOSE DE LIPA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA GUAHIBO SIKUANI-PLAYEROS	INDIGENA PROVIDENCIA	RESGUARDO INDIGENA PROVIDENCIA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA GUAHIBO SIKUANI-PLAYEROS	LA ESTRELLITA	COMUNIDAD LA ESTRELLITA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA GUAHIBO SIKUANI-PLAYEROS	INDIGENA LA ILUSION	VDA LA ILUSION	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA GUAHIBO SIKUANI-PLAYEROS	EL ROMANO	RESGUARDO INDIGENA EL ROMANO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA GUAHIBO SIKUANI-PLAYEROS	INDIGENA COROCITO	VDA COROCITO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	SEDE BURGOS COLINA	VDA MAPORAL	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	SANTA ANA	VDA LAURELES 1	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	LA LUCHA	VDA PEROCERO B	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	LA PAZ A	VDA CAÑO AZUL	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	EL PROGRESO DE LOS	VDA EL SALTO	RURAL

		NIÑOS		
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	MAPORAL	VDA MAPORAL	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	LA PASTORA	VDA LA PASTORA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	JOSE POLICARPO BOSCAN	VDA EL SOCORRO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	JARDIN DE LOS NIÑOS	VDA SELVAS DE LIPA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	EL VIGIA	VDA EL VIGIA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	EL TRANSITO	VDA EL TRANSITO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	LA CAMPESINA	VDA CAÑO SALAS	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO EL TRANSITO	LEON DE GREIFF	VDA LA CONQUISTA	RURAL
Arauca	I.E. MATECANDELA	JOSE GREGORIO GONZALEZ	VDA COROCITO	RURAL
Arauca	I.E. MATECANDELA	JUAN RAMON JIMENEZ	VDA EL TORNO	RURAL
Arauca	I.E. MATECANDELA	PABLO EMILIO GUARIN	VDA LA PAYARA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO MONSERRATE	EL TRIUNFO	VDA EL TRIUNFO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO MONSERRATE	GABRIEL GARCIA MARQUEZ	VDA BOCAS DEL ARAUCA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO MONSERRATE	CLARINETERO	VDA CLARINETERO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO MONSERRATE	MARCO FIDEL SUAREZ	VDA. CLARINETERO	RURAL
Arauca	I.E. JOSE ASUNCION SILVA	EL SOL	VDA EL SOL	RURAL
Arauca	I.E. JOSE ASUNCION SILVA	PAPAYITO	VDA EL ROSARIO	RURAL
Arauca	I.E. JOSE ASUNCION SILVA	EL FINAL	VDA EL FINAL	RURAL
Arauca	I.E. JOSE ASUNCION SILVA	EL SINAI	VDA EL SINAI	RURAL
Arauca	I.E. JOSE ASUNCION SILVA	NUBES B	VDA NUBES B	RURAL
Arauca	I.E. JOSE ASUNCION SILVA	MARCO FIDEL SUAREZ	TODOS SANTOS	RURAL
Arauca	I.E. JOSE ASUNCION SILVA	CAÑAFISTOLA	VDA TODOS LOS SANTOS	RURAL
Arauca	I.E. JOSE ASUNCION SILVA	LA BENDICION	VDA LA BENDICION	RURAL
Arauca	I.E. JOSE ASUNCION SILVA	EDAD DE ORO	VDA LA BECERRA	RURAL
Arauca	I.E. JOSE ASUNCION SILVA	MARIA AUXILIADORA	VDA CHAPARRITO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	PUERTO COLOMBIA	VDA PUNTO FIJO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	LOS PAILONES	VDA BOGOTA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	BARRANCA AMARILLA	VDA BARRANCA AMARILLA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	EL JORDAN	VDA LOS CABALLOS	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	EL VAPOR	VDA EL VAPOR	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	SAN JOSE DE CHAPARRAL	VDA MATAL DE FLOR AMARILLO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	AGROPECUARIO EL CARACOL	CENTRO POBLADO EL CARACOL	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	JORGE TADEO LOZANO	VDA CABUYARE	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	MARIA AUXILIADORA	VDA LA MAPORITA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	JOSE ANTONIO GALAN	VDA PUNTO FIJO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	MIRAFLORES	VDA SAN PABLO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	ESCUELA RURAL LAS PLUMAS	VDA LAS PLUMAS	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	GABRIELA MISTRAL	VDA FELICIANO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	LA SAYA	VDA LA SAYA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	SAN CAYETANO	VDA BOGOTA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	SAN AGUSTIN	VDA LAS MONAS	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	LOS ARRECIFES	VDA LOS ARRECIFES	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	LA FORTUNA	VDA EL PELIGRO	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	SAN EMILIO	VDA MATA DE PIÑA	RURAL
Arauca	CENTRO EDUCATIVO SANTO ANGEL	EL SAMAN	VDA CABUYARE	RURAL

municipio de fortul				
Fortul	INSTITUCION EDUCATIVA ALEJANDRO HUMBOLDT	COLEGIO ALEJANDRO HUMBOLDT	CL 6 18 25	URBANA
Fortul	INSTITUCION EDUCATIVA ALEJANDRO HUMBOLDT	CONCENTRACION ALEJANDRO HUMBOLDT	KR 29 6 15	URBANA
Fortul	INSTITUCION EDUCATIVA ALEJANDRO HUMBOLDT	CONCENTRACION MARIA INMACULADA	CL 6 18 25	URBANA
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	PALMARITO	VDA PALMARITO	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA MACAGUAN	CENTRO INDIGENA GUAHIBO MAKAGUAN	RESG. INDIG. CUSAY LA COLORADA	RURAL
Fortul	I.E. PABLO VI	PABLO VI	VDA VILLANUEVA	RURAL
Fortul	I.E. TIERRA SECA	I.E. TIERRA SECA - SEDE PRINCIPAL	VDA TIERRA SECA	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INOCENCIO CHINCA	INOCENCIO CHINCA	CENTRO POBLADO CARANAL	RURAL
Fortul	I.E. PAZ Y ESPERANZA	I.E. PAZ Y ESPERANZA	VDA SITIO NUEVO	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	POLICARPA SALAVARRIETA	VDA PALO DE AGUA	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	SANTO TOMAS DE AQUINO	VDA QUIRIPAL MEDIO	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	PURISIMA II	VDA VILLA RICA	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	LOS JARDINES	VDA LOS JARDINES	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	PASCUALA MUÑOZ DE CORDOBA	VDA ALTO QUIRIPAL	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	PURISIMA I	VDA CAÑO NEGRO	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	ISABEL DE CASTILLA	VDA LAS ORQUIDEAS	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	LA GAITANA	VDA ALTO JORDAN	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	BUENOS AIRES	VDA BUENOS AIRES	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	EL PARAISO	VDA EL PARAISO	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	DOMINGO SAVIO	VDA LOS BANCOS	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	RODRIGO DE BASTIDAS	VDA LA ESPERANZA	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO PALMARITO	GENERAL SANTANDER	VDA BAJO QUIRIPAL	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA MACAGUAN	CENTRO INDIGENA LA ESPERANZA	VDA CRAVO COROZO	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA MACAGUAN	CENTRO INDIGENA JOSE MARIA DELGADO	VDA CIFALU	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA MACAGUAN	CENTRO INDIGENA MIGUEL PUYO	VDA CAÑO CLARO	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA MACAGUAN	CENTRO INDIGENA PEDRO FARIAS	VDA LA ESPERANZA	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INDIGENA MACAGUAN	CENTRO INDIGENA LA CABAÑA	VDA LA CABAÑA	RURAL
Fortul	I.E. PABLO VI	LAS DELICIAS	VDA EL SALIBON	RURAL
Fortul	I.E. PABLO VI	EL PARAISO II	VDA LOS LIRIOS	RURAL
Fortul	I.E. PABLO VI	LA CABAÑA	VDA LA CABAÑA	RURAL
Fortul	I.E. PABLO VI	GUADUALITO	VDA LAS GUADUAS	RURAL
Fortul	I.E. PABLO VI	SIMON BOLIVAR	VDA LA SALVE	RURAL
Fortul	I.E. PABLO VI	PRIMERO DE OCTUBRE	VDA LAS FLORES	RURAL
Fortul	I.E. PABLO VI	GUZMAN DIAZ	VDA LA UNION	RURAL
Fortul	I.E. TIERRA SECA	LOS ANDES	VDA PIE DE CERRO	RURAL
Fortul	I.E. TIERRA SECA	LAS COLINAS	VDA SAN JOSE OBRERO	RURAL
Fortul	I.E. TIERRA SECA	EL PROGRESO	VDA EL PROGRESO	RURAL
Fortul	I.E. TIERRA SECA	RAUL CUERVO	VDA EL NEVADO	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INOCENCIO CHINCA	LAS AMAPOLAS	VDA LOS ANDES	RURAL

Fortul	CENTRO EDUCATIVO INOCENCIO CHINCA	GARCIA ROVIRA	VDA ISLA DEL CUSAY	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INOCENCIO CHINCA	EL TIGRE	VDA EL TIGRE	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INOCENCIO CHINCA	NUEVO HORIZONTE	VDA NUEVO HORIZONTE	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INOCENCIO CHINCA	LA VEINTE	VDA PUERTO GLORIA	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INOCENCIO CHINCA	LA COLORADA(FORTUL)	VDA ALTAMIRA	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INOCENCIO CHINCA	ALTO BELLO	VDA ALTO BELLO	RURAL
Fortul	CENTRO EDUCATIVO INOCENCIO CHINCA	ANTONIO BARAYA	VDA LAS BRUSELAS	RURAL
Fortul	I.E. PAZ Y ESPERANZA	LA INDIA	VDA LAS PAVITAS	RURAL
Fortul	I.E. PAZ Y ESPERANZA	LOS LAURELES	VDA LA PRIMAVERA	RURAL
Fortul	I.E. PAZ Y ESPERANZA	EL EDEN	VDA EL SALEM	RURAL
Fortul	I.E. PAZ Y ESPERANZA	EL CARACARO	VDA MATECAÑA	RURAL
Fortul	I.E. PAZ Y ESPERANZA	SAN FRANCISCO	VDA SAN FRANCISCO	RURAL
Fortul	I.E. PAZ Y ESPERANZA	JULIO FLOREZ	VDA CAÑO FLORES	RURAL
Fortul	I.E. PAZ Y ESPERANZA	SAN JUAN BOSCO	VDA GUALANDAY	RURAL
Fortul	I.E. PAZ Y ESPERANZA	LA TRINIDAD	VDA EL MILAGRO	RURAL
Fortul	I.E. PAZ Y ESPERANZA	SAN IGANACIO DUMAR	VDA MURIBA	RURAL
Fortul	I.E. PAZ Y ESPERANZA	LAS CAMELIAS	VDA PAVO REAL	RURAL
Fortul	I.E. PAZ Y ESPERANZA	GIRASOLES	VDA LOS CARACOLES	RURAL

Directorio fuerza pública departamento de Arauca

directorio policia nacional del municipio de Arauca	
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: CAD	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Comunicaciones Estratégicas
NO. TELEFÓNICO: 3203139710	NO. TELEFÓNICO: 3203069794
CORREO ELECTRONICO: deara.e-100@policia.gov.co	CORREO ELECTRONICO: deara.coest@policia.gov.co
DIRECCION: Calle 15 N. 7-180	DIRECCION: Calle 15 N. 7-180
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Administración	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Seccional de Inteligencia Policial
NO. TELEFÓNICO: 3203040860	NO. TELEFÓNICO: 3203033148 / TELEFONO IP: 65100
CORREO ELECTRONICO: deara.aread@policia.gov.co	CORREO ELECTRONICO: dipol.sipol-deara@policia.gov.co
DIRECCION: Calle 15 N. 7-180	DIRECCION: Calle 15 N. 7-180
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Grupo de Prevención y Educación Ciudadana	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Seccional de Protección y Servicios Especiales
NO. TELEFÓNICO: 3132155583	NO. TELEFÓNICO: 3115492720
CORREO ELECTRONICO: deara.preci@policia.gov.co	CORREO ELECTRONICO: deara.sepro@policia.gov.co
DIRECCION: Calle 15 N. 7-180	DIRECCION: Carrera 20 - Calle 19

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Comando Operativo	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Grupo GAULA
NO. TELEFÓNICO: 3203006064	NO. TELEFÓNICO: 3213940901
CORREO ELECTRONICO: deara.cosec@policia.gov.co	CORREO ELECTRONICO: diase.garau@policia.gov.co
DIRECCION: Calle 15 N. 7-180	DIRECCION: Calle 15 N. 7-180
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Comando	Estación de Policía Arauca
NO. TELEFÓNICO: 3203020796	NÚMERO: 3202973890
CORREO ELECTRONICO: deara.coman@policia.gov.co	CORREO: deara.earauca@policia.gov.co
DIRECCION: Calle 15 N. 7-180	DIRECCIÓN: CRA 20 - Cll 19 B. CENTRO
Estación de Policía Arauquita	Estación de Policía Cravo Norte
NO. TELEFÓNICO: 3143539362	NO. TELEFÓNICO: 3203061818
CORREO ELECTRONICO: deara.earauquita@policia.gov.co	CORREO ELECTRONICO: deara.ecravonorte@policia.gov.co
DIRECCION: Cll 3 N. 5-08 B. CHARALÁ	DIRECCION: CRA 5 N. 2,41 B. CENTRO
Estación de Policía Fortul	Estación de Policía Puerto Rondon
NO. TELEFÓNICO: 3143544408	NO. TELEFÓNICO: 3202929981
CORREO ELECTRONICO: deara.efortul@policia.gov.co	CORREO ELECTRONICO: deara.epuertorondon@policia.gov.co
DIRECCION: CRA 23 N. 7-54 B. CENTRO	DIRECCION: CLL 2 N. 5-68 B. CENTRO
Estación de Policía Saravena	Estación de Policía Tame
NO. TELEFÓNICO: 3203002286	NO. TELEFÓNICO: 3143563883
CORREO ELECTRONICO: deara.esaravena@policia.gov.co	CORREO ELECTRONICO: deara.etame@policia.gov.co
DIRECCION: CLL 27 N. 14-25 B. CENTRO	DIRECCION: CLL 15 N. 14-44 B CENTRO
Subestación de Policía Betoyes	Subestación Caracol
NO. TELEFÓNICO: 3143530542	NO. TELEFÓNICO: 3508349178
CORREO ELECTRONICO: deara.ebetoyes@policia.gov.co	CORREO ELECTRONICO: deara.ecaracol@policia.gov.co
DIRECCION: CENTRO POBLADO BETOYES	DIRECCION: CENTRO POBLADO CARACOL ARAUCA

Asociaciones de victimas del conflicto armado en el departamento de Arauca

- Asociación De Mujeres Victimas Del Desplazamiento Del Departamento De Arauca
- Asociación De Victimas Del Desplazamiento Forzado Arauquita
- Asociación del territorio campesino agroalimentario de víctimas del

conflicto armado.
- Asociación de mujeres afrodescendientes víctimas del conflicto.
- Asociación municipal de víctimas y desplazados.
- Asociación de sobrevivientes de minas antipersonas luchando por la dignidad y la paz.
- asociación de pescadores asociados de Cravo norte
- asociación de limitación auditiva de Arauca
- asociación de mujeres afro victimas araucanas trenzando el futuro
- fundación Golden servicie
- asociación de empresarios emprendedores de playitas Arauca
- federación de piscicultores y pescadores del departamento de Arauca
- asociación de emprendedores del horcón
- asociación de emprendedores de la vereda las nubes y el final
- asociación san miguel arcángel
- asociación de agricultores de todos los santos
- corporación social club del comercio de Arauca
- asociación agropecuaria y pesquera misional alianza de Arauca
- asociación de desplazados de cabuyare
- corporación llanerías
- fundación lazos marianos

- **CICAF:** Grupos gerontológicos; charlas educativas, lúdico-pedagógicas y recreativas; comederos para el adulto mayor; proyectos productivos.
- **COMFIAR:** Caja de Compensación Familiar de Arauca, es el ente operador para las viviendas que otorga el gobierno para la población víctima del conflicto armado.
- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar:** el ICBF cuenta con diversos programas para niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos mayores y protección para los mismos. Además, tiene un programa de alimentación para hogares de víctimas del conflicto armado en la fase de transición; atención de trámite extraprocesal; y apoyo psicológico.
- **Comisarías de familia:** Atención en casos de maltrato infantil; violencia intrafamiliar; audiencias; declaraciones; seguimiento de procesos de custodia, alimentos, abandono, abusos y otros. Da medida de protección dirigida a la policía nacional. Atención psicológica, trabajo social y legal.
- **Personerías municipales:** Protección de derechos; seguimiento a las entidades que prestan atención a víctimas; toma de declaraciones a personas víctimas de algún hecho en el marco del conflicto armado. Finalmente, hace también las veces de secretaria técnica de la mesa municipal de víctimas del conflicto armado.
- **Defensoría del Pueblo:** Toma de declaraciones, asesorías jurídicas y atención psicológica.
- **Procuraduría General:** Vigila a las entidades públicas que deben atender a la población víctima para que cumplan con las normas constitucionales y legales que exigen la protección de los derechos de las personas víctimas del conflicto armado. Recibe toma de declaraciones de hechos victimizante

en el marco de la Ley 1448 de 2011, orientando en derechos e informando las entidades a las que pueden acudir para que sean atendidos oportunamente.

- **SENA:** Programa de atención a víctimas del conflicto armado; formación complementaria; formación titulada; jóvenes rurales emprendedores; servicio público de empleo; y, unidad de emprendimiento y evaluación por competencia.
- **Prosperidad Social:** tiene programas como: Más familias en acción, jóvenes en acción, operación prolongada de socorro y recuperación, incentivo a la capacitación para el empleo y capitalización microempresarial, mujeres ahorradoras en acción y música para la reconciliación, familias en su tierra, red unidos y mi negocio.

- **ICETEX:** Ofrece el fondo de reparación para el acceso, permanencia y graduación en educación superior para la población víctima del conflicto armado. Para estudios técnico profesional, tecnológico y universitario.

- **Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas**: La UARIV es la responsable de la operación de la Red Nacional de Información para la Atención y Reparación a las Víctimas. De igual manera, es la responsable del funcionamiento del Registro Único de Víctimas.

- **Hospitales:** Prestación de servicios de salud integral de primer y segundo nivel de complejidad. **De primer nivel**: Hospital San Lorenzo (Arauquita), ESE Jaime Alvarado y Castilla (Arauca), Hospital San Antonio (Tame), Hospital San Francisco (Fortul), Hospital San Juan de Dios (Puerto Rondón), Hospital San José (Cravo Norte). **De segundo nivel**: Hospital San Vicente (Arauca) y Hospital del Sarare (Saravena).

- **Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca (UAESA):** desde la dimensión de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables, la Unidad ha dispuesto un representante departamental de Victimas, el cual permanece en contacto con los diferentes representantes de las víctimas para abordar temáticas de interés, así como recepciones y gestionar y articular acciones que favorezcan la garantía de los derechos de la población víctima, especialmente en el sector salud.
  Por otro lado, el programa Convivencia Social y Salud Mental cuenta con una línea de atención de urgencias psicológicas, la línea 125 que funciona las 24 horas del día todos los días. Desde la línea se realiza atención primaria e intervenciones grupales a la comunidad incluyendo víctimas del conflicto armado donde se abordan diferentes temáticas que aporten a la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental.

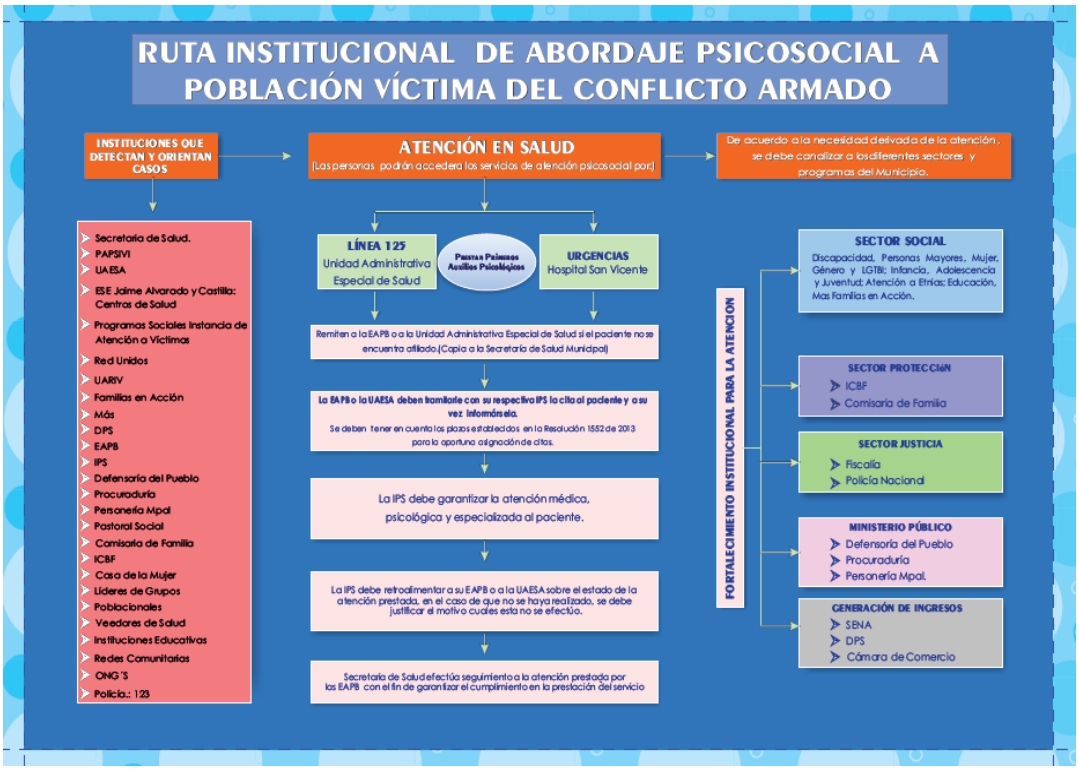
  Centro de Memoria Histórica: desde el programa atención, asistencia y reparación integral a las victimas Se escoge la alternativa de Incrementar la capacidad para desarrollar acciones de memoria histórica, debido a que las asistencias técnicas con los grupos objetivo promueven la inclusión de

temas de memoria histórica en los planes de estudio de las instituciones educativas, fomentan el desarrollo de proyectos territoriales de memoria histórica e incrementan la capacidad de las organizaciones de víctimas para desarrollar acciones de memoria histórica, permitiendo que los jóvenes y niños conozcan los hechos recientes del conflicto armado en el país, las autoridades locales promuevan el apoyo al desarrollo de actividades de memoria histórica y se amplíen las posibilidades de las comunidades de desarrollar acciones de memoria histórica, respectivamente.

Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses – INMLCF desde el programa mejoramiento de la capacidad en el desarrollo de la búsqueda e identificación de personas desaparecidas, enfoque diferencial y atención psicosocial a víctimas en el nivel nacional.

Unidad administrativa especial de gestión de restitución de tierras despojadas: mediante el programa de restitución de tierras rurales a las víctimas del conflicto armado - solicitud de inscripción, con el objetivo de llevar a cabo la inscripción en registro de tierras despojadas y abandonadas forzosamente.

Ruta de Atención para Población Víctima



6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el departamento para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

A partir del Auto 173 de 2014, las barreras físicas o arquitectónicas son aquellos elementos construidos, reales y tangibles que, por su falta de accesibilidad, impiden, restringen o hacen más difícil el acceso y permanencia de las personas con discapacidad en los espacios públicos y privados, a los servicios públicos y las oportunidades sociales en general. Se pueden mencionar dentro de este tipo de barreras la ausencia de rampas, ascensores, plataformas, pasamanos, puertas amplias, instalaciones sanitarias adecuadas, sitios especiales de parqueo, espacios de atención y de servicio al cliente prioritarios, entre muchos otros. En este sentido, en el departamento de Arauca muchas de las infraestructuras ya cuentan con rampas, señalización azul frente a las rampas para la no obstaculización de la vía de acceso de las personas a las oficinas de las entidades, se evidencian instalaciones sanitarias adecuadas, espacios de atención a clientes o usuarios.

Las barreras de comunicación son restricciones que encuentran las personas con discapacidad para acceder en condiciones de igualdad y de manera autónoma a la información, el conocimiento, a la consulta, la cultura y a las comunicaciones a través de cualquier medio o modo de comunicación. Estas son consecuencia de la falta de materiales accesibles a las necesidades de las víctimas con discapacidad como la adecuación de materiales al sistema braille o audio descripción para personas con discapacidad visual, al igual que materiales en lectura fácil para personas con discapacidad cognitiva y psicosocial. Si bien en algunos casos, la Unidad para las Víctimas asegura que los trámites de las personas con discapacidad sensorial se realizan por medio de los y las personeros/as, la dependencia de las personas con discapacidad a un tercero es un asunto que limita el ejercicio autónomo de los derechos de esta población. En algunos casos, por ejemplo, la notificación personal a las víctimas a través de una carta que certifica su ingreso al registro se realiza directamente a los y las personeros/as locales, sin tener en cuenta que esta práctica hace que esta población continúe dependiendo de los y las funcionarios/as encargadas de la asistencia en terreno que en muchos casos están desbordados de trabajo y quienes aún no cuentan con la formación necesaria para atender a esta población.

En cuanto a las barreras actitudinales, estas responden a imaginarios sociales que estigmatizan la discapacidad y que no la consideran una condición humana diversa, sino que la equiparan a la “incapacidad”, la “limitación” o la enfermedad. En relación con los derechos de las víctimas con discapacidad, expresan en la negación de toma de declaraciones, en la falta de implementación de ajustes razonables o simplemente en actitudes de rechazo y lástima. A la vez, estas actitudes se traducen en la implementación de medidas asistencialistas que no promueven los derechos de las personas con discapacidad, sino que desconocen sus capacidades, habilidades y sus derechos. La discriminación contra las personas con discapacidad tiene expresiones sociales diversas, que pueden o no incluir violencia física o verbal pero que finalmente, terminan por generar vulneraciones sistemáticas de sus

derechos.

Las personas con discapacidad viven lo que se ha denominado el “círculo vicioso de la discapacidad, la pobreza y la exclusión”, situaciones que son recíprocamente causa y efecto y que terminan por profundizar la situación de discriminación causada por el entorno. La falta de acceso a oportunidades de rehabilitación integral, de educación inclusiva o de generación de ingresos que tengan en cuenta el enfoque diferencial en discapacidad, entre otras, perpetúan este ciclo de pobreza y limitan la posibilidad de lograr su estabilización socioeconómica.

Las EAPB en el departamento habilitaron números telefónicos para la prestación del servicio, sin embargo, esta estrategia es convirtió en una barrera que ya en ocasiones estos números telefónicos no son respondidos ocasionando dificultades para acceder a los servicios.

7. Estado de emergencia sanitaria por COVID-19.

En Colombia, el 02 de marzo de 2020, las autoridades nacionales informaron al país que el riesgo de coronavirus se elevaba de moderado a alto, como consecuencia de los casos presentados en los países vecinos de Ecuador, Perú, Brasil y Argentina. El 06 de marzo se confirmó el primer caso en Colombia, por lo cual, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió un comunicado oficial informando la activación de la fase de contención del COVID-19.

En el departamento de Arauca a corte 30 de septiembre del 2020 la situación se encuentra así:

Total, de pruebas realizadas: 11.161
Total, casos positivos: 1.887
Total, casos activos: 308
Total, casos recuperados: 1.592
Total, de fallecidos: 49

Los casos por municipios se encuentran de la siguiente manera:

Arauca municipio:

911 recuperados
147 activos
28 fallecidos
1.086 casos confirmados

Tame:

108 recuperados
36 activos
144 casos confirmados

Arauquita:

215 recuperados
20 activos
3 fallecidos
238 casos confirmados
2 activos

Saravena:

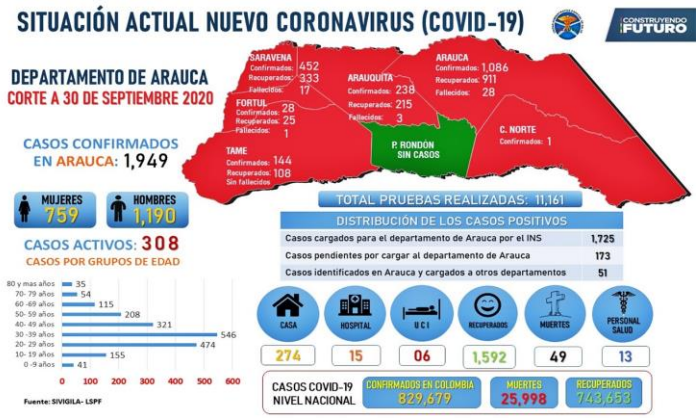
333 recuperados
102 activos
17 fallecidos
452 casos confirmados

Cravo Norte:

1 caso confirmado

Fortul:

25 recuperados
2 activos
1 fallecido
28 casos confirmados



De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta el Reglamento Sanitario Internacional RSI (2005) que insta a los países a realizar acciones para "prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa

propagación, controlarla y darle respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales" y la circular 005 de 2020, el Gobierno Nacional el 10 de marzo, a través de la resolución 380 y 385 de 2020 presentó las medidas que la ciudadanía debía adoptar frente al coronavirus COVID-19 con el fin de prevenir y controlar la propagación de la epidemia.

Así las cosas, el Departamento de Arauca en aras de continuar con el fortalecimiento de las actividades de vigilancia y control epidemiológico en su territorio, presentó su plan de contingencia para prevención del COVID -19, en el cual se describen los principales procedimientos y medidas a adoptar de forma preventiva y operativa ante la situación epidemiológica por el nuevo coronavirus (2019-nCoV), e implementar de forma efectiva las acciones sectoriales e intersectoriales para la vigilancia activa, preparación y toma de medidas de contención para una eventual introducción del virus en el territorio de Arauca, a fin de obtener una respuesta, rápida, adecuada y oportuna para mitigar el estado emergencia.

Las acciones del sector salud frente al riesgo de introducción de COVID –19, se encaminan a la detección temprana de riesgos y alertas, seguimiento a brotes e intervenciones multidisciplinarias de acuerdo a la capacidad de respuesta del Departamento y las competencias.

No obstante, lo anterior además de las enfermedades emergentes, los sistemas de salud de muchos países enfrentan desafíos como el envejecimiento de la población y una carga cada vez mayor de afecciones relacionadas con el estilo de vida. Aumentan las enfermedades no transmisibles, como el cáncer, las patologías cardiovasculares, la diabetes y los trastornos mentales. En la actualidad, las enfermedades no transmisibles provocan el 70% de las muertes a nivel mundial; la mayoría de las cuales se registra en países de ingreso bajo y de ingreso mediano. Al mismo tiempo, y a pesar de los avances en la reducción de la carga de enfermedades transmisibles, en muchas partes del mundo las tasas de malnutrición y de mortalidad materna siguen siendo elevadas y las necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva no están satisfechas.

En numerosos países aún existen grandes brechas en la cobertura, en particular entre las comunidades pobres y marginadas. La mitad de la población mundial no tiene acceso a servicios de salud esenciales y 100 millones de habitantes caen en la pobreza extrema debido a gastos de salud todos los años, según una investigación del Grupo Banco Mundial (GBM) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicada en 2017. Además, 800 millones de personas dedican al menos el 10% de su presupuesto familiar a gastos de salud, viéndose forzadas a elegir entre su salud y otros gastos familiares necesarios.

En Colombia la mortalidad ha tendido al descenso en el transcurso del tiempo, sus causas cambian conforme se produce la transición demográfica. Siguiendo el patrón mundial entre 2005 y 2016, la primera causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio; seguidas de las demás causas entre las que se cuentan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la diabetes mellitus, las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, y las neoplasias. Reforzando esto la necesidad de que el sistema de salud enfoque esfuerzos en la promoción de la salud y en la prevención y limitación del daño de las enfermedades crónicas

Aunque la mortalidad por causas externas se ubica en el cuarto lugar de frecuencia, la carga de la mortalidad medida en Años de Vida Potencialmente Perdidos pone de manifiesto a las causas externas como primera causa de mortalidad prematura y expone su mayor incidencia en hombres jóvenes, revelando el peso que genera la violencia en el capital y bienestar social.

Por otro lado, la Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

Volviendo al orden territorial, la situación actual de la salud en el Departamento de Arauca pone en evidencia deficiencias en el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social afectando el desarrollo integral de la población araucana, haciendo patente que las brechas de inequidad visibilizadas por el gobierno aún no se reduzcan y la garantía del derecho a la salud no sea óptima, adolecida por la desarticulación e ineficiencia de los actores y agravada por el fenómeno migratorio.

Lo anterior, se ve reflejado en la dinámica poblacional que continúa presentando altos niveles de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) teniendo el 35,5% (Territata DNP, 2018) siendo muy superior al nacional, esto ha significado un importante aporte para la identificación de ciertas carencias críticas de la población y, algunos grupos específicos, mujeres, niños, niñas, adolescentes, pueblos indígenas, venezolanos que viven en condiciones de vulnerabilidad y los efectos que genera sobre la salud de la población del departamento.

Además, la influencia del incremento de la población adulta mayor se refleja en el aumento en la esperanza de vida al nacer. Se estima que para el quinquenio 2015-2020 una persona vivirá 10 años más que en el quinquenio 1985-1990, pasando de 66,68 a 71,43 años de esperanza de vida al nacer, lo que trae retos para la eficiencia del sistema de salud.

Fuente: Plan territorial de Salud 2020-2023 Metodología PASE a La Equidad En Salud y fuentes oficiales de estadísticas SIVIGILA.

Bibliografía

- *Alcaldía Municipal de Arauca (2020),* Plan de Contingencia Frente al Riesgo de Contagio y/o Propagación del COVID-19.
- *Municipio de Arauca (2016*), Arauca en Paz, Gobierno Departamental, enlace: https://www.arauca.gov.co/gobernacion/municipios/municipio-de-arauca
- *Profesionales del Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas-PAPSIVI*, participaron en la capacitación de entorno en el cuidado emocional (2017), Arauca en Paz, Gobierno Departamental, enlace: https://www.arauca.gov.co/noticias/1018-profesionales-del-programa-de-atencion-psicosocial-y-salud-integral-a-victimas-papsivi-participaron-en-la-capacitacion-de-entorno-en-el-cuidado-emocional
- *Así Seguimos Reparando A Las Víctimas*, Informes Regionales Arauca (2016), Unidad Para las Victimas, enlace: https://www.unidadvictimas.gov.co/especiales/especial-rendicion-2016/docs/arauca.pdf
- *El Mapa de Oferta institucional*, Unidad de Atención y Reparación Integral a las Victimas, Enlace: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/oferta-institucional/37304
- *Metodología PASE a la Equidad en Salud (2020),* Plan Territorial de Salud 2020-2023, Ciudad de Arauca.
- *Manual de Vigilancia en Salud Pública Intensificada de Infección Respiratoria Agudo Asociada a Coronavirus 2019 (covid-19), COMPARTA EPS-S.*
- Plan territorial de Salud 2020-2023 Metodología PASE a La Equidad En Salud y fuentes oficiales de estadísticas SIVIGILA.
- https://www.unidadvictimas.gov.co/es/municipios-pdet/en-municipios-pdet-de-arauca-la-unidad-lidera-40-iniciativas-de-reconciliacion
- https://www.unidadvictimas.gov.co/es/municipios-pdet/con-proyectos-agropecuarios-y-educativos-la-unidad-reafirma-su-presencia-en
- https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Victimas/Paginas/justicia-y-paz.aspx
- https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2010/A382-10.htm

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE:

BOLIVAR



Contenido

1. Introducción 3

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio. 4

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el municipio. 6

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento. 10

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima 12

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 14

7. Estado De Emergencia Sanitaria Por Covid-19 17

8. Fuentes Bibliográficas 19

1. Introducción

Este documento es producto de la información recolectada a través de la revisión documental de fuentes secundarias, la información brindada por la institucionalidad que hace parte del SNARIV en el departamento de Bolívar, documentos del RNI y de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas del departamento de Bolívar, además del documento Plan de Desarrollo Departamental Bolívar Sí Avanza 2016 – 2019.

El Departamento de Bolívar de acuerdo con el Instituto Geográfico Agustín Codazzi –IGACtiene una extensión territorial de 25.978 Km2 y limita al norte con el Mar Caribe y el Departamento del Atlántico, al Oriente con el Río Magdalena que lo separa de los Departamentos del Magdalena (Nor-oriente), Cesar y Santander, al sur con el Departamento de Antioquia y al occidente con los Departamentos de Sucre y Córdoba lo cual hace de este un epicentro importante de procesos de desarrollo económico, explotación de recursos naturales y eventos culturales y políticos de influencia regional.

El Departamento además posee un territorio insular perteneciente al Distrito de Cartagena de Indias conformado por las Islas de Tierra Bomba, Corales del Rosario, Barú, San Bernardo e Isla Fuerte, estas últimas se encuentran ubicadas frente a las costas de los Departamentos de Sucre y Córdoba Respectivamente.

El territorio departamental está compuesto por tres grandes unidades fisiográficas. La primera se encuentra al Norte en la región del Canal del Dique y las ciénagas, con un relieve ondulado y las estribaciones de la Serranía de San Jacinto que presenta colinas de hasta 500 msnm. La segunda unidad hace referencia a la Depresión Momposina que se constituye como la región más cenagosa e inundable del departamento y del país debido a la gran cantidad de caños, ciénagas y pantanos que forman los ríos Magdalena, Cauca y San Jorge. La tercera está ubicada al Sur del Departamento en donde resalta en la geografía la Serranía de San Lucas que presenta características selváticas y en donde hay alturas superiores a los 1.600 msnm.

El departamento de Bolívar tiene un total de 45 municipios y un Distrito que funge como Distrito Capital (Cartagena de Indias). Dada su gran extensión, la diversidad en su geografía y las características culturales de sus comunidades, desde el año 2001 hasta la fecha gracias la Ordenanza 012 del 17 de mayo el Departamento de Bolívar se encuentra organizado territorialmente en 6 Subregiones denominadas como Zonas de Desarrollo Económico y Social –ZODES- con el fin de implementar políticas públicas que a partir de las características endógenas de cada Zona, promuevan el desarrollo económico y humano localmente.

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio.

Contexto Histórico del Conflicto Armado

El Departamento de Bolívar ha sido golpeado drásticamente por el conflicto armado, si bien en los últimos años hubo una disminución importante de los índices de violaciones derechos humanos que alcanzaron niveles alarmantes a finales de la década de los años noventa, aún se mantienen factores de riesgo que han provocado en lo corrido del año 2011 y 2012 varios eventos que van en contravía del goce efectivo de derechos. Según informe rendido por la Secretaría de Víctimas de la Gobernación de Bolívar en 2015, en los años 70 inician las primeras incursiones guerrilleras al departamento de Bolívar, estas ingresan en el Sur del Departamento con el Ejército de Liberación Nacional –ELN- para posteriormente presentarse las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia –FARC- y una facción del ELN denominados Ejército Revolucionario del Pueblo –ERP-,Ejército Popular de Liberación –EPL- y Renovación Socialista –CRS-.

Los inicios de las conformaciones guerrilleras en el departamento se dan paralelamente en el momento de la lucha campesina por la distribución equitativa de la tierra. Estos grupos guerrilleros ejercieron control del Sur del Departamento a través del cobro de extorsiones a los potentados terratenientes y secuestros extorsivos, convirtiéndose en la fuerza de control social y económico de la región. Ante esto, los potentados reaccionaron a los ataques guerrilleros recibiendo el apoyo de las autodefensas, por lo que las guerrillas terminaron reubicándose en las zonas de serranía como las de San Jacinto y los Montes de María, ya que su posición geográfica de corredor regional y de conexión con los departamentos de Magdalena, Sucre el Golfo de Morrosquillo, le permitieron la entrada de gran cantidad de armas y de más artefactos bélicos, y de sustancias de uso ilícito dirigidas al exterior.

En la década de los 90, según el informe mencionado, el ELN consolidó su presencia en todo el Departamento, dominando el poder político y social; en la zona norte hizo presencia el Frente Jaime Bateman Cayón que pertenecía al Frente de Guerra Norte; su influencia se ejercía en los municipios de San Juan de Nepomuceno, San Jacinto y El Carmen de Bolívar. A finales de la década de la misma década el dominio de este Frente guerrillero decayó ante los constantes enfrentamientos con las Autodefensas Unidas de Colombia y la Fuerza Pública.

Por otro lado, la Secretaría de Victimas informa que la incursión de las Autodefensas Unidas de Colombia – AUC- en el departamento se inicia en la zona Sur, en el año 1997, de acuerdo con el análisis de riesgo en el proceso de elaboración del PIU Departamental, los ataques de este grupo armado ilegal se dirigían a poblaciones que presuntamente colaboraban a las guerrillas de la zona generando masacres, homicidios selectivos y desplazamientos forzados en esa zona del departamento. En la región Norte el ingreso del grupo paramilitar se inició a través de la conformación de grupos privados de seguridad que protegiera los intereses particulares de unos cuantos terratenientes ante los ataques de los grupos guerrilleros.

De acuerdo con los informes de la Defensoría del Pueblo “La conformación de grupos de autodefensas se inscribe en un proyecto de contrainsurgente, orientado a eliminar, desterrar y desaparecer cualquier expresión de la población encaminada a reivindicar y exigir al Estado el cumplimiento de sus derechos fundamentales, la entrega de tierras y la redistribución de los beneficios derivados de los modelos de desarrollo”1 . Las autodefensas y el narcotráfico fue un factor de fortalecimiento y consolidación del accionar en el departamento, los narcotraficantes buscaban apoyo de las autodefensas con el fin de garantizar la seguridad de los corredores del tráfico de drogas, siendo uno de estos corredores estratégicos Cartagena-Golfo de Morrosquillo en donde se transportaba la droga hacia los mercados internacionales. Luego de los procesos de desmovilización de las AUC se evidencia en el departamento el accionar de grupos denominados “Águilas Negras” y “Los Paisas” que de acuerdo a los informes manifestados por la Fuerza Pública en diversos espacios son conformados por desmovilizados y no desmovilizados de las antiguas AUC como nuevos miembros producto del reclutamiento forzado.

Contexto Actual del Conflicto Armado

Estos grupos armados organizados post desmovilización de las AUC no son un fenómeno coyuntural, sino expresión del proceso de transformación de la violencia en Colombia, implicó cambios en la intensidad el uso de la violencia, en la organización de sus estructuras militares, en la lucha contrainsurgente y en la relación con otros grupos armados.

De acuerdo con la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas (UARIV), el conflicto armado convierte a Bolívar en el segundo departamento con mayor número de víctimas a nivel nacional, equivalente a 590.081 personas. Esta cifra indica que el 8% del total de las ocurrencias de hechos victimizantes en Colombia se han presentado en el Departamento de Bolívar, sólo superado por Antioquia, que en tamaño de su población, supera a Bolívar en más de cuatro millones de habitantes.
A partir de 1998 y hasta el año 2009 se presentó en el Departamento de Bolívar el mayor número de víctimas como consecuencia de la disputa territorial entre los grupos armados ilegales, especialmente en las zonas de los Montes de María y el Sur de Bolívar, que desencadenaron las masacres de Barranco de Loba (1998), San Pablo (1999), El Carmen de Bolívar (SALADO) (1999), Zambrano (1999), Las Palmas - San Jacinto (1999), El Salado (2000), Macayepo (2000), Mampuján (2000), entre otras.

A partir del 2009 se presentó un descenso en las cifras tanto de víctimas de la violencia, como en las de desplazamiento forzado, que responde a su vez a la evolución del conflicto armado en la región.

Si se analiza el comportamiento del número de víctimas en cada municipio de Bolívar, incluyendo al Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias, encontramos que, según el Registro Único de Víctimas a Agosto de 2019, más del 50% de la población víctima está ubicada en los municipios de: Cartagena, El Carmen de Bolívar, Magangué y San Pablo. Teniendo en cuenta el análisis

de población víctima por municipios del Departamento, excluyendo las cifras del Distrito de Cartagena, encontramos que más del 60% del total de la población víctima está situada en los municipios que conforman los Zodes de los Montes de María y Magdalena Medio (Sur de Bolívar).

En el caso de Bolívar el Desplazamiento Forzado constituye el 92,33% del total de los hechos victimizantes ocurridos dentro del departamento, según cifras de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Al igual que la cifra del número total de víctimas, Bolívar ocupa el segundo lugar a nivel nacional respecto al número de desplazamientos forzados, contando con 568.012 registros por este hecho victimizante a fecha 1 de marzo de 2016.

De acuerdo con UARIV en su informe de marzo de 2016, los municipios en los cuales se han presentado más casos de desplazamiento forzado son: El Carmen de Bolívar (22.9%), San Pablo (7.17%), San Jacinto (6.49%), María la Baja (5.85%) y San Juan Nepomuceno (5.26%). En su conjunto, estos cinco municipios concentran el 47.65% del total de personas desplazadas forzadamente en el Departamento de Bolívar.

En cuanto a la recepción de desplazados, de acuerdo con el Observatorio de Derechos Humanos de la Vicepresidencia de la República, las tendencias del desplazamiento forzado en el departamento indican que el casco urbano de El Carmen de Bolívar es el municipio mayor receptor de los desplazamientos masivos, y Cartagena es el mayor receptor de los desplazamientos individuales.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el municipio.

Contexto sociodemográfico

Enfoque Diferencial

1. **Niños, niñas y adolescentes, jóvenes, adultos mayores, mujeres, hombres e identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas**

Genero	entre 0 y 5	entre 6 y 11	entre 12 y 17	entre 18 y 28	entre 29 y 60	entre 61 y 100	ND
Mujer	9.750	31.264	38.300	73.705	126.310	32.801	10.224
No Informa	324	64	79	177	45	13	15
LGBTI		13	17	56	134	23	1
Hombre	10.305	32.879	41.157	76.794	114.210	36.139	12.522

Bolivar ocupa el cuarto lugar entre los departamento con mayor población víctima del conflicto armado con 300.323 personas.

Fuentes: MSPS, SISPRO - RUV, Personas VCA correctamente identificadas. Corte: Diciembre 31 de

2. Población étnica (gitanos y afrodescendientes)

Etnia	entre 0 y 5	entre 6 y 11	entre 12 y 17	entre 18 y 28	entre 29 y 60	entre 61 y 100	ND
Ninguna	20.185	61.922	73.381	136.923	218.804	62.684	22.105
Indigena	5	114	495	1.235	1.815	588	24
Gitano(a) ROM		40	140	173	288	53	1
Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia	1	19	46	112	235	67	1
Negro(a) o Afrocolombiano(a)	176	2.049	5.408	12.101	19.200	5.463	628
Palenquero	12	75	80	183	342	116	3
Gitano (RROM) (Acreditado RA)		1	3	5	15	5	

Fuentes: SISPRO - RUV, Diciembre 2018. DANE, Censo 2005

Personas víctimas del conflicto armado según pertenencia Étnica y lugar de residencia. RUV 2018

Afro-colombiano	Raizal	Palenquero
5%	2.8%	11%

En cuanto a las cifras de población étnica del departamento de Bolivar en contraste con las del nivel nacional, se destaca que el departamento de Bolivar es el segundo con mayor población palenquera del País.

3. Discapacidad

Discapacidad	entre 0 y 5	entre 6 y 11	entre 12 y 17	entre 18 y 28	entre 29 y 60	entre 61 y 100	ND
Con discapacidad	137	774	1.296	2.639	8.838	8.355	182
Sin discapacidad	20.242	63.446	78.257	148.093	231.861	60.621	22.580

Personas VCA con discapacidad: El departamento de Bolivar tiene un 17% de la población total víctima en condición de discapacidad.

Fuentes: MSPS, SISPRO – RLCPD y RUV, Personas VCA correctamente identificadas. Corte: Diciembre 31 de 2018.

Personas con discapacidad según pertenencia étnica. RLCPD

Afro-colombiano	Indígena	Raizal	Palenquero	Rrom
17.897	NR	90	119	16

Fuentes: MSPS: SISPRO, RLCPD, 2002 – 2018

Contexto Socioeconómico

En las regiones en donde se ubica la mayor parte de la población víctima del conflicto armado que reside en el departamento han sido visibles los efectos colaterales del conflicto armado, como la p0breza, la exclusión y la falta de la presencia institucional.

Actualmente en la región de Montes de María se vive un proceso de posconflicto y consolidación del territorio, reactivándose la economía y el

fortalecimiento de la gobernabilidad. En el sur de Bolívar, en inmediaciones del magdalena medio, se conoce de la presencia de reductos de FARC y ELN, los cuales utilizan la zona como corredor de movilidad con el Bajo Cauca antioqueño. La situación actual del conflicto armado, se ve marcada por la lucha por el control de territorios y rutas estratégicas, tráfico ilegal de armas, control de la minería ilegal, donde las BACRIM o GAI pos-desmovilización se disputan el control de estos.

Economía

Para el año 2014, el DANE estimó que el valor de la pobreza monetaria en Bolívar fue de 39,9%, la cual, si bien ha venido reduciéndose a una tasa promedio de 4 puntos porcentuales por año, todavía se encuentra cerca de diez puntos porcentuales por encima del valor nacional (28,5%) y aún más alejada del valor de la ciudad de Cartagena (26,6%).es una de las 15 economías más importantes de la región Caribe y la 2. ª Departamental, la cual está representada por la Actividad Agrícola en un 37%, la Actividad Comercial en un 35%, la Industria en un 22%; las dos últimas han mostrado excelentes índices de crecimiento, logrando un aumento superior al 50%.

Las cifras sobre el Producto Interno Bruto (PIB) del departamento de Bolívar evidencian que este departamento ha venido creciendo a una tasa de promedio anual de 7% entre 2002 y 2013. Esto en gran parte se debe al desempeño del sector industrial, el cual, en promedio, aporta el 40% del PIB de Bolívar y que ha realizado significativas inversiones como la ampliación de la Refinería de Cartagena. Este proyecto ha inyectado a la economía local cerca de 1,5 billones de pesos desde su inicio en el año 2009, monto que es muy cercano al presupuesto anual de la alcaldía de Cartagena para el año 2015. A pesar del mencionado desempeño económico logrado por el departamento de Bolívar, las oportunidades y la generación de ingresos no se han materializado en transformaciones sustanciales o mejoramientos en la calidad de vida de los bolivarenses.

El coeficiente de Gini así lo demuestra, para el departamento de Bolívar, en el año 2013, el valor registrado fue 0,50, el cual, si bien se encuentra por debajo del nivel nacional (0,54), es mayor que el observado en Cartagena (0,48). Es decir, el crecimiento económico del departamento no ha sido acompañado de un salto sustancial en las condiciones de vida de la población, demostrándose la baja relación que guarda el desempeño económico y el grado de desarrollo de la población, cuando se considera la multi-dimensionalidad de la pobreza; indicadores de educación, acceso a alimentos, salud, primera infancia, equidad de género y atención a grupos poblacionales, han logrado avances que, si bien representan mejoras, palidecen frente al crecimiento económico del departamento.

La medición realizada de este indicador para el año 2012, muestra que el porcentaje de personas NBI, en el departamento de Bolívar, se encontraba en 31,1% y que el 72% de los municipios (33 de ellos) contaban con un indicador superior al departamental. Entre estos se destaca Santa Rosa (58,6%), San Jacinto (51,8%) y el Carmen de Bolívar (50,6%) por ser los que cuentan con mayor porcentaje de personas en situación de pobreza medida por NBI. Los

que se encuentran en mejor situación son San Cristóbal (21,5%), Cartagena (23,3%) y Regidor (27%).

Contexto cultural y político

En medio del conflicto, las comunidades, sociedad civil e institucionalidad del Departamento de Bolívar han emprendido caminos para la construcción de paz. Se destacan subregiones como los Montes de María donde se han concentrado importantes recursos e iniciativas para la construcción de paz desde la institucionalidad y la sociedad civil, con el apoyo, en muchos casos de la comunidad internacional. En Bolívar el proceso de construcción de paz inició hace décadas, sin embargo, tras el acuerdo de paz con las Autodefensas Unidas de Colombia – AUC - y con la implementación de la Ley de Justicia y Paz (Ley 975 de 2005), este proceso tomó un nuevo impulso bajo el liderazgo de instituciones como la CNRR (Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación), las Fiscalías de Justicia y Paz y las Defensorías Regionales.

Con el liderazgo de estas instituciones y de organizaciones de la Sociedad Civil se han desarrollado iniciativas de paz, pero sobretodo se han impulsado procesos que han contribuido al empoderamiento de las víctimas del conflicto, su reconocimiento y acceso a mecanismos de justicia transicional. Estos procesos se fortalecen con la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (Ley 1448 de 2011) y con la institucionalidad que esta puso en marcha para continuar afrontando el reto de la paz, principalmente la Unidad para la Atención y Reparación Integral a Víctimas y Unidad de Restitución de Tierras, Centro Nacional de Memoria Histórica).

En el interés por lograr la reconciliación, Bolívar también ha avanzado en términos de Reintegración. Desmovilizadas las AUC, el Ministerio del Interior y Justicia, luego la Alta Consejería para la Reintegración y, desde 2011, la Agencia Colombiana para la Reintegración –ACR– han liderado el proceso de reintegración de más de 1000 excombatientes desmovilizados colectiva o individualmente de las AUC y de otros grupos armados. A través de Centros de Servicios ubicados en Cartagena, Barrancabermeja, Sincelejo y Aguachica la Agencia ha ofrecido a los desmovilizados participantes de su programa una ruta de reintegración con las siete dimensiones clave de este proceso, incluidas la personal, productiva, familiar, educativa y ciudadana.

Atención en salud integral a la población víctima

La situación de violencia que ha vivido el departamento en los últimos 25 años, relacionada con las acciones de grupos al margen de la ley, ha incidido de manera considerable sobre el perfil epidemiológico de la población y ha afectado principalmente a niños, niñas, adolescentes y mujeres. Esto generó grandes problemas de salud pública que han significado para el gobierno departamental, un gran reto en materia de acciones de gestión integral y desarrollo en la prestación de los servicios de salud.

El indicador de cobertura del servicio de salud en el departamento de Bolívar muestra que esta es cercana a la universal (96,3%) y se encuentra concentrada en el régimen subsidiado. A corte de noviembre de 2015, más de la tercera

parte (69%) de la población se encontraba afiliada a una EPS de este tipo, porcentaje que se ha mantenido con muy ligeras variaciones desde el año 2010. Sin embargo, la afiliación al servicio no garantiza que la población cuente con los servicios o con las condiciones de salud adecuadas. Precisamente, para evaluar las condiciones de salud de la población pueden ser tomados los indicadores incluidos en los ODM, los cuales cuentan con un componente importante en esta área.

Específicamente el ODM 1 (desnutrición y hambre), ODM 4 (mortalidad infantil), ODM 5 (salud materna) y ODM 6 (combatir enfermedades) y otros indicadores de salud, entre estos los relacionados con mortalidad infantil (menores de 5 y de 1 año), los controles prenatales a los nacidos vivos y combatir enfermedades como el VIH/SIDA, la malaria y el dengue son los que cuentan con metas cumplidas. Por el contrario, aquellos relacionados con las coberturas de vacunación, la razón de mortalidad infantil y la atención institucional del parto, todavía no han logrado alcanzar la meta establecida.

En cuanto a salud mental, puesto que en el 2016 la tasa de intento de suicidio fue de 24,2%, mientras que en 2018 se incrementó a 39,3%.Por su parte, las coberturas en vacunación en el departamento no alcanzaron las metas establecidas en los ODM (la cobertura se encuentra más de 10 puntos por debajo de la meta).

Una de las principales limitantes departamentales para lograr y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, es el estado de la Red Pública Prestadora de Servicios de Salud, en el departamento de Bolívar, constituida por cuarenta y tres (43) Empresa Sociales del Estado de las cuales 40 se ubican en los municipios y 3 en Cartagena. Treinta y ocho ESE's son de baja complejidad, 37 están ubicadas en los municipios y 1 en Cartagena. Cuatro son de mediana complejidad, de las cuales ubicadas 3 están ubicadas en los municipios y una en Cartagena.

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento.

Atención en salud integral y atención psicosocial de la población víctima

Una de las principales limitantes departamentales para lograr y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, es el estado de la Red Pública Prestadora de Servicios de Salud, en el departamento de Bolívar, constituida por cuarenta y tres (43) Empresa Sociales del Estado de las cuales 40 se ubican en los municipios y 3 en Cartagena. Treinta y ocho ESE's son de baja complejidad, 37 están ubicadas en los municipios y 1 en Cartagena. Cuatro son de mediana complejidad, de las cuales ubicadas 3 están ubicadas en los municipios y una en Cartagena.

El estado de desarrollo y calidad de la red es determinante para el logro de los resultados en salud. Por esto es preocupante que, de acuerdo al Informe de Gestión de la Secretaría de Salud departamental para el periodo 2012-2015, el

hecho de que 80% de las ESE tenía deficiencias en infraestructura, dotación, tecnología y procesos prioritarios asistenciales. Situación que se refuerza de manera negativa, teniendo en cuenta que el departamento no ha adoptado eficazmente el modelo de atención primaria en salud, existe una baja adherencia del enfoque diferencial en la prestación de los servicios, y en el 35% (16) de los municipios, opera un oferente único perteneciente a la red pública.

Con relación al perfil epidemiológico de la población de Bolívar, la Secretaría de Salud de este departamento muestra que este se encuentra determinado por la dinámica poblacional del territorio, con una tendencia al crecimiento de la población de 25 a 80 y más. Aun cuando la población sigue siendo principalmente joven, los adultos mayores mantienen una tendencia al aumento en relación con la población de 1985. En el 2015 el departamento de Bolívar cuenta con una población total que asciende a los 2.097.161 habitantes

212.707 son personas mayores de 60 años que representan cerca del 12.2% de la población, con una tendencia al aumento, según proyecciones del DANE que establecen un crecimiento de más del 20% y duplicando el 10.3% del crecimiento poblacional agregado de Bolívar. Adicionalmente, los asentamientos en zonas no planificadas debido al desplazamiento forzoso, entre otros factores, han generado la proliferación de enfermedades transmitidas por vectores. En 2014 se registraron 1.154 casos de dengue en el departamento, y 537 excluyendo el Distrito de Cartagena. Los principales municipios afectados fueron San Juan Nepomuceno (98), Santa Rosa del Sur (84), Turbaco (73), Mompóx (64), Magangué (58), El Carmen de Bolívar (57).

Por su parte la prevalencia de VIH de 0,0013 en el 2012, a 0,0004 en el año 2015. Persisten factores de riesgo como las bajas coberturas de vacunación, situación ambiental desfavorable y hábitos culturales inadecuados.

Enfermedades transmisibles como las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, también han afectado en gran medida a la población menor de cinco años, reportándose 52.493 casos totales y 23.718 casos excluyendo el Distrito de Cartagena, de las primeras, y 10.661 casos totales, y 4.211 casos excluyendo Cartagena en menores de cinco años (Secretaría de Salud de Bolívar, 2015).

Las situaciones identificadas en el sector salud, obedecen principalmente a la débil estructura social de la población de Bolívar, la cual es dada entre muchos aspectos por un deficiente sistema educativo, resistencia social a cambios conductuales y culturales, y débil estructura familiar; afectada por condiciones económicas y sociales como la violencia y el conflicto armado. Sumado a lo anterior, la compleja situación geográfica, con áreas rurales dispersas de difícil acceso y precaria infraestructura vial agravan las condiciones de salud de las comunidades.

En cuanto a la Atención Psicosocial desde la Unidad de Víctimas se han obtenido los siguientes resultados en atención durante los últimos años (Corte a 31 agosto 2019):

Atención psicosocial

AÑO	NÚMERO DE PARTICIPANTES**
2013	**943**
2014	**1262**
2015	**1881**
2016	**1286**
2017	**914**
2018	**2429**
2019	**1415**

Fuentes: SISPRO - RUV, Diciembre 2018. DANE, Censo 2005

Número de personas atendidas en el componente psicosocial de PAPSIVI, según departamento de Residencia. Año 2013 a 2018;

En el departamento de Bolivar se han atendido desde el 2013 hasta el 2018, 50.451 personas en el PAPSIVI, en el 2018 2.759 personas y para este año 2019 la meta son 4844 personas.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

Organización social:

En el marco de los procesos organizativos de los territorios, se destacan las organizaciones de base comunitaria, por ser estas una plataforma de participación para las personas. En este sentido, las Juntas de Acción Comunal son una expresión social organizada, autónoma y solidaria de la sociedad civil, para promover el desarrollo integral, sostenible y sustentable construido a partir del ejercicio de la democracia participativa de las comunidades.
Por otro lado, así mismo existe la posibilidad de que si un barrio carece de su **Junta de Acción Comunal**, podrá encontrar asesoría en las Asojac (Asociación de Juntas de Acción Comunal), para crearla o en su defecto "desempolvar" la junta antigua si la tuviera.

La Asociación de Afrocolombianos Desplazados (AFRODES): la cual tiene como misión erigirse como una organización que brinda orientación, apoyo, acompañamiento y asesoría, y capacitación e interlocución en defensa de los derechos e identidad cultural de la población afrocolombiana en situación de desplazamiento.

La Liga de Mujeres Desplazadas: que es una organización de 300 mujeres sobrevivientes de masacres y otros crímenes de guerra que nació en Cartagena y que ahora también se encuentra en los municipios de Turbaco y Carmen de Bolívar. Estas se encuentran legalmente constituidas y a

disposición de las víctimas del conflicto armado, en especial el hecho victimizante de desplazamiento forzado que es uno de los hechos más recurrentes en la ciudad de Cartagena como una de las ciudades receptoras por ser capital del departamento de Bolívar.

Además de esto, en Cartagena inciden diferentes organizaciones, cabildos, entidades, partidos políticos y movimientos sociales en los que las victimas participan y hacen incidencia en la agenda pública de la ciudad. Entre estas se pueden destacar por su gran labor las siguientes:

Organizaciones de participación y control social:

- El comité de seguimiento al auto 092(mujeres víctimas del conflicto armado)
- La mesa distrital de participación efectiva de las víctimas de Cartagena de Indias
- Colectivo Nacional de Mujeres
- Liga de Mujeres Desplazadas

Organizaciones de base:

- JAC (Juntas de Acción Comunal)

Cabildos:

- Cabildo Indígena Zenú de Membrillal
- Cabildo de Bayunca

Asociaciones:

- Andescol (Asociación Nacional de Desplazados Colombianos)
- Afrodes (Asociación Afrocolombianos Desplazados)

Movimiento Político:

- Marcha patriótica

Partido Político:

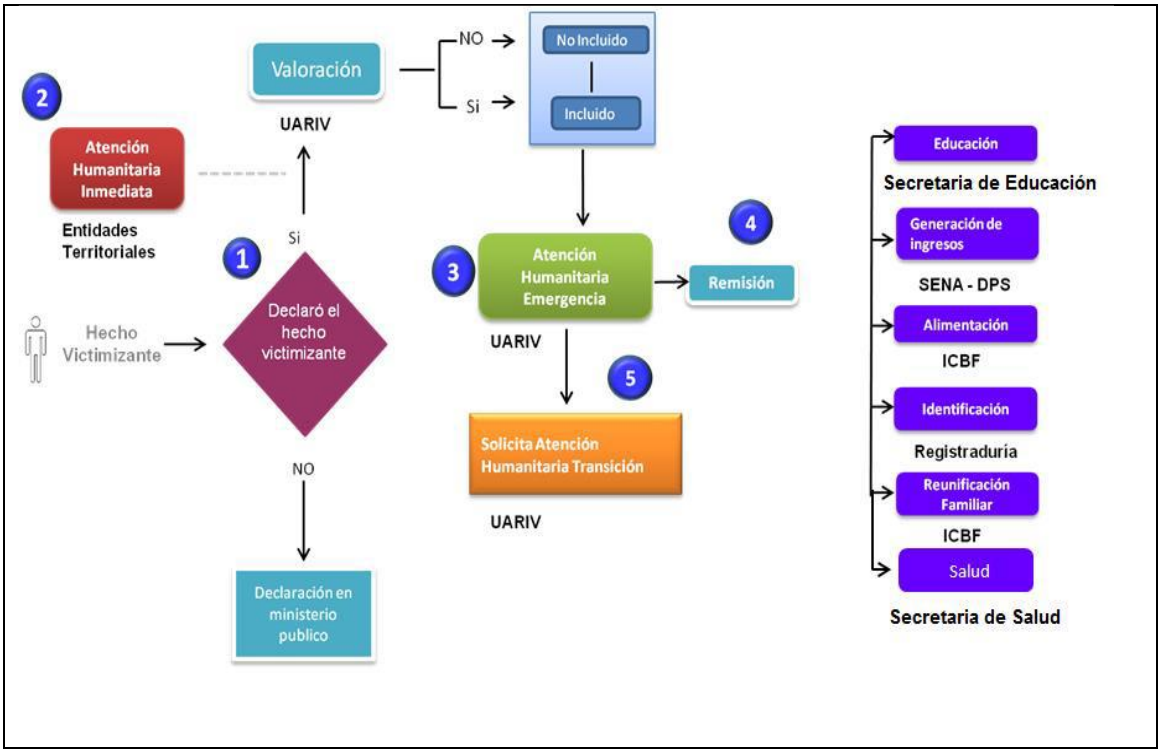
- Unión Patriótica

Redes:

- Red de Mujeres

Red Juvenil (Memoria y Paz).

Ruta de Atención a las Víctimas del Conflicto Armado en Colombia.



6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

Barreras físicas evidenciadas para la atención a la población víctima sujeto de especial protección:

- Los requerimientos del protocolo y rutas de atención en ocasiones generan desgaste físico y económico en las víctimas del conflicto armado.
- La demora en la asignación al servicio de atención a consulta externa.
- Falta de personal interdisciplinario para la atención a víctimas del conflicto armado en los puestos de salud más cercanos a su lugar de residencia.
- En ocasiones se evidencia la falta de conocimiento de la ruta de atención en salud mental de distrito de Cartagena.
- No todas las personas sobrevivientes cuentan con los recursos económicos para trasladarse de sus domicilios hacia los lugares que brindan atención al usuario.
- El transporte en la ciudad de Cartagena es uno de los más costosos del país y las personas sobrevivientes del conflicto armado en ocasiones no cuentan con estos recursos.
- Los espacios de atención a los usuarios víctimas en ocasiones son espacios reducidos en los cuales las personas tienen que esperar sus turnos a las afueras de las instalaciones.
- No cuentan con medio de transporte de fácil acceso y que facilite realizar sus diferentes diligencias.
- Algunas locaciones discriminan de manera negativa el acceso, no están diseñadas desde un enfoque arquitectónico incluyente para las personas víctimas, puesto que hay que subir **escaleras** y no hay rampas, esto afecta a

mujeres embarazadas, personas con niños en brazos, adultos mayores, personas con discapacidad. Algunas instituciones tienen sus oficinas en **edificios** que tienen muchos pisos u oficinas, lo cual genera confusión en quienes necesitan acceder a bienes y servicios. De igual manera, hay oficinas que quedan en pisos donde necesariamente deben tomar ascensores para llegar, para evitar subir demasiadas escaleras y algunas personas lo perciben como una barrera porque les produce miedo tanto a la sensación de encerramiento o la posibilidad de quedar atrapados en un piso alto sin posibilidad de salir.

Barreras comunicacionales evidenciadas para la atención a la población víctima sujeto de especial protección:

- La institucionalidad en ocasiones no soluciona las situaciones de manera estructural o sino de manera emergente.
- En algunas ocasiones los funcionarios se olvidan de la empatía y trato hacia las víctimas.
- Algunos funcionarios no manejan el lenguaje técnico, ya sea por desconocimiento (sus formaciones no están relacionadas con el tema) o sencillamente porque no han sido formados en lo específico para sus funciones.
- Otra barrera identificada es el tecnicismo utilizado por funcionarios, a quienes los usuarios no comprenden por utilizar las palabras inadecuadas para explicar o aterrizar lo que deben conocer las víctimas.
- Algunos funcionarios son entrenados en la marcha y eso les hace cometer errores al realizar orientaciones o derivaciones a otros servicios.
- Descoordinación respecto a las funciones y responsabilidades de las diferentes entidades territoriales, que tienen responsabilidad legal con las víctimas.
- Deficiente presupuesto para la atención/operación de planes, programas y proyectos que se implementan.
- Personal insuficiente para la atención de los diferentes servicios y ofertas institucionales.
- Los tiempos y tipo de contratación no garantizan estabilidad laboral para los profesionales que realizan las atenciones.

Barreras actitudinales evidenciadas para la atención a la población víctima sujeto de especial protección:

- El desgaste emocional que hacen las personas víctimas del conflicto armado ante el protocolo de atención y rutas de atención.
- La falta de confianza de las personas sobrevivientes del conflicto armado hacia la institucionalidad por su indiferencia y falta de operatividad hacia las afectaciones de las víctimas del conflicto armado.
- Los sentimientos de inferioridad de algunas personas víctimas pueden ser alimentados por la actitud de los funcionarios. El no mirar a los ojos cuando se dirige a sus usuarios, hacerlos esperar sin necesidad, un trato poco afable, el tono de la voz, etc.
- En algunos funcionarios se identifica la apatía frente a las identidades de

género no hegemónicas, sobre todo a la hora de establecer el contacto inicial.

- Las víctimas no disponen de recursos económicos que les permitan movilizarse y alimentarse mientras gestionan y acceden a los bienes y servicios a los que tienen derecho.
- Gastos para corroborar turnos, averiguar por trámites vía telefónica.
- El choque cultural por el escaso o nulo conocimiento y relacionamiento con la estructura formal de las instituciones (burocráticas) del Estado, que exigen conocimiento y práctica del manejo de los tiempos, papeleos, rutinas de interacción y oficinas a las cuales deben acudir.
- Sentimiento de inferioridad que surge en las personas víctimas, como parte de los efectos psicosociales que deben afrontar y que se produce a partir de la obligación de interactuar con personas con “estatus alto” como los funcionarios públicos, puesto que su forma de vestir y el mobiliario que los encubre así lo facilitan. Este sentimiento es alimentado, en ocasiones, por funcionarios negligentes o con actitudes déspotas que denotan desinterés por la situación de quien atiende o de quien acude por un servicio institucional.

7. Estado De Emergencia Sanitaria Por Covid-19



Las autoridades de salud, civiles, militares y de policía con asiento en el Puesto de Mando Unificado de Bolívar, bajo la coordinación del gobernador, Vicente Blel Scaff, emiten el siguiente reporte relacionado a la presencia de casos COVID-19 en el departamento y sobre acciones que se ejecutan para frenar la propagación del virus en el territorio:

Debido al incremento de número de pruebas practicadas y de resultados obtenidos en Bolívar el informe diario de casos COVID–19 se socializa acorde con lo reportado por la Secretaría de Salud Departamental.
Hoy se reportan para Cartagena 115 casos. En los municipios de Bolívar se registran 20 nuevos contagios. Casos de municipios de Bolívar, hoy 29 de septiembre:

Caso 6000: Femenina entre 50-59 años de edad, residente en San Estanislao, aislada en casa.
Caso 6001: Femenina entre 50-59 años de edad, residente en Arroyo Hondo, aislada en casa.
Caso 6002: Femenina entre 60-69 años de edad, residente en Santa Catalina, aislada en casa.
Caso 6003: Masculino entre 70-79 años de edad, residente en San Jacinto del Cauca, aislado en casa.
Caso 6004: Femenina entre 40-49 años de edad, residente en San Jacinto del Cauca, aislada en casa.
Caso 6005: Femenina entre 40-49 años de edad, residente en San Jacinto del Cauca, aislada en casa.
Caso 6006: Femenina entre 30-39 años de edad, residente en El Carmen de Bolívar, aislada en casa.
Caso 6007: Femenina entre 40-49 años de edad, residente en El Carmen de Bolívar, aislada en casa.
Caso 6008: Femenina entre 50-59 años de edad, residente en Magangué, aislada en casa.
Caso 6009: Femenina entre 90-99 años de edad, residente en Magangué, aislada en casa.
Caso 6010: Femenina entre 30-39 años de edad, residente en Magangué, aislada en casa.
Caso 6011: Femenina entre 70-79 años de edad, residente en Barranco de Loba, aislada en casa.
Caso 6012: Femenina entre 30-39 años de edad, residente en Río viejo, aislada en casa.
Caso 6013: Femenina entre 40-49 años de edad, residente en Río viejo, aislada en casa.
Caso 6014: Femenina entre 40-49 años de edad, residente en Magangué, aislada en casa.
Caso 6015: Femenina entre 30-39 años de edad, residente en Magangué, aislada en casa.
Caso 6016: Masculino entre 30-39 años de edad, residente en Santa Rosa Sur, aislado en casa.
Caso 6017: Femenina entre 20-29 años de edad, residente en Santa Rosa Sur, aislada en casa.
Caso 6018: Femenina entre 60-69 años de edad, residente en San Jacinto, aislada en casa.
Caso 6019: Femenina entre 70-79 años de edad, residente en Turbana, aislada en casa.

8. Fuentes Bibliográficas

- ✓ Plan de Desarrollo Departamental de Bolívar “Bolívar Sí Avanza” 2016 - 2019

- ✓ **RNI Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas** Documentos de Caracterización Municipal

- ✓ **Entidades del SNARIV**

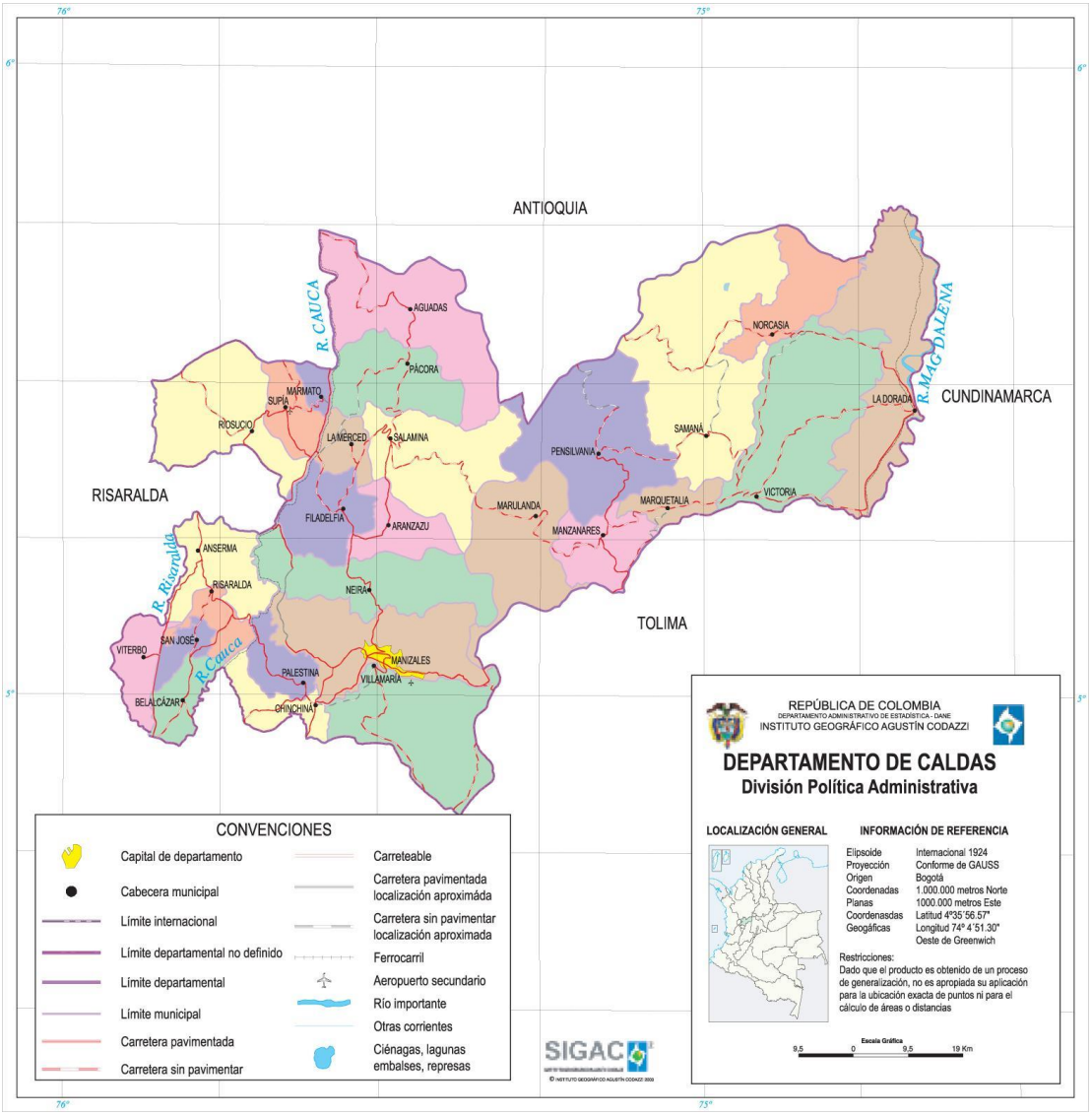
- ✓ **Monografía Político Electoral DEPARTAMENTO DE BOLIVAR 1997 a 2007.** Corporación Nuevo Arco Iris. Bogotá 2007

- ✓ **https://www.bolivar.gov.co/index.php?option=com_k2&view=item&id=2277:reporte-de-casos-puesto-de-mando-unificado-de-bol%C3%ADvar&Itemid=435**

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE: CALDAS

MAPA DEPARTAMENTAL
CALDAS



Fuente: https://www.igac.gov.co

Tabla de contenido

1. Introducción 3

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento de Caldas. 5

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el municipio. 6

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio. 17

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima 20

Mapa de Oferta 21

Ruta para solicitud de indemnización administrativa - Minas antipersonales, atentado terrorista, tortura, lesiones personales físicas, lesiones personales psicológicas 28

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 29

7. Estado de emergencia sanitaria Covid19. 29

1. Introducción

En el marco del Convenio de asociación 469 de 2020 suscrito entre la Fundación Forjando Futuros (FFF) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) se está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI). En la vigencia 2021 se está desarrollando el programa en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Córdoba, Sucre, Cesar, Guajira, Magdalena, Guainía, Arauca, Caquetá, Caldas, Risaralda, Quindío, Meta, Casanare, Nariño.

En el Departamento de Caldas, se priorizaron tres (3) municipios del departamento: Manizales, Pensilvania y Samaná.

En este documento se presenta la actualización del análisis del contexto del Departamento de Caldas, siguiendo las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en este sentido este documento contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Para la recolección de información se utilizaron fuentes primarias que alimentaron la construcción del documento, entre ellos reportes verbales de servidores públicos municipales y relatos de población víctima del conflicto armado obtenidos a través de entrevistas realizadas. Las fuentes secundarias utilizadas fueron: Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024, datos de la Red Nacional de Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, documentos diagnósticos de diferentes entidades que conforman el SNARIV, entre otros. Los datos consultados tienen fecha de corte de diciembre de 2021

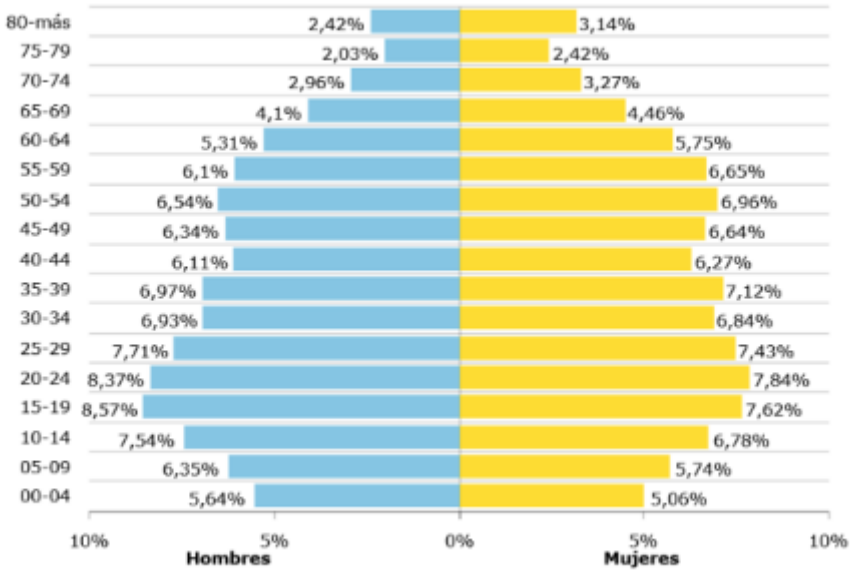
El Departamento de Caldas es uno de los treinta y dos departamentos que, junto con Bogotá, Distrito Capital, forman la República de Colombia. Su capital es Manizales. Está ubicado en el centro del país, en la región andina, limitando al norte con Antioquia, al noreste con Boyacá, al este con Cundinamarca, al sur con Tolima y Risaralda y al oeste con Risaralda. Con 7888 km² es el quinto departamento menos extenso —por delante de Risaralda, Atlántico, Quindío y San Andrés y Providencia, el menos extenso— y con 125 hab/km², el sexto más densamente poblado, por detrás de San Andrés y Providencia, Atlántico, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca.

Pertenece al eje cafetero y a la región Paisa. Fue creado en 1905, fruto de la reforma a la división político- administrativa propuesta por el general Rafael Reyes Prieto, quien asumió la presidencia en 1904. Hasta 1966 comprendió los territorios que ocupan los departamentos de Risaralda y Quindío, que se segregaron. A esta unión se le conoce popularmente como *El Viejo Caldas*, *El Gran Caldas* o *La Mariposa Verde*.

En este departamento es posible encontrar todos los pisos térmicos, desde los cálidos valles del río Magdalena y el río Cauca hasta las nieves perpetuas del Nevado del Ruiz. Predomina la topografía montañosa. Según un estudio de la Universidad del Rosario; en el 2014 Caldas fue el tercer departamento más competitivo de Colombia solo superado por Bogotá D. C. y Antioquia

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda (2018), la población total en el departamento de Caldas es de 998.255 habitantes, con una participación del 2,1% en la población total nacional. La mayor concentración se presenta en el área urbana (75,4%); mientras que el 24,6% vive en la zona rural. La desagregación de la población por sexo revela una participación levemente mayor de las mujeres (51,5%), respecto a la de los hombres (48,5%). La pirámide poblacional del departamento muestra que aún se encuentra en su transición demográfica puesto que no se observa la forma de pirámide invertida, que ya comienza a presentarse en otras regiones del país. La población menor a 30 años participa con el 40%, la población entre 30 y 60 años representa una tercera parte de la población del departamento, mientras que la mayor de 60 años constituye alrededor del 18%. Estas cifras indican que la tasa de dependencia económica1 en el departamento aún es alta; en efecto, el diseño de políticas sectoriales debería tener en cuenta este comportamiento demográfico.

Gráfica 3. Pirámide poblacional del departamento, 2018



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda. DANE, 2018.

Bajo este programa se logrado realizar un proceso articulado de servicios, con los entes municipales y departamentales, con la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y a las infracciones al DIH suscitadas en el marco del conflicto armado.

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento de Caldas.

Frente a la ambigüedad presente en el conflicto del departamento de Caldas, se puede decir que en el Oriente Caldense hubo tres momentos en su devenir.

El primero, que se ubica entre finales de la década del setenta y el primer lustro del ochenta, que tiene como escenario el valle del Magdalena, cuando se generaron los procesos de organización de las Autodefensas Campesinas que luego darían origen a la Asociación de Comerciantes, Ganaderos y Agricultores del Magdalena Medio, ACDEGAM, con la personería jurídica otorgada por la Gobernación de Boyacá, organización utilizada como fachada para traficar con armas y realizar los pagos a los contingentes paramilitares del Magdalena Medio (Durán, 2013, pp. 12-15). Surgieron con el propósito de poner fin a las extorsiones y los secuestros que realizaba el grupo ilegal, autodenominado Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia, FARC, contra los propietarios de la zona. (Medina, 2018)

En una segunda etapa, su objetivo inicial de autodefensa tuvo un giro a partir de 1985, expulsada la guerrilla, su modus operandi adquirió la execrable connotación de “limpieza social”, sus nuevos objetivos militares fueron las personas diferentes e incómodas. En esta etapa de la guerra, las fuerzas paramilitares, en connivencia con las del Estado, son las responsables del aniquilamiento sistemático de sindicalistas, defensores de Derechos Humanos y de miles de militantes del partido Unión Patriótica

La tercera etapa del conflicto armado inició en 1999, cuando las FARC, aprovechando la distensión armada que se produjo durante los diálogos de paz del Caguán (1999-2001), convirtieron el Oriente de Caldas en un territorio de refugio y tránsito para trasladar sus enfermos y secuestrados. Con tal propósito, los frentes 9 y 47, procedentes del sur de Antioquia, incursionaron en los corregimientos de Florencia, San Diego, Berlín y Encimadas, del municipio de Samaná, y en el corregimiento de Arboleda, del municipio de Pensilvania, con la clara intención de tomar control del territorio; y los paramilitares que ya se habían fortalecido en el valle, subieron a la montaña, inicialmente al municipio de Norcasia, en donde contaron con la colaboración de la fuerza pública y la administración municipal, con lo cual se iniciaron los hostigamientos y combates continuos con la guerrilla en la zona de montaña, por el dominio territorial. (Medina, 2018)

El conflicto armado fue atizado por los recursos derivados de la siembra de la coca, actividad a la que se dedicaron la mayoría de los campesinos

agobiados por la crisis cafetera; y la producción cocalera se vio “favorecida” por la protección de los miembros de la policía y el ejército nacionales instalados en la región. Todos los actores armados se lucraron de los cultivos ilícitos, y la gran afluencia de dinero exacerbó el conflicto armado, cambió la economía regional, trastocó el sentido del trabajo honrado y digno por el dinero fácil y el afán de consumo; en fin, se trastocó el orden local establecido, alteró la vida cotidiana. (Medina, 2018)

Los grupos étnicos en Caldas presentaron una reducción del 36,1% entre el Censo de 2005 y el Censo Nacional de Población y Vivienda (2018) pasando de 22.659 a 14.716 personas. Por tipo de población, se observó un leve incremento de la población que se auto reconoce como raizal del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina al pasar de 28 a 107 personas, así como de la población con autorreconocimiento como palenquera de San Basilio. Aquellos que se reconocen como población negra, mulata, afrodescendiente o afrocolombiana pasaron de un poco más de 22.631 personas en 2005 a 14.579 en 2018.
Fuente: (Departamento Administrativo Nacional de Estadistica, DANE, 2018)

En cuanto a la población excombatiente, la Agencia Colombiana para la Reintegración ARN, adelanta tres procesos de atención de población excombatiente que se clarifican a continuación:

• **Reintegración:** hace referencia las personas que desde el año 2001 a la fecha se han desmovilizado de grupos armados de manera individual y aquellos que se acogieron al proceso de paz entre el Gobierno Nacional y los grupos de Autodefensas. Desde el 2001 a la fecha se han desmovilizado 74.855 personas.

• **Reintegración Especial:** hace referencia a las personas que se acogieron a la Ley de Justicia y paz y que pertenecieron a un grupo armado ilegal, cometieron delitos de lesa humanidad y pasaron por cárcel en un promedio de 9 años, estas personas deben adelantar un proceso de reintegración especial con enfoque reconciliador y continúan vinculados con sus procesos judiciales. Se cuenta con una población nacional de atención de 1.035 personas.

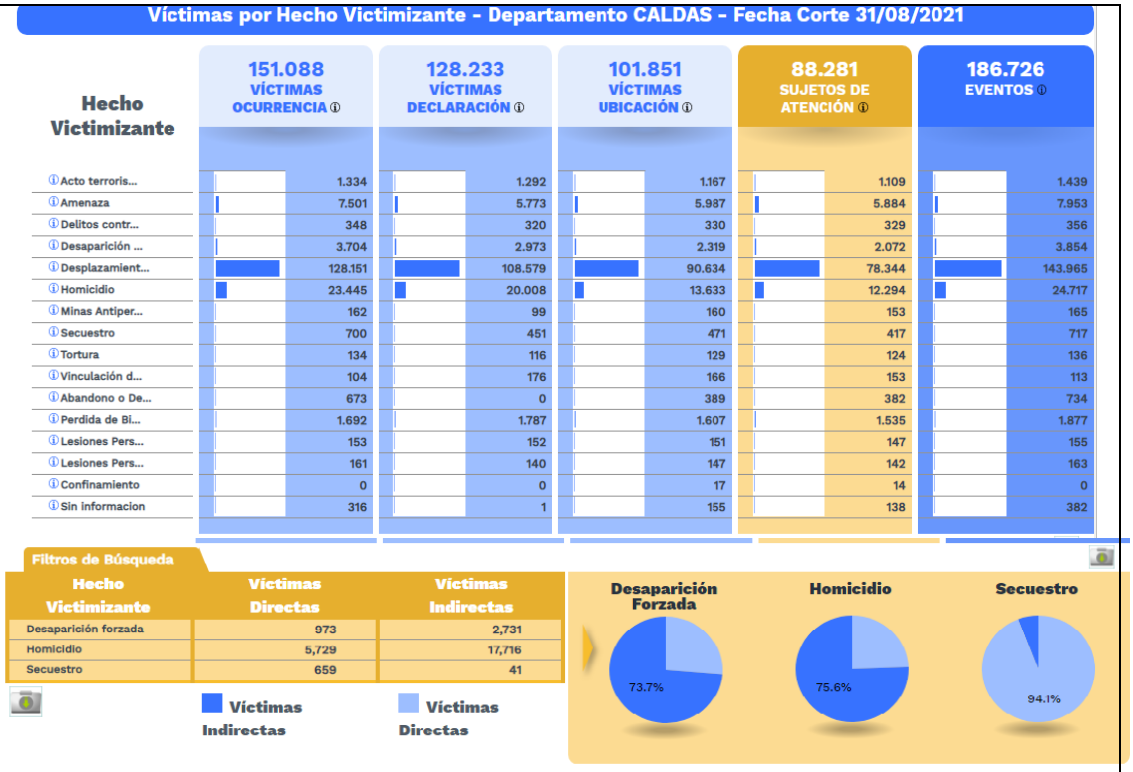
• **Reincorporación:** Hace referencia a las personas del colectivo FARC que se acogieron al proceso de paz entre este grupo y el Gobierno Nacional en la pasada negociación y que cuentan con unos beneficios contemplados en el Acuerdo Final firmado el 24 de noviembre de 2016. A la Fecha se cuenta con una acreditación por parte de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz de 13.202 excombatientes. (Gobernación de Caldas, 2020).

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el municipio.

En este sentido es posible decir, que a nivel Departamental no ha sido escenario de la confrontación armada directa por parte de grupos armado al margen de la ley a comparación de otros Departamentos; pero si se caracteriza por ser receptor de víctimas del conflicto armado interno, familias que han huido de la violencia generada por el conflicto armado en medio de situaciones de emergencia y dejan atrás sus actividades económicas habituales, los lazos sociales, su estilo de vida y su identidad.
Las manifestaciones de esta violación de sus derechos fundamentales y el cambio abrupto en las condiciones de vida que enfrenta la población victima al llegar a un nuevo territorio, se traducen, por un lado, en una situación de vulnerabilidad por el desconocimiento e incertidumbre frente al afrontamiento del cambio, y por otro, frente a la recursividad para emprender acciones que den bienestar y calidad de vida en los hogares receptores.
Al realizar el análisis del contexto cultural, social, político y económico del Departamento de Caldas y su relación con los hechos victimizantes sucedidos en el territorio, se encuentra por ser un territorio ubicado en la zona centro-occidente del país, en la región Andina Colombiana y en medio de dos cordilleras, lo que le otorga un paisaje montañoso en cuyas áreas rurales, crecen cultivos de café, plátano y frutales, gracias a los pisos térmicos predominantes y el clima propicio para la agricultura, es un lugar estratégico para el arraigo de gran cantidad de población victima procedente de diferentes zonas del país.

Ahora bien, En la actualidad de acuerdo al último reporte de la red nacional de información, en Colombia se registran 9.177.128 personas víctimas del conflicto armado. En el departamento de Caldas 151.088 las cuales 88.281 están sujetas de Atención ya que cumplen con los requisitos de Ley para acceder a las medidas de atención y reparación establecidas en la Ley. Este índice es un cociente entre el número de individuos que llegan al departamento sobre la población del departamento receptor por cada mil habitantes en cada vigencia.
Fuente: Gobernación de Caldas

Según los hechos victimizantes, considerados estos, como hechos asociados a infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno, y que se enmarcan en la tipificación reconocida en Registro Único de Víctimas, es posible decir que Caldas cuenta con las siguientes cifras **a la fecha de 31de agosto del 2021**



Fuente: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394

Por otro lado, debemos hablar sobre el total de la población víctima reconocida en el Registro Único de Víctimas, con probable residencia en el departamento de **CALDAS** según cifras suministradas por la Red Nacional de Información, administrada por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, al **13 de septiembre de 2021**.

3.1. Distribución poblacional

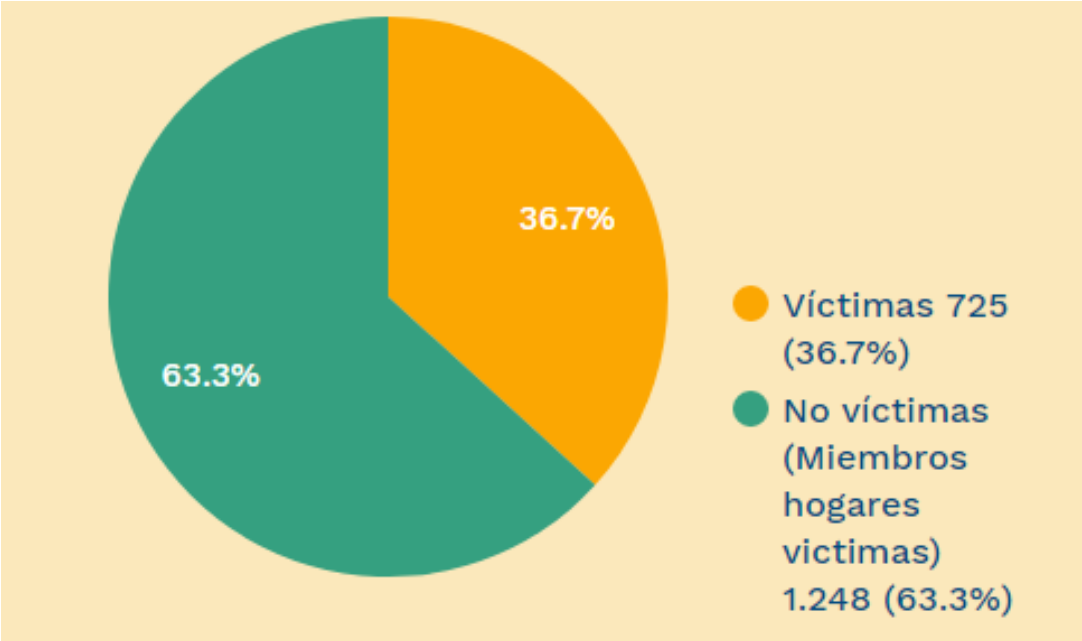
3.1.2. Marco poblacional y muestral:

El número de hogares residentes en el departamento de **CALDAS**. Es importante resaltar, que en virtud de la normatividad asociada a las medidas asistenciales en el marco de la ruta de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas, particularmente el Decreto 1084 de 2015, se contempla como unidad de análisis el hogar actual de las víctimas, entendiendo este como: "la persona o grupo de personas, parientes o no, donde al menos una de ellas está incluida en el Registro Único de Víctimas (RUV) y donde todas ocupan la totalidad o parte de una vivienda, atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común y generalmente comparten las comidas".

En atención a la definición anterior, la imagen destaca también el número de personas, que, si bien no están incluidos en el Registro Único de Víctimas, sí hacen parte de hogares que atiende a la definición anterior. A partir de estos agregados, se especifica también, el tamaño promedio de hogares víctimas para el departamento, así como el número de víctimas promedio en estos Hogares.

La figura anterior, muestra los hogares encuestados, destacando el marco poblacional del departamento de **CALDAS**, el tamaño promedio de los hogares encuestados, así como el número promedio de víctimas integrantes de estos hogares. Así mismo se identifica la población víctima encuestada, y la población no incluida en el Registro Único de Víctimas que hace parte de estos hogares. Como lo muestra la figura número 1.

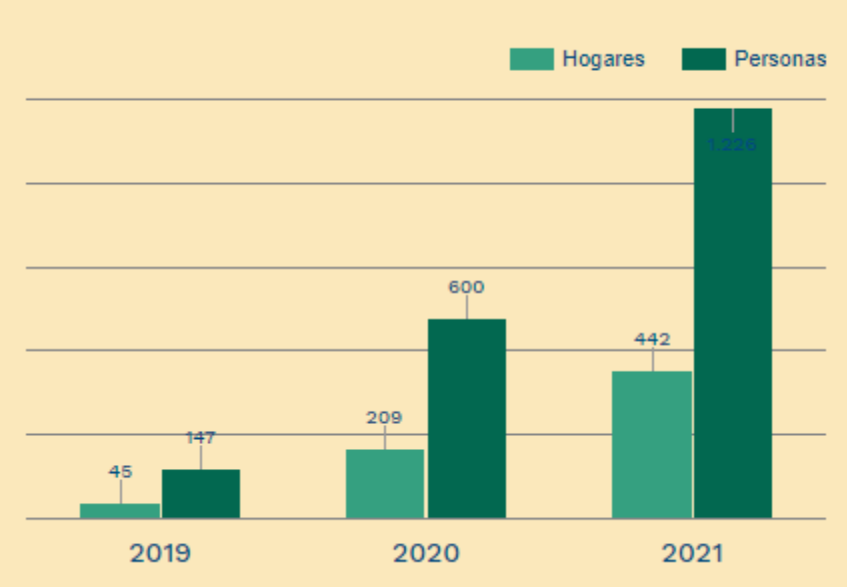
Figura 1. Porcentaje de personas víctimas y no víctimas en el total de hogares víctimas, del departamento de CALDAS



Hogares encuestados con al menos una víctima entre sus integrantes	696
Promedio de personas por hogar	2,31
Promedio de víctimas por hogar	1,82

Fuente: unidad para las víctimas, 2021

Figura 2. Hogares y personas víctimas en CALDAS



Fuente: unidad para las víctimas, 2021

3.2. Distribución por curso de vida:

De acuerdo con la información suministrada por la Unidad de Víctimas, a través de la Red Nacional de Información, a continuación, se reconoce que, en general, en cada etapa del ciclo de vida, desde el nacimiento hasta el final de la vida, se tienen diferentes necesidades vitales, expectativas sociales, capacidades, y responsabilidades. Estos aspectos son dinámicos y difieren de acuerdo con el contexto social e histórico. Los datos estadísticos desagregados por rangos de edad son insumo para la comprensión de estas características y para el diseño de acciones orientadas a esas distintas etapas.

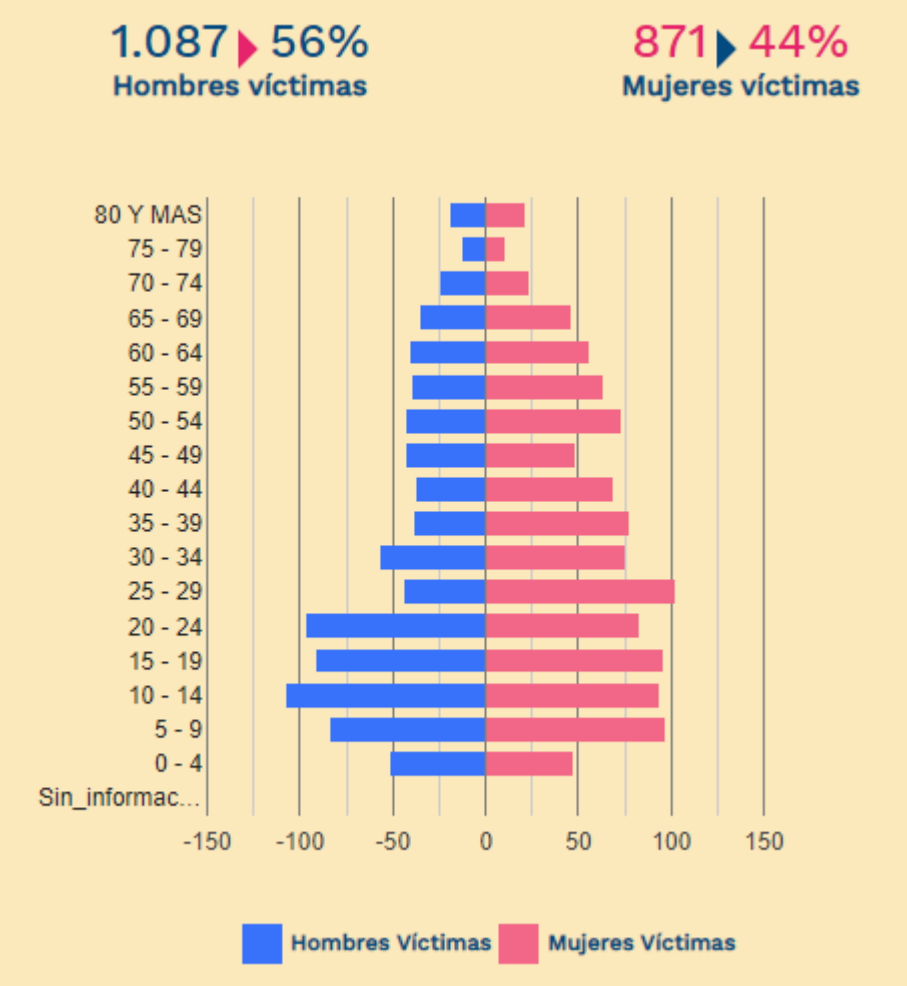
En este sentido, las etapas del ciclo de vida son: Primera infancia (de cero (0) a los cinco (5) años cumplidos); Infancia (de 6 hasta los 11 años); Adolescencia (entre los 12 y 18 años); Juventud (entre los 14 y 28 años), adicionalmente, esta etapa puede dividirse y presentar categorías de rangos de edad excluyentes, en adolescencia hasta los 17 años y en joven entre los 18 y 28 años; Adultez (entre los 29 y 59 años), dado su rango etario extenso se puede dividir en dos, persona adulta joven, de los 29 a los 44 años y, persona adulta madura, de los 45 a los 59 años y; finalmente, Adulto(a) mayor o persona mayor, 60 años o más.

En la figura 3 Se visualiza la información de la población víctima del departamento, tomando como referencia la proyección poblacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para 2018. En el

eje horizontal señala la cantidad de cada uno de los grupos etarios sobre el total de la población víctima.

La pirámide poblacional víctima, permitirá a las autoridades municipales proyectar la dinámica de crecimiento y tránsito generacional de su población, y así establecer planes, programas y proyectos que atiendan a las necesidades reales de la población víctima.

Figura 3. Distribución de población víctima en CALDAS por rango etario

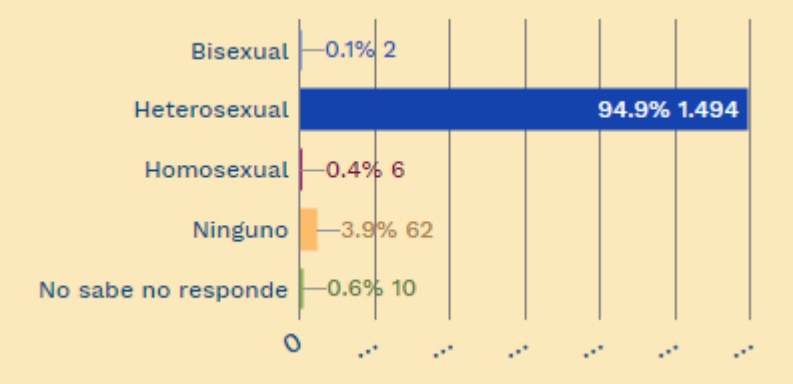


Fuente: unidad para las víctimas, 2021

3.3. Distribución por orientación sexual e identidad de género

De acuerdo a la Unidad para las Víctimas, en el documento "ENFOQUE DE ORIENTACIONES SEXUALES E IDENTIDADES DE GÉNERO", las víctimas del conflicto armado con orientaciones sexuales e identidades de género diversas sufren la discriminación, estigmatización, las persecuciones y la invisibilizarían de los impactos del conflicto armado sobre sus proyectos de vida individuales y colectivos. Por tanto, la inclusión de acciones de reparación integral debe incidir en la transformación de las condiciones estructurales que han determinado las agresiones y exclusiones hacia quienes construyen su identidad desde lo no hegemónico, por lo cual se hace necesario identificar en la población estas condiciones diferenciales, de manera que las acciones institucionales atiendan a sus afectaciones y proyectos de vida particulares.

Figura 4. Víctimas por orientación sexual

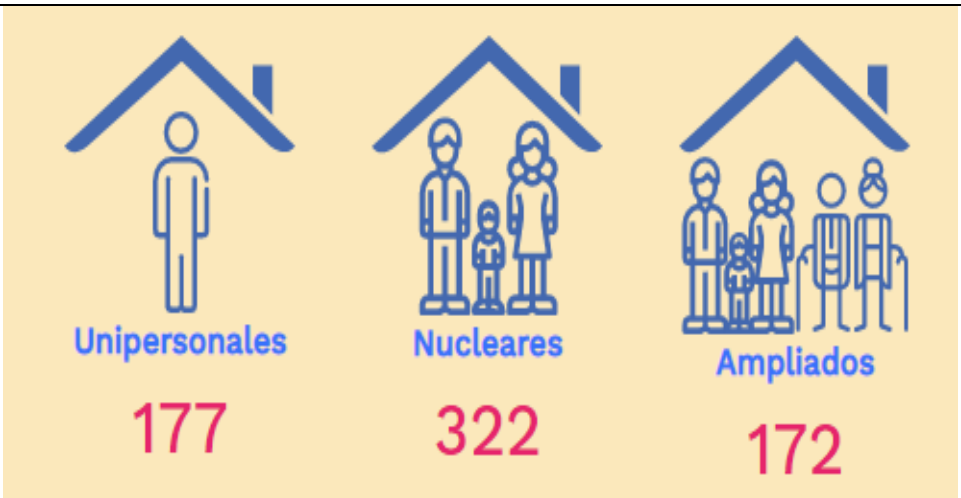


Fuente: unidad para las víctimas, 2021

3.4. **Distribución por composición del hogar*:***

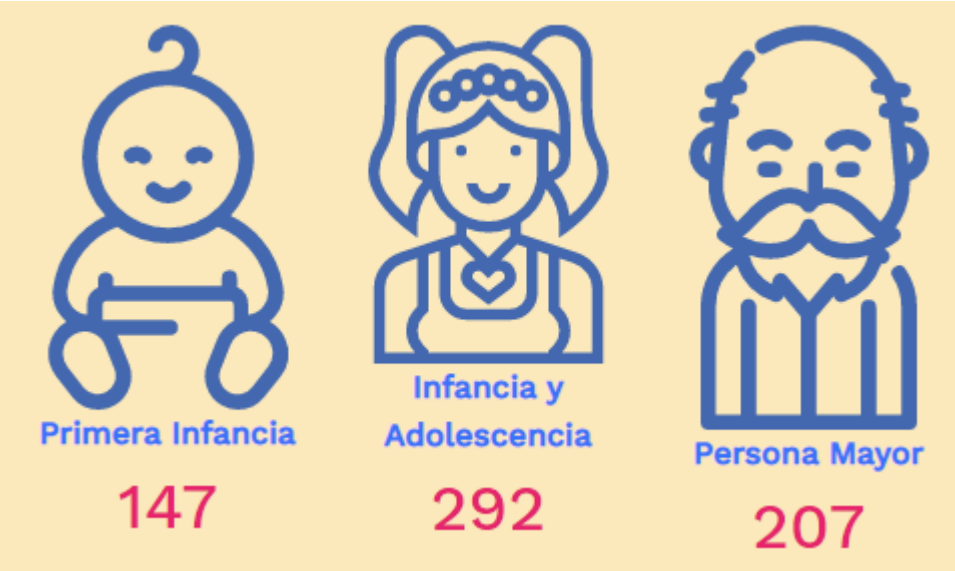
De acuerdo con la definición del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), un hogar está conformado por la persona o grupo de personas, parientes o no, que viven (duermen) en una misma unidad de vivienda y comparten, generalmente, sus comidas.

Figura 5. Hogares víctimas de acuerdo al parentesco de sus integrantes



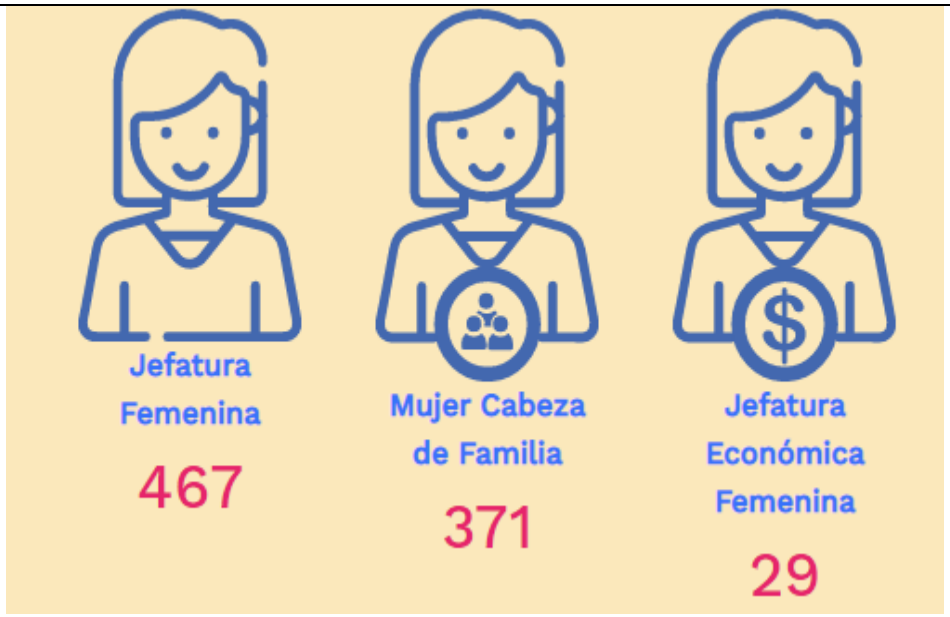
Fuente: unidad para las víctimas, 2021

Figura 6. Hogares víctimas de acuerdo al curso de vida de sus integrantes



Fuente: unidad para las víctimas, 2021

Figura 7. Hogares víctimas de acuerdo al rol de la mujer



Fuente: unidad para las víctimas, 2021

3.5. Distribución por pertenencia étnica*:*

Es importante puntualizar que se toma de referencia el "autorreconocimiento étnico" con el sentido de pertenencia que expresa una persona frente a un colectivo de acuerdo con su identidad y forma de interactuar en y con el mundo. Además, se toma en cuenta la definición de grupos étnicos en el marco de los decretos con fuerza de ley étnicos complementarios a la ley 1448/2011, los cuales son:

- Decreto Ley 4633: Decreto por el cual se establece medidas específicas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de derechos territoriales para las comunidades y grupos indígenas.
- Decreto Ley 4634: Decreto por el cual se dictan medidas de Asistencia, Atención, Reparación Integral y Restitución de Tierras a las víctimas pertenecientes al pueblo Rom o Gitano.
- Decreto Ley 4635: Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

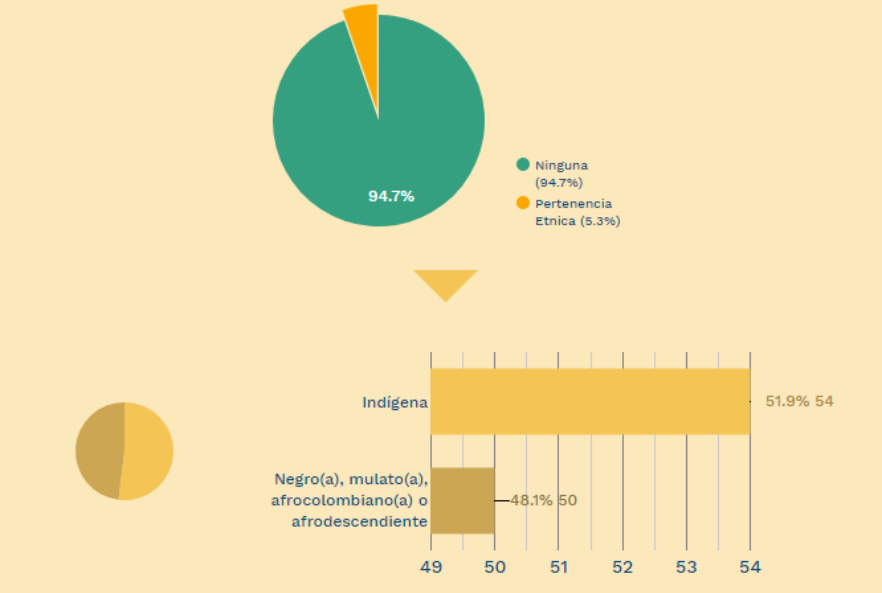
En la práctica, lo estipulado en la ley 1448, así como en los reglamentos referidos anteriormente, implican la puerta de entrada para la implementación del principio de enfoque diferencial, en el aspecto étnico, es decir, el autorreconocimiento de pertenencia étnica por parte de la población víctima del conflicto.

A continuación, se presentan la distribución poblacional de las víctimas para el departamento de **CALDAS**, destacando el auto reconocimiento de pertenencia

étnica, situación para la cual además se desagregará en cada uno de los grupos étnicos reconocidos oficialmente en el país.

La identificación de eventual presencia de población víctima del conflicto armado con auto reconocimiento étnico posibilita a la institucionalidad, en los diferentes niveles de gobierno la generación de planes, programas y proyectos específicos que respondan a las necesidades, usos, costumbres territorialidad y organización social y política propias de las comunidades étnicas del país.

Figura 8. Víctimas por pertenencia étnica



Fuente: unidad para las víctimas, 2021

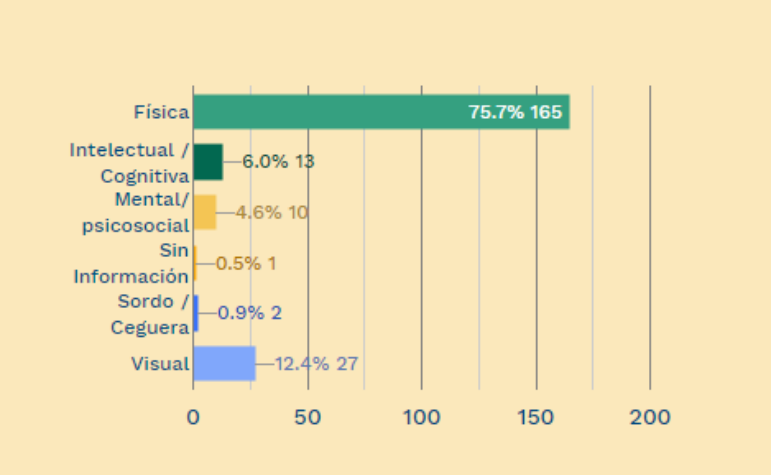
3.6. Distribución por condición de discapacidad

Diferentes pronunciamientos jurisprudenciales proferidos por la corte constitucional en el marco del seguimiento especial a la Sentencia T-025 de 20014, hacen un llamado a la consideración de los sujetos de especial protección constitucional dado el impacto desproporcionado que sobre ellos ha causado el conflicto armado, resaltando dentro de este grupo poblacional las víctimas con discapacidad.

La figura número 9 a continuación presenta la prevalencia de las víctimas con discapacidad residentes en el departamento de **CALDAS**, desagregando por cada uno de los cinco tipos de discapacidad referenciados previamente. Se resalta que los datos aquí mostrados no necesariamente obedecen a la constatación por diagnósticos médicos, sino obedecen a condiciones manifestadas por la población al momento de ser encuestadas

La identificación de población víctima para la cual concurre también una condición de discapacidad, deberá proyectar a las diferentes entidades involucradas en la atención, asistencia y reparación integral a población víctima, en los diferentes niveles de gobierno y de acuerdo a sus competencias, a la orientación de planes, programas y proyectos que atiendan a las condiciones y necesidades particulares de la población, en especial en los concernientes a los derechos a la Salud, la Educación y la Rehabilitación.

Figura 9. Víctimas con discapacidad



Fuente: unidad para las víctimas, 2021

3.7. Distribución por área y zona de residencia

El lugar de ubicación de la población víctima, en el contexto territorial al interior del departamento, es de importancia preponderante al momento de establecer procesos de planeación y seguimiento de la política pública de víctimas, toda vez que los procesos de asistencia y atención responden a particularidades propias y diferenciadas entre contextos rurales y urbanos.

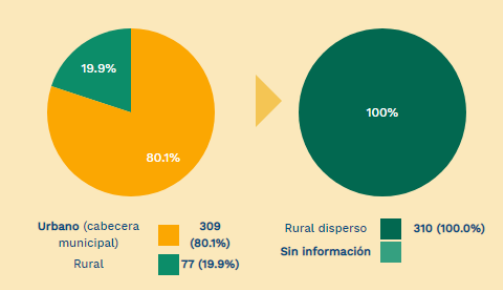
De acuerdo al Departamento Nacional de Planeación, el área urbana se caracteriza por estar conformada por conjuntos de edificaciones y estructuras contiguas agrupadas en manzanas, las cuales están delimitadas por calles, carreras o avenidas, principalmente. Cuenta por lo general, con una dotación de servicios esenciales tales como acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, hospitales y colegios, entre otros. En esta categoría están incluidas las ciudades capitales y las cabeceras municipales restantes. La misma institución define la cabecera municipal como la zona geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal y corresponde al lugar en donde se ubica la sede administrativa de un departamento.

Por otro lado, el área rural o resto municipal se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás. Tampoco dispone, por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas.

A continuación, se presenta la distribución de los hogares víctimas residentes en el departamento de **CALDAS**, en cada una de las áreas, incluyendo la desagregación por zona de ubicación para el contexto rural.

Atendiendo a estas particularidades, y las brechas de desarrollo existentes entre los dos tipos de áreas, los procesos de medición de política pública de víctimas establecen métricas diferenciadas para las condiciones socioeconómicas óptimas dependiendo para los hogares Víctimas residentes en cada uno de ellos, como es el caso de las mediciones de condiciones de habitabilidad y vivienda, y los asociados a la generación de ingresos y empleo. Por lo anterior, es importante considerar la representatividad de ubicación de las Víctimas dentro del departamento, toda vez que los procesos de atención y asistencia en zona rural implican esfuerzos adicionales para la garantía del goce efectivo de derechos de la población víctima, incluyendo entre estos la contactabilidad de la población.

Figura 10. Hogares víctimas por área de residencia



4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio.

El programa PAPSIVI en el departamento de Caldas empezó su proceso de implementación desde el año 2018 en sus dos componentes, atención psicosocial y salud integral con Enfoque Psicosocial a través de recursos propios y de concurrencia de la Dirección Territorial de Salud y recursos del Ministerio de Salud y Protección Social después de ser priorizado, así mismo algunas alcaldías como la de Manizales han empezado a movilizar recursos para la implementación del programa en cada uno de los territorios. Precisar que, en el componente de salud integral relacionado con el Protocolo de

atención integral en salud con enfoque psicosocial, la entidad territorial en salud ha venido socializando el protocolo a través de sus asistencias técnicas como parte de su misionalidad institucional.

La implementación en el departamento tiene muchos retos, desde el componente de atención psicosocial es muy importante poder tener continuidad en los procesos, principalmente en los municipios donde ha llegado la estrategia debido a que existe una confianza de la comunidad en las instituciones que puede sufrir rupturas en el tiempo si no se continúan paulatinamente en las atenciones; así mismo es necesario poder llegar a la zona rural dispersa donde muchas de las víctimas viven para que sean incluidas en estos procesos de rehabilitación entendiendo que en el departamento existen muchas veredas, corregimientos y caseríos lejanos al casco urbano que no cuentan con vías de acceso, lo que dificulta la llegada de los Equipos Psicosociales al territorio.

Para el caso del Protocolo de Salud Integral con Enfoque Psicosocial, continúa siendo un reto poder generar cada vez más una articulación solida entre las instituciones de salud en pro de la implementación del programa PAPSIVI en todo el departamento ya que es necesario atender tanto los factores psicosociales como de salud fisca y mental de la población de manera más eficaz y con menores barreras de atención. Cuestión que ha sido movilizada desde los operadores del Ministerio de Salud y Protección Social a través del asesor en salud y algunas gestiones de la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC) que han sido graduales y que requieren más articulación con los Equipos Psicosociales.

Por otro lado, hablando de la socialización y formación, en el componente de salud integral desde la Dirección Territorial de Salud de Caldas y la Corporación de infancia y Desarrollo (CID), se han realizado asistencias técnicas para la socialización del Protocolo de salud integral con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado a los actores del sistema de salud EAPB, IPS, ESEs, Secretarias de Salud y a los actores internos de la DTSC con el fin de hacer efectiva su implementación, especialmente en la necesidad de comprender desde el sistema de salud el enfoque psicosocial y diferencial para las víctimas del conflicto armado en pro de no caer en la revictimización y posibilitar la acción sin daño.

En este sentido, desde la Dirección Territorial de Salud de Caldas se ha venido socializado la resolución 1166 de 2018 a los 27 municipios del departamento a todos los actores del sistema de salud (secretarias de Salud como a las EAPB, IPS, ESE y algunas instituciones del SNARIV) a través de un profesional de apoyo de la línea de víctimas del conflicto armado de la institución y quien también socializa a los mismos el programa PAPSIVI desde sus dos componentes.

Por otro lado, cabe resaltar que actualmente en el departamento es ASMETSALUD, MEDIMAS Y NUEVA EPS, las EAPB que cuenta con más afiliaciones de la población víctima del conflicto armado, las cuales en su mayoría se encuentran en régimen subsidiado, así mismo la IPS que más atiende a dicha población es la ESE San José de Samaná Caldas ya que este

municipio cuenta con el mayor número de personas víctimas del conflicto armado de todo el departamento, cabe resaltar que dicha institución aún no cuenta con el Enlace PAPSIVI.

Por último, mencionar que en el PAT departamental cuenta con actividades relacionadas con la asistencia en salud y la rehabilitación de las víctimas ya que desde el Plan de Desarrollo se priorizaron 13 municipios para la atención psicosocial, además de continuar con la socialización y coordinación para la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial.

¿Previamente ha habido atención psicosocial en el municipio/departamento? ¿Cuáles han sido los principales logros y retos?
Dando cumplimiento a lo establecido por el Plan Departamental de Desarrollo, donde se priorizan 13 municipios para la implementación del PAPSIVI, desde la Línea de Población Víctima del Conflicto Armado se implementó en el año 2020 cinco proyectos de atención psicosocial avalados por el Ministerio de Salud y Protección Social, los municipios fueron La Dorada, Chinchiná, Riosucio, Anserma y Marquetalia, el municipio de Pácora con recursos propios también implementó el componente en el municipio. Dentro de los retos fue la adaptación de los lineamientos para la realizar las atenciones en el marco de la pandemia, implicando retrasos económicos y administrativos, no obstante, uno de los logros importantes fue desarrollar las atenciones en la modalidad individual y familiar a 400 personas durante la pandemia.
¿Previamente se ha socializado el protocolo? ¿Con qué actores?
Si, se ha brindado asistencia en la implementación y gestión del Protocolo a todos los actores del SGSSS de los 27 municipios del departamento de Caldas
¿Cuál es la entidad de salud –IPS que atiende la mayoría de personas víctimas?
No se tiene esta información
¿Cuenta con referente PAPSIVI?
Si, la referente de la línea de población víctima de la Dirección Territorial de Salud de Caldas
¿Cuál es la EPS que concentra la afiliación de la mayoría de personas de víctimas?
No se tiene la información
¿Contiene el PAT/POA actividades relacionadas con la asistencia en salud y la rehabilitación de las víctimas? Describa
Como meta de producto al plan de acción departamental se tiene la priorización de 13 municipios para la implementación del PAPSIVI los cuales son, Manizales, La Dorada, Riosucio, Anserma, Marquetalia, Manzanares, Chinchiná, Norcasia, Supía, Aguadas, Villamaría, Pensilvania y Samaná.
¿Se ha socializado la Resolución 1166/2018, Lineamientos para el talento humano que orienta y atiende víctimas? ¿A qué instituciones?
Si, secretarias de salud, EAPB, IPS y ESE
¿Existe personal formado en atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas? Sí sí, ¿en qué instituciones?
Si, de las secretarias de salud

¿solamente a partir del año 2018 se implementó el Programa de Atención a Víctimas del Conflicto Armado-PAPSIVI, logrando atender personas en la modalidad familiar, individual e individual-grupal?
En el año 2020 según lineamientos del Ministerio de Salud se atendieron con recursos de la Dirección Territorial de Salud de Caldas en la modalidad individual y familiar 400 personas víctimas del conflicto armado distribuidas de a 80 personas en los municipios de La Dorada, Marquetalia, Chinchiná, Riosucio y Anserma. En el municipio de Pácora con recursos propios se atendieron 38 personas entre la modalidad individual y familiar.
Institución Prestadora de servicios de salud (por niveles de atención, y funcionamiento de servicios de medicina, psicología y trabajo social).
No se tiene esta información.

Fuente: Dirección Territorial de Salud de Caldas, Línea de Población Víctima del Conflicto Armado

Por otro lado, La Dirección Territorial de Salud de Caldas, es una entidad descentralizada encargada de la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Caldas, cuyo objetivo principal es realizar las acciones de Asistencia Técnica e Inspección Vigilancia y Control (IVC) en el cumplimiento de las funciones de Salud Pública, Prestación de Servicios y Aseguramiento. La cual cuenta para la vigencia 2021 con una de las líneas para brindar acompañamiento a la población victima residente en el departamento, y desde la línea de víctimas de la DTSC se busca asesorar y acompañar a todas las instituciones del sector salud del departamento para la adecuada implementación del Papsivi en sus dos componentes, y así garantizar la medida de rehabilitación establecida por la ley 1448, la línea de víctimas está conformada por un equipo de profesionales psicosociales de la siguiente manera: una (1) psicóloga la cual es la referente de la línea de víctimas, dos (2) profesionales de apoyo psicólogos también y una(1) practicante de trabajo social de la Universidad de Caldas, quienes ejecutaran acciones del componente de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en articulación con los lineamientos de la estrategia del Ministerio de Salud y Protección Social PAPSIVI.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

Mapa de Oferta

El Mapa de Oferta, es una herramienta que ofrece la Unidad para las víctimas para dar a conocer los planes, programas, proyectos y acciones específicas brindadas por las entidades de orden nacional y territorial que hacen parte del Sistema SNARIV, y demás organizaciones públicas o privadas que se suman a la reparación integral a las víctimas.

5.1. Mapa de oferta institucional y comunitaria Institucionales

5.1.2. **La Dirección Territorial de Salud de Caldas** se vienen adelantando estrategias para la afiliación de la población víctima al sistema de seguridad social en salud y la implementación del Programa PAPSIVI en sus dos componentes a través de asistencias técnicas, vigilancia y control, así como también desde el PIC adelantando contrataciones para la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en municipios como Riosucio, Marquetalia, Anserma, Chinchiná y La Dorada, además de hacer acompañamiento al municipio de Pacora en la implementación de las atenciones psicosociales con recursos propios.
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

5.1.3. Prosperidad Social: El departamento para la prosperidad social cuenta con una gama de programas tanto para la población víctima del conflicto armado como para la población en general, estas estrategias buscan cerrar las brechas de desigualdad y mitigar la pobreza en los diferentes territorios, es este sentido la estrategia red unidos, el programa familias en acción, programa de ingreso solidario, devolución del IVA y apoyo a las familias para la asistencia y permanencia en el sistema educativo para niños, niñas, adolescentes y jóvenes a través del programa familias en acción y jóvenes en acción son programas que hacen parte de la oferta institucional. (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Victimas, 2020)

5.1.4. Secretaria de Educación: La oferta institucional de la secretaria de salud está enfocada en unos programas y proyectos a nivel nacional para la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes lo cual comprende los espacios educativos para la atención a la primera infancia, el acceso gratuito a la educación preescolar, básica y media en las instituciones oficiales de educación, la estrategia para la permanencia escolar, la alfabetización de personas adultas, la prioridad de las personas víctimas del conflicto en los procesos de admisión y matrícula para la Educación Superior en instituciones oficiales y la prioridad de las mismas en las líneas y modalidades especiales de crédito (ICETEX). En este sentido, la población víctima del conflicto armado tiene prioridad en la asignación de cupos del sistema educativo, el acceso al PAE y apoyo psicosocial a través de orientaciones que se

realizan constantemente a docentes para que incorporen herramientas en la atención de la población.

5.1.5. Secretaria de Desarrollo e Integración Social: La institución cuenta con un proyecto productivo dirigido a jóvenes del municipio de Samaná, los cuales están agrupados en la asociación Aso jóvenes y busca realizar siembra y comercialización del café, dicho proyecto es una articulación entre varias secretarias y la alcaldía del municipio.

5.1.6. SENA: Desde el Sena se brinda atención ocupacional a la población víctima de desplazamiento a través de formación, empleo, capacitación y emprendimiento donde se busca concertar acciones desde diferentes temáticas a partir del enfoque diferencial. Así mismo, se cuenta con una asesoría en la intermediación laboral para que la hoja de vida quede bien construida dentro del aplicativo que manejan en la agencia de empleos, sus acciones están enmarcadas en la Orientación ocupacional, la Formación Técnica y tecnológica y la Empleabilidad.

5.1.7. **UARIV:** La unidad para las víctimas tiene una oferta institucional en materia de ayuda humanitaria que para el hecho victimizante de desplazamiento forzado, (“Ayuda de emergencia”) está enfocada en el derecho a la subsistencia mínima y busca mitigar las carencias en el componente de alojamiento temporal y alimentación; esta tiene como requisitos mínimos estar incluidos en el RUV con el hecho victimizante de desplazamiento y que se encuentren en el primer año de su desplazamiento. Así mismo, la institución cuenta con la ayuda humanitaria de transición la cual se brinda después del año y está sujeta a la demanda de la población y una entrevista que determina las carencias para la subsistencia mínima que puedan tener las víctimas del conflicto en el entorno familiar.

Por otro lado, se encuentra el apoyo a los retornos y reubicaciones, la ayuda consta de 1,5 salarios mínimos para el tema de transporte, alojamiento y de otras ayudas humanitaria, así mismo se realiza acompañamiento con el componente psicosocial con enfoque diferencial.

5.1.8. Registraduría Departamental: Desde la registraduría se tienen dos ofertas enfocadas en la población víctima del conflicto armado, la primera tiene que ver con la exoneración del pago de duplicado y/o rectificación de documentos de tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía y copias de registro civil por una única vez, indistintamente de la causal y la segunda son las Jornadas de registro civil e Identificación que solicitan alcaldes y gobernadores.

5.1.9. **El ICBF** tiene como criterio de focalización y priorización poblacional, atender niños, niñas, adolescentes, mujeres gestantes y lactantes víctimas del conflicto armado interno colombiano, en las modalidades de PREVENCIÓN y PROMOCIÓN.

La Estrategia de atención y prevención de la desnutrición es un conjunto de acciones en alimentación y nutrición, familiares y sociales, encaminadas a la atención y prevención de la desnutrición, en zonas previamente focalizadas, incorporando ejercicios de cruce de variables que arrojen zonas prioritarias para la intervención.

El proceso de Promoción y Prevención en el componente de Familias y Comunidades reconoce la importancia de diseñar e implementar modalidades de atención que activen en las familias capacidades y habilidades que fortalezcan sus vínculos de cuidado mutuo, la concordia entre géneros y la convivencia armónica; mediante la implementación de procesos de aprendizaje –educación, facilitación, apoyo terapéutico, y consolidación de redes que contribuyan en el desarrollo de los ciclos evolutivos de todos los miembros de la familia en su contexto sociocultural, para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes y sus familias. En este sentido, mediante la gestión y articulación de políticas, programas y redes, se han identificado las siguientes modalidades de atención y acompañamiento familiar y comunitario.

El proceso de Protección dirige las acciones institucionales que promueven el restablecimiento de los derechos de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas mayores de edad con discapacidad mental absoluta, mujeres gestantes, mujeres lactantes, cuando han sido vulnerados, amenazados o inobservados, o cuando requieran alguna gestión para la garantía de sus derechos a través de los trámites de garantía y restablecimiento de derechos; incluido, en caso de ser necesario, la adopción; en cumplimiento de la misión institucional de acuerdo con los tratados y convenios internacionales (Convención de los Derechos del Niño, contra la explotación sexual, trabajo infantil, entre otras), la Constitución Política y las competencias definidas en el Código de la Infancia y la Adolescencia, así como las demás normas aplicables. Esta protección, a nivel terreno, se realiza a través de las Defensorías de Familia que son dependencias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de naturaleza.

La estrategia de Unidad móvil cuenta con un equipo interdisciplinario que se desplaza a los diferentes municipios de acuerdo a las necesidades o a la programación que se haga a partir de las diferentes situaciones en los territorios; el objetivo de la unidad es atender a la población víctima y étnica para brindar atenciones tempranas a través del acompañamiento psicosocial con enfoque diferencial a niños, niñas, adolescentes y sus familias víctimas de desplazamiento, transición o proceso de retorno y reubicación con el fin de contribuir al restablecimiento de derechos.

5.1.10. **Defensoría del Pueblo;** En el departamento existe la Defensoría del Pueblo Regional Caldas, quien ejerce la secretaría técnica de la Mesa de Participación Efectiva de Víctimas departamental; así mismo ofrece orientación y asistencia individual a las víctimas, toma de declaración a los sujetos colectivos no étnicos y la delegada de etnias toma la declaración a sujetos colectivos no étnicos, se hace además

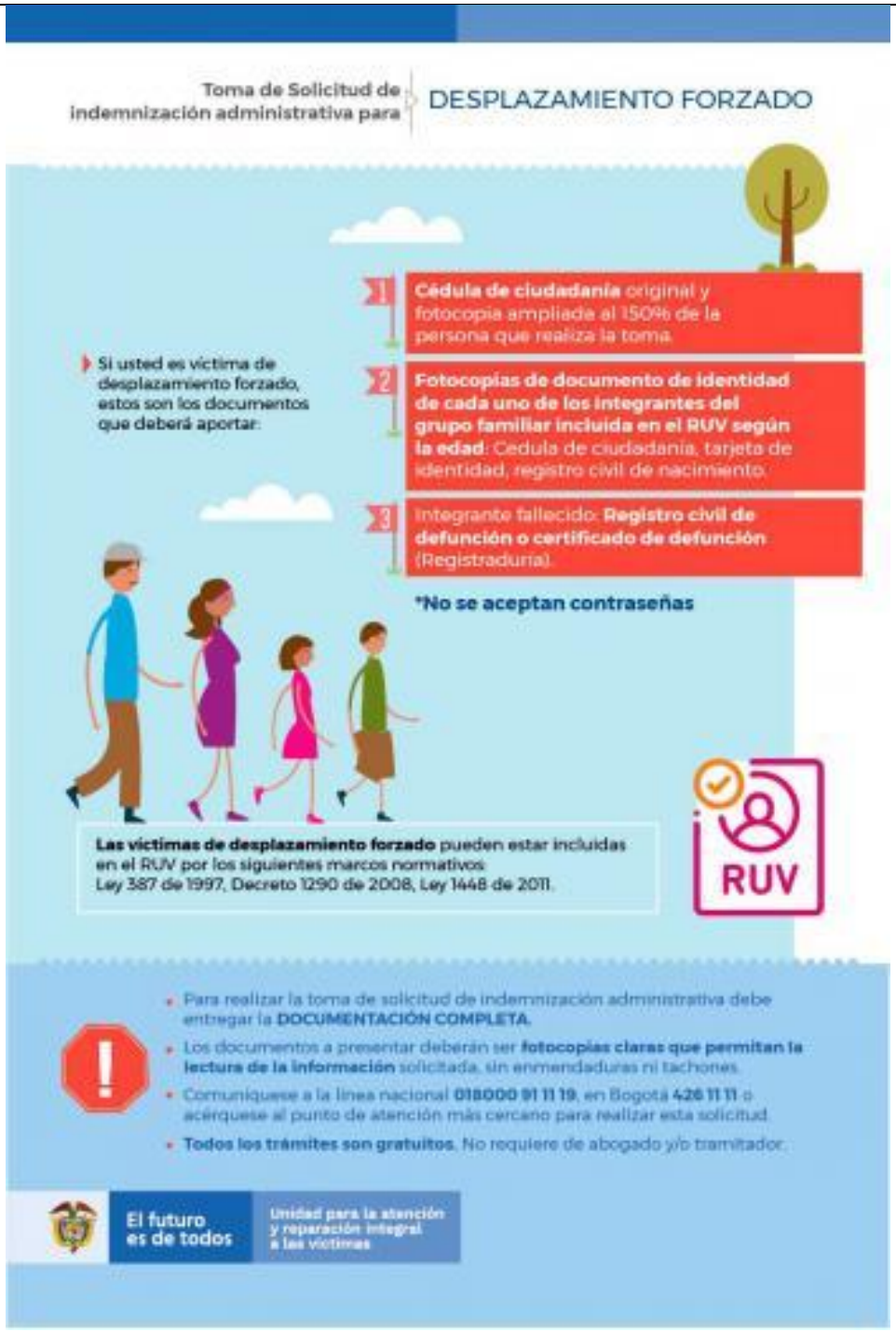
verificación a las atenciones en salud a las víctimas, acompañamiento al Plan Integral de Reparación, a acompañamiento a la Mesa Bilateral de Restitución de Tierras, acompañamiento en los procesos de Justicia y Paz, acompañamiento y participación en los Comités departamentales de Justicia Transicional, así mismo acompaña a comunidades para rendir informes en la JEP y Comisión de la Verdad.

Ruta de acceso para la toma de solicitud de indemnización:



Fuente: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/atencion-asistencia-y-reparacion-integral/rutas-de-acceso-para-la-toma-de-solicitud-de-indemnizacion

Ruta para el desplazamiento forzado



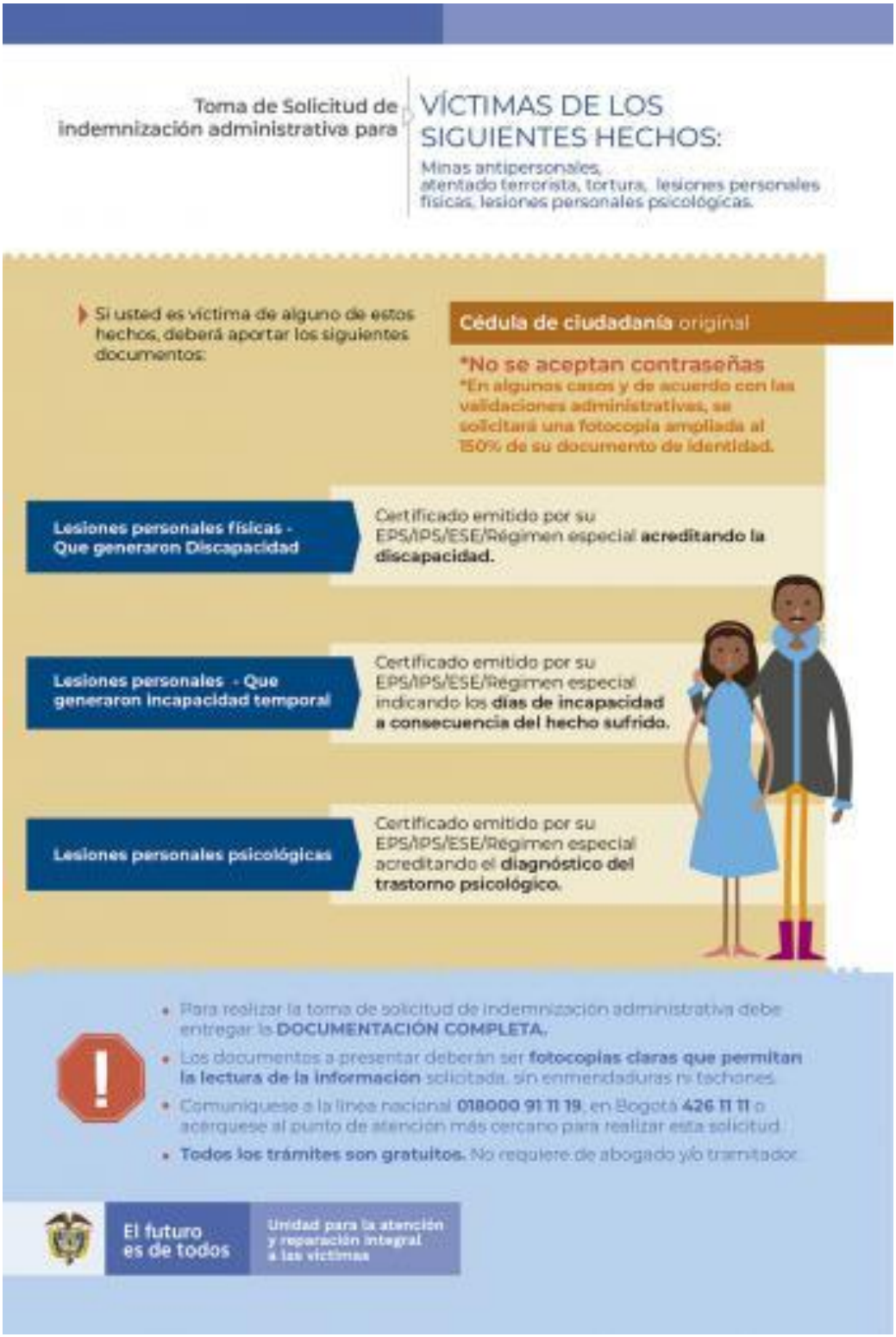
Fuente: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/atencion-asistencia-y-reparacion-integral/rutas-de-acceso-para-la-toma-de-solicitud-de-indemnizacion

Ruta para homicidio y desaparición forzada:



Fuente: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/atencion-asistencia-y-reparacion-integral/rutas-de-acceso-para-la-toma-de-solicitud-de-indemnizacion

Ruta para solicitud de indemnización administrativa - Minas antipersonales, atentado terrorista, tortura, lesiones personales físicas, lesiones personales psicológicas



Fuente: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/atencion-asistencia-y-reparacion-integral/rutas-de-acceso-para-la-toma-de-solicitud-de-indemnizacion

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

Según DTSC Y secretaria de Salud Municipal refieren que actualmente en el departamento no se cuenta con información frente a las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales para la atención de la población víctima debido a que no existe un informe o consolidado en la Dirección Territorial de salud de Caldas y en el departamento.

Sin embargo, mencionar que las diferentes instituciones existentes en el departamento, contaran con adaptaciones para el tema de accesibilidad de las víctimas, sobre todo aquellas que padecen algún grado de discapacidad física, así mismo existe barreras comunicacionales muy fuertes, por la falta de acceso a algunas tecnologías que les permita a personas con discapacidad auditiva o visual poder desarrollarse de forma adecuada. Y si estas barreras se encuentran en la ciudad capital qué decir de los municipios que cuentan con escasos desarrollos tecnológicos, donde sus recursos son invertidos en proyectos que les genere ingreso, donde la población vulnerable continúa siendo revictimizadas e invisibilizadas sus necesidades.

7. Estado de emergencia sanitaria Covid19.

El nuevo Coronavirus (COVID-19) ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia en salud pública a nivel internacional. Se han identificados casos en todos los continentes. En Colombia. De acuerdo con la decisión tomada por la OMS, el gobierno colombiano decide declarar el Estado de Emergencia con el decreto presidencial 417 del 17 de marzo de 2020, y así facilitar las medidas preventivas del virus, que han logrado detener la velocidad de propagación de este, identificándose el primer caso en Colombia el 6 de marzo de 2020.

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-CoV-2.
La mayoría de las personas que padecen COVID-19 sufren síntomas de intensidad leve a moderada y se recuperan sin necesidad de tratamientos especiales. Sin embargo, algunas personas desarrollan casos graves y necesitan atención médica.

CÓMO SE PROPAGA
El virus puede propagarse desde la boca o la nariz de una persona infectada en forma de pequeñas partículas líquidas que expulsa cuando tose, estornuda, habla, canta o respira. Estas partículas pueden ser desde pequeños aerosoles hasta gotitas respiratorias más grandes.
Puedes contagiarte de COVID-19 si respiras cerca de una persona infectada o si tocas una superficie contaminada y, seguidamente, te tocas los ojos, la nariz

o la boca. El virus se propaga más fácilmente en espacios interiores o en aglomeraciones de personas.

Acciones COVID – 19 en el departamento de Caldas por la Dirección territorial de Salud de Caldas

- Identificación de la capacidad instalada y capacidad de expansión de cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud Públicos y Privados.
- Inventario de recursos de talento humano, equipos y dotación para garantizar las zonas de expansión.
- Reunión con los Coordinadores de UCI (intensivistas) del Departamento, con el fin de promover el Trabajo en red de las áreas de cuidado critico principal soporte en el proceso de atención de casos con IRAG (Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave). • Canalización de ayudas hacia los municipios con alcohol glicerinado, alcohol antiséptico y elementos de protección personal con recursos propios, donaciones del sector privado y asignaciones del Ministerio de Salud y Protección Social.
- . Gestión de recursos para dotar de ventiladores las Unidades UCI del departamento (10 camas UCI con su respectivo Ventilador y 10 camas Intermedio en Santa Sofía y 2 Ventiladores en Alquiler y 3 comprados para el Hospital Departamental San Félix de la Dorada).
- Visitas por parte del Grupo de habilitación orientadas a la verificación de condiciones de atención en áreas de cuidado crítico y expansión en IPS que prestan estos servicios, al igual que las rutas de atención y protocolos de bioseguridad.
- Alianza: IPS Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Caldas y Manizales, Telesalud y la Gobernación de Caldas para asegurar las interacciones necesarias en la atención de la pandemia.
- Diseño proyecto de Gestión de recursos por regalías para el fortalecimiento de la prestación de los servicios en las ESEs Municipales.
- Gestión para mejorar la capacidad diagnóstica, habilitación del laboratorio de la Universidad de caldas como laboratorio de diagnóstico molecular del nuevo SARS CoV.
- Campaña de responsabilidad social contingencia en Salud Covid-19 para invitar a todas las empresas a unirnos como sociedad y ser solidarios con nuestra población en tiempos de crisis.
-

Fuente: https://caldas.gov.co/index.php/inicio/mecanismos-de-control/transparencia-1/10-6-planeacion/157-6-11-rendicion-de-cuentas/334-2020/365-segunda-audiencia-de-rendicion-de-cuentas

Reporte casos Covid-19 a la fecha 14 de septiembre de 2021

- Reportamos 19 nuevos casos en el departamento de Caldas
- NINGUNA persona fallecida por Covid-19.

- Reportamos 2 fallecidos por otras causas, 1 en Anserma y 1 en La Dorada.
- Con esta cifra asciende a 99.014 los confirmados.

Desde la Territorial de Salud hacen un llamado a los ciudadanos a mantener las medidas de bioseguridad en esta fase de desaceleración.

Les compartimos además el indicador por ocupación de las UCI.



Fuente: https://saluddecaldas.gov.co/category/noticias/
https://www.facebook.com/direccionterritorialdesaluddecaldas

Dirección Territorial de Salud de Caldas

Casos de Covid-19 en Caldas

Territorial

14 sept 2021



Confirmados	Recuperados	Casos activos
99.014	96.168	

Activos	En Domicilio	Nuevos	Recuperados dia	Muestras
143	135	19	31	416

Femenino	Masculino	Fallecidos	UCI	Fallecidos día
52.695	46.319	2.249	5	0

Municipios	Confirmados	Nuevos	UCI	Recuperados	Recuperados dia	Activos	En Domicilio	Fallecidos
AGUADAS	684	0	0	654	0	0	0	23
ANSERMA	1268	0	0	1175	0	1	0	81
ARANZAZU	402	0	0	379	0	0	0	16
BELALCÁZAR	313	0	0	296	0	0	0	16
CHINCHINÁ	4727	0	0	4545	2	2	2	161
FILADELFIA	469	0	0	434	2	15	15	15
LA DORADA	5576	3	0	5267	1	11	10	260
LA MERCED	169	0	0	162	0	0	0	3
MANIZALES	64980	13	4	63603	19	84	80	1069
MANZANARES	860	0	0	833	0	2	2	24
MARMATO	599	0	0	581	0	0	0	13
MARQUETALIA	613	0	0	585	0	0	0	24
MARULANDA	152	0	0	150	0	0	0	1
NEIRA	1053	0	1	1010	0	2	1	32
NORCASIA	372	0	0	354	0	0	0	17
PALESTINA	810	0	0	747	1	0	0	49
PENSILVANIA	715	0	0	688	0	0	0	19
PÁCORA	923	0	0	888	1	1	1	28
RIOSUCIO	1495	0	0	1358	0	4	4	110
RISARALDA	254	0	0	237	0	1	1	11
SALAMINA	628	0	0	601	0	0	0	23
SAMANÁ	605	1	0	577	0	1	1	20
SAN\JOSÉ	163	0	0	155	0	1	0	6
SUPÍA	1433	0	0	1355	0	1	1	64
VICTORIA	291	0	0	278	0	0	0	11
VILLAMARÍA	8533	1	0	8377	5	15	15	117
VITERBO	927	1	0	879	0	2	2	36

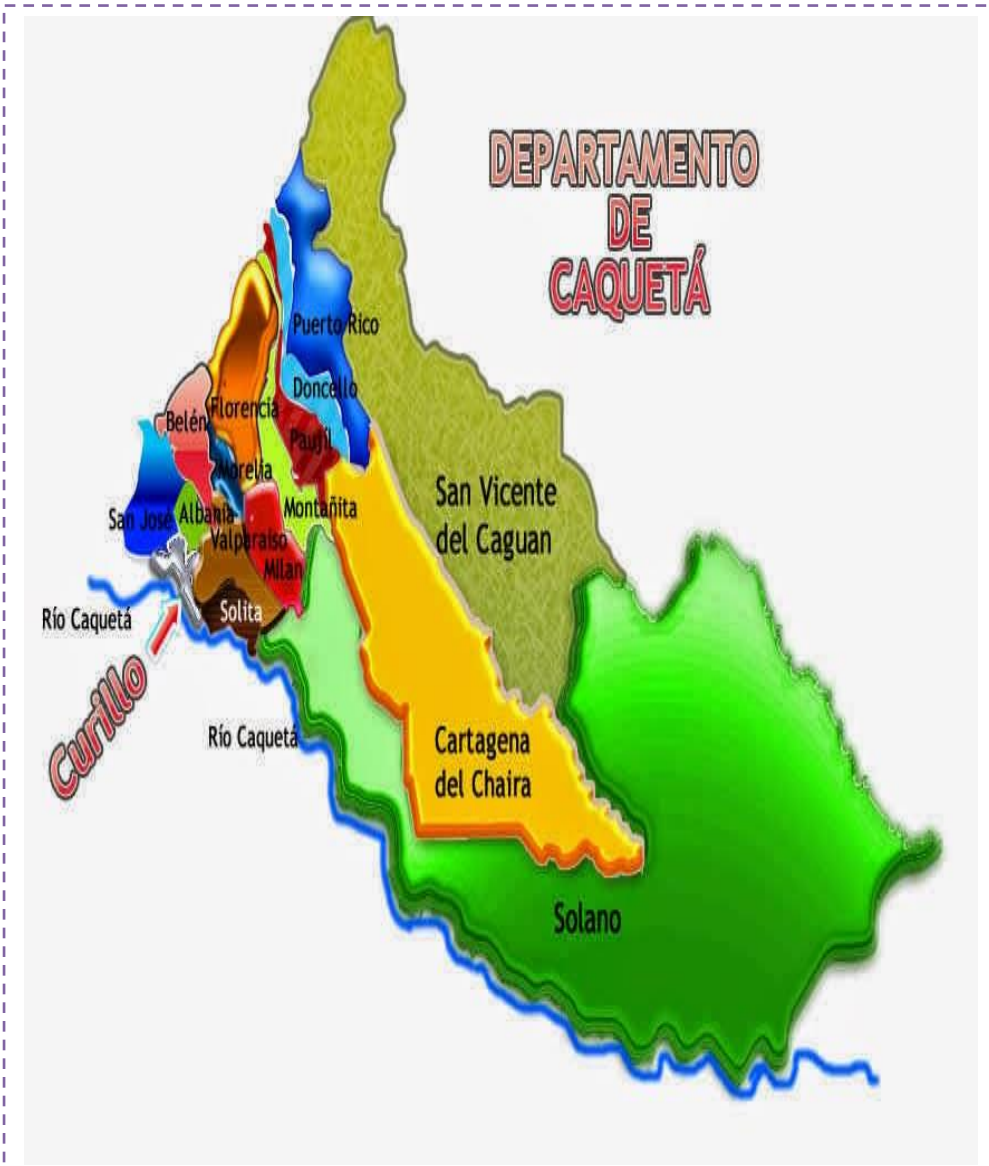
Fuente: https://saluddecaldas.gov.co/category/noticias/
https://www.facebook.com/direccionterritorialdesaluddecaldas

8. Referencias

- Gobernación de Caldas. (2020). *Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023.*
- Castaño, P. A. (2020). La metamorfosis de la salud en Caldas: Un proceso de corresponsabilidad para la reparación y cumplimiento de derechos de la población víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) . Universidad de Caldas, Trabajo Social, Práctica académica DTSC. 75-93.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadistica, DANE. (2018). *Censo poblacional y de vivienda . Colombia.*
- Dirección territorial de salud de caldas, Oficina de línea de victimas
- Gobernación de Caldas. (2020). Segunda audiencia de rendicion de cuentas
- https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394
- https://www.unidadvictimas.gov.co/es/reportes
- https://www.unidadvictimas.gov.co/
- https://saluddecaldas.gov.co/
- http://manizalessalud.net/quienes-somos/la-secretaria-de-salud/
- https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/serie_conflicto_cronicas.pdf#search=papsivi

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE CAQUETÀ



Contenido

1. Introducción 3

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento del Caquetá. 4

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el departamento del Caquetá. 8

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento del Caquetá. 12

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima en el departamento del Caquetá. 21

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 28

7. Estado de emergencia sanitaria por Covid 19 Referencias 33

Referencias 42

1. Introducción

En el marco del Convenio de asociación 469 de 2020 suscrito entre la Fundación Forjando Futuros (FFF) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) se está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI). En la vigencia 2021 se está implementando el programa en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Córdoba, Sucre, Cesar, Guajira, Magdalena, Guainía, Arauca, Caquetá, Caldas, Risaralda, Quindío, Meta, Casanare, Nariño.

En el Departamento de Caquetá, se priorizaron seis (6) municipio: Florencia, El Doncello, Belén de los Andaquies, Solita, Albania y Morelia.

En este documento se presenta la actualización del análisis del contexto del Departamento del Caquetá, siguiendo las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en este sentido este documento contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Este documento presenta el contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el Departamento para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Las fuentes de información que se tuvieron en este documento fueron el Plan de Desarrollo del Departamento del Caquetá 2020 - 2023, datos de la Red Nacional de Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas e información del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Informe Presidencial Sobre los Avances en la Ejecución en el Cumplimiento de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, así como diferentes documentos de las entidades que conforman el SNARIV, entre otros. Los periodos de consulta o de corte de información varían dependiendo de las fuentes consultadas.

El Caquetá se encuentra entre los Departamentos más jóvenes de Colombia, su creación se remonta al 15 de diciembre de 1981, mediante la Ley 78 del mismo año. Tiene una extensión de 88.965 km ², siendo uno de los departamentos más grandes de Colombia. El Departamento del Caquetá está situado en el noroeste de la región de la Amazonia, localizado entre los 00°42'17" de latitud sur y 02°04'13" de latitud norte y 74°18'39" y 79°19'35" de longitud oeste. Cuente con una superficie de 88.965 Km2 lo que representa el 7.79% del territorio nacional. Limita por el Norte con los departamentos del Huila y Meta. Por el Este con los departamentos del Guaviare y Vaupés, por el Sur con el rio Caquetá que lo separa de los departamentos del Amazonas y Putumayo y por el Oeste con los departamentos del Cauca y Huila.

El Departamento del Caquetá hace parte de la Sub región Cuenca del Caguán y Piedemonte Caqueteño de los municipios PDET [1]- Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) que son un instrumento especial de planificación y gestión a 15 años, que tienen como objetivo llevar de manera prioritaria y con mayor celeridad los instrumentos para estabilizar y transformar los territorios más afectados por la violencia, la pobreza, las economías ilícitas y la debilidad institucional, y así lograr el desarrollo rural que requieren estos municipios. (Agencia para la Renovación del Territorio. s.f.).

Durante el año 2018 y 2019 con recursos de regalías a través del Consorcio Papsivi 2018 se implementó el Programa en los municipios de Morelia, Florencia, Albania, Curillo, Solano, Puerto Rico, San José del Fragua, Valparaíso, La Montañita y Milán. (DNP, 2018). El MSPS ha venido implementando a través de sus asociados el Programa en el Departamento desde la vigencia 2014.

Entre los logros se descatan la fuerte apropiación del Programa por la MEPV Departamental quien entre sus logros ha reportado en sus informes de avance y rendición de cuentas que ha hecho seguimiento y articulación con el programa para su implementación y la satisfacción de los usuarios que han participado y que refieren haber resignificado su proyecto de vida.

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento del Caquetá.

El Departamento del Caquetá se encuentra localizado al Sur del país, tiene una extensión de 88.965 Kilómetros cuadrados y ocupa el 7.8% del territorio nacional y el 22,9% del área que Colombia aporta a la Gran cuenca Amazónica, según las proyecciones del Censo DANE 2018 la población total del departamento por área, para el 2020 sería del 65,04% (267.010 habitantes) en las cabeceras municipales y del 34,96% (143.511), estimando así que el departamento estaría en 410.521 habitantes, se evidencia un desplazamiento del 4,01% de la población del área rural a la urbana, situación que estaría

[1] *Los PDET benefician a 16 subregiones compuestas por 170 municipios de19 departamentos.*

motivada por el conflicto armado o la percepción que hay de mejores condiciones de vida y oportunidades en las cabeceras municipales.

El Caquetá está dividido en 16 municipios: Florencia, ciudad capital, Albania, Belén de los Andaquíes, Cartagena del Chairá, Curillo, El Doncello, El Paujil, Milán, La Montañita, Morelia, Puerto Rico, San José de Fragua, San Vicente del Caguán, Solano, Valparaíso y Solita; 63 inspecciones de policía, numerosos caseríos y sitios poblados. Factores como la extensión del departamento, sus límites geográficos y la economía interna dan lógica y explicación a la confluencia de los diferentes actores armados que habitaban y aun hacen presencia tales como las guerrillas, ELN, FARC y Paramilitares.
Desde mediados de la década de 1960 hasta la actualidad, el Departamento de Caquetá ha contado con la presencia de diferentes grupos armados ilegales. Para las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), Caquetá tiene un carácter histórico y político por haber sido cuna del bloque Sur de las FARC, albergar a comandantes del Secretariado de dicha agrupación y haber sido sede de las negociaciones entre el gobierno de Andrés Pastrana y las FARC, desarrolladas entre 1998 y 2002. De igual forma, desde 1980 este departamento cobra gran importancia para la expansión y financiación de las FARC, al involucrarse cada vez más en actividades relacionadas con el narcotráfico. Ahora bien, en los últimos 14 años, el departamento de Caquetá se ha convertido en caso emblemático de las transformaciones que ha experimentado el conflicto armado colombiano a nivel nacional, siendo el bloque Sur de las FARC protagonista de los mismos. Caquetá, al ser bastión político y militar de las FARC, se convirtió en objeto principal de planes sistemáticos de recuperación territorial por parte de los últimos cuatro gobiernos nacionales.

Según cifras aportadas por el Centro Nacional de Memoria Histórica, en el periodo de 1970 -2010 se registraron en el Caquetá 501 secuestros domiciliarios, 278 en Florencia los cuales 111 fueron atribuidos a la FARC. Se dio el asesinato de políticos como Ex alcalde de Florencia en 1995, gobernador del Caquetá en 1996 Jesús Ángel González Arias, Jesús Alí Polonia concejal de Florencia en 1997, en el 2002, Juan Carlos Cuenca Concejal de Florencia y Luis Antonio Serrano, comerciante y presidente de Cámara de Comercio de Florencia, en 2009 nuevamente gobernador del Caquetá Luis Francisco Cuellar. Adicionalmente, Caquetá ha sido área de disputa entre actores armados por el control de los cultivos de coca, procesamiento y comercialización de drogas. Desde 1998 hasta 2006, el Bloque Sur de las FARC sostuvo enfrentamientos con grupos paramilitares como el Bloque Sur de los Andaquíes del Bloque Central Bolívar (BCB) en Caquetá. Después de las desmovilizaciones de estas estructuras, en Caquetá no se tuvo conocimiento de actividades recurrentes por parte de bandas criminales asociadas al narcotráfico, por lo que las FARC se convirtieron en el actor armado ilegal predominante, aun y cuando en 2014 se identificó la presencia de un grupo Paramilitar denominado Águilas Negras dedicado a ajustes de cuentas y hechos de “limpieza social”.

A pesar de la firma del acuerdo de paz, y la reincorporación de los ex integrantes de la FARC a la vida civil, en el departamento y con especial énfasis en las zonas rurales, persisten situaciones y condiciones que agravan la situación humanitaria de las comunidades, de servidores públicos y agentes humanitarios. Simultáneamente, ha cobrado fuerza y se han hecho más evidentes, conflictividades sociales, que afectan la "paz cotidiana" de los Caqueteños y Caqueteñas; conflictos y violencias originados en la intolerancia, violencias de género y de familia, conflictos originados en la insatisfacción ciudadana con sus autoridades por la carencia o mala prestación de servicios, conflictos cotidianos al interior de las comunidades; conflictividades, que derivan, casi siempre en violencias, agresiones y perdida del tejido social y comunitario.

Es importante mencionar que a pesar de los esfuerzos de los diferentes actores de nivel nacional, departamental y municipal, el departamento del Caquetá, sigue siendo un territorio en el que las acciones armadas, la presencia y accionar de grupos ilegales, las economías ilícitas, la corrupción, la intolerancia, el comportamiento ciudadano inadecuado, las vulneraciones asociadas a la falta de solución y/o satisfacción de necesidades, entre otros, afectan gravemente los derechos humanos y el bienestar de los Caqueteños y Caqueteñas.

Debido la importancia política y económica que han tenido el departamento del Caquetá para el Bloque Sur de las FARC, sus territorios han sido objetivo de planes especiales por parte del Estado colombiano que empezaron a ser implementados desde el inicio del Plan Colombia en 1999, se reforzaron en su momento con el objetivo de recuperar la zona de distención del Caguán y que a abril de 2014 continúan estando vigentes. Como se mencionó en el capítulo sobre FARC, entre 1999 y 2002 se crearon en Caquetá dos Batallones antinarcóticos en Larandia y Tres Esquinas, y la Fuerza de Despliegue Rápido (FUDRA) especializada en la persecución de las compañías y columnas móviles de las FARC. En 2004, se creó la Fuerza de Tarea Conjunta Omega (FUTCO) con sede en Larandia, con el objetivo de combatir a los bloques Oriental y Sur de las FARC en los departamentos de Caquetá, Meta y Guaviare, con la participación del Ejército Nacional, la Armada y la Fuerza Aérea Colombiana. En 2013, la FUTCO contaba con 16 mil hombres distribuidos en los tres departamentos bajo su jurisdicción.

Por Directiva Presidencial 01 de 2009, se creó el Plan Nacional de Consolidación Territorial (PNCT) como una continuación del CCAI y como un "proceso coordinado, progresivo e irreversible, por medio del cual se busca afianzar la articulación de los esfuerzos estatales para garantizar de manera sostenible un ambiente de seguridad y paz que permita el fortalecimiento de las instituciones democráticas, en beneficio del libre ejercicio de los derechos ciudadanos y de la generación de condiciones para su desarrollo humano".

En el campo político las transformaciones fueron evidentes. Así, en primer lugar, entre 1990 y 2010 se produjo la definitiva pérdida del protagonismo de

la izquierda, el afianzamiento de los liberales turbayistas y el repunte del Partido Conservador para el final del periodo. Y, en segundo lugar, las FARC-EP renunciaron a la posibilidad y oportunidad de ampliar su influencia social y política mediante la participación electoral, tras el fracaso del experimento de la Unión Patriótica (UP), e iniciaron la práctica de abstenerse de participar directamente para hacerlo indirectamente, es decir, por medio de un control y "fiscalización" a la gestión de los alcaldes elegidos. Luego, desde 1997, comenzaron una nueva etapa, centrada en el sabotaje y la prohibición de las elecciones locales y regionales para anular cualquier vestigio de presencia estatal e institucional en sus zonas de influencia para consolidar una especie de "poder dual" (Cubides, 2005; Vásquez, Vargas y Retrepo, 2011, Vásquez, 2013 y Ciro 2013).

Según el Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023 de Caquetá, en materia de reparación integral, las victimas evidencian necesidades de restablecimiento socioeconómico y de superación de la vulnerabilidad de corto, mediano y largo plazo vía la restitución de empleo urbano y rural (proyectos productivos sostenibles), restitución de vivienda vía mejoramiento de las condiciones de habitabilidad o acceso a vivienda digna, restitución de tierras, rehabilitación física y mental, reparación colectiva, retornos y reubicaciones, etc.

En cuanto a los sujetos de reparación colectiva, según informe la Ficha de identificación de Necesidades de Víctimas 2019, en el Departamento del Caquetá están identificados 25 sujetos de reparación colectiva, de los cuales 2 están en alistamiento, 2 en diagnóstico del daño, 2 en diseño y formulación del plan integral de Reparación Colectiva – PIRC y 2 en implementación del PIRC.

En lo que respeta a Planes de Retorno y Reubicación Según la ficha de identificación de necesidades, en el Caquetá existen 9 Planes de Retorno y Reubicaciones en los municipios de Florencia, Belén de los Andaquíes, Morelia, Cartagena del Chairá, El Paujil, San Vicente del Caguán, Milán, Valparaíso y La Montañita de los cuales 6 están aprobados, 1 en formulación y 2 planes están con acción implementada.

En relación con la priorización de comunidades según 004 de 2009 existen cuatro comunidades indígenas con plan de salvaguarda (Inga, Nasa, Embera y Pijaos). De las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en el marco del auto 005 de 2009 no se ha priorizado ninguna comunidad.

Por otra parte, según el informe de la Unidad de Restitución de Tierras – URT existen cinco procesos de restitución de tierras, en el Caquetá se han recibido 4.417 solicitudes de restitución de tierras, de las cuales han ingresado al RUPTA 204, se han intervenido 123, están en etapa judicial 167 y están con fallo por sentencia 8.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el departamento del Caquetá.

A nivel demográfico, la población víctima del conflicto armado en el Departamento del Caquetá según la Red Nacional de Información - RNI con corte a 1 de enero de 2020 (cierre 31 de diciembre de 2019) son 232.238 personas, de los cuales el 50,3% corresponde a mujeres, el 49,6% corresponde hombres y el 0,1% corresponde a población LGBTI.

Enfoque Diferencial	0 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	18 a 28 años	29 a 60 años	61 años o más	No disponible	Total por grupo
Total mujeres	5384	12463	14655	27312	45526	9841	1552	116733
Total hombres	5611	13295	14655	27311	40346	11245	2915	115378
Total LGBT	2	6	4	28	81	5	1	127
TOTAL POBLACIÓN VICTIMA DECLARADA DPTO. CAQUETÁ A 2019	10997	25764	29314	54651	85953	21091	4468	232238

Fuente: Red Nacional de Información, con corte 1 de enero de 2020

Según la ficha de Identificación Necesidades del Caquetá, el número de víctimas ubicadas en el Departamento asciende a 180.325 (77.6% del total de víctimas). La población víctima representa un grupo de población vulnerable sujeta de derechos en materia de atención, asistencia, reparación integral, verdad, justicia y participación teniendo en cuenta que el Índice de Presión señala que de cada 100 habitantes del Caquetá 46 son víctimas. (PDD, 2020-2023)

El conflicto armado en el Departamento del Caquetá ha dejado un legado antes de la firma de los acuerdos de paz y persiste en el presente y futuro generando conductas vulneradoras de los derechos humanos que se transforman en hechos victimizantes a la población caqueteña a nivel urbano y rural. Según la Red Nacional de Información RNI – reporte por enfoque diferencial con corte a enero 1 de 2020 (cierre 31 de diciembre de 2019), para los años 2016, 2017, 2018 y 2019 se presentaron por declaración de 17.244 hechos victimizantes y por ocurrencia 17.890 hechos victimizantes. Se observa una tendencia decreciente para el periodo 2016-2019 del 59% por declaración y del 59% por ocurrencia. Durante el 2019 el desplazamiento forzado es el mayor hecho victimizantes representando por declaración el 60% y por ocurrencia el 65%. Le siguen en importancia la amenaza y el homicidio.

De igual forma, por ocurrencia y declaración de hechos victimizantes se presentan un continuo cometimiento de conductas vulneradoras a los derechos humanos como desaparición forzada, secuestro, tortura, actos terroristas, delitos contra la libertad y la integridad sexual, el reclutamiento forzado, uso y utilización de niños por parte de grupos armados ilegales.

No. de Víctimas del conflicto armado ubicadas	**180.325**
No personas indígenas VCA	6.564
N° personas Negras, Afrocolombianas, Palenqueras y Raizal VCA ubicadas	6.306
No. personas ROM – Gitana VCA ubicadas	214
N° personas no étnicas VCA ubicadas	167.241
No. personas con discapacidad VCA ubicadas	10.615
Víctimas por Desplazamiento	208.810
Total Hechos Victimizantes por Ocurrencia 2016-2019	17.890
Total Hechos Victimizantes por Declaración 2016-2019	17.244
Total Víctimas por desplazamiento forzado Declarados 2016-2019	12.006

Fuente: RNI a 31 diciembre de 2019 – Reporte por Enfoque Diferencial

Fuente: Red Nacional de Información, con corte 1 de enero de 2020

A nivel cultural en el departamento del Caquetá si bien se realizan diferentes festividades que buscan resaltar y conservar las tradiciones culturales de las comunidades como: El Festival de Intérpretes y Compositores de la Música Folclórica Colombiana “El Colono de Oro”, Festival Folclórico y Reinado Departamental por la Paz y la Cultura, Encuentro Indígena, Encuentro de música campesina siglo XXI y el Encuentro Departamental de Bandas, entre otras festividades que se realizan en diferentes zonas y por diferentes comunidades, entre ellas los indígenas. Es importante señalar que por el proceso de colonización dado por pobladores de todas las regiones de Colombia el departamento posee una multiculturalidad, por tal motivo la construcción sociocultural de Florencia y el departamento, en el siglo XX, fue producto de diversas olas migratorias, expresión de los conflictos sociopolíticos del país, situación que hizo que el crecimiento de la ciudad fuera anárquico y accidentado, situación que afecta la cultura tradicional y la existencia de escenarios culturales que convoquen a las reflexiones necesarias para la transformación de las narrativas que han marcado la identidad caqueteña.
De otra parte, los partidos tradicionales han monopolizado, la representación política del departamento en cuanto a participación de cuerpos colegiados, pero especialmente, los órganos que permiten la mediación y articulación entre la región y el Estado Central, como el Congreso de la República. Este comportamiento de dominio total de liberales y conservadores, sin embargo, tiende a modificarse durante los últimos años.

En el caso de Caquetá, esto se concretó en los diferentes momentos de descomposición y recomposición de la economía campesina ante el avance de la ganadería; en los flujos de población derivados de la no resolución del problema agrario en la región andina; en la presencia diferenciada de Estado; en los distintos procesos de la articulación política que implicaron una distribución desigual del acceso al poder político de la izquierda y los partidos tradicionales, y en las dinámicas diferentes del conflicto armado (Vásquez, 2013).

La actividad ganadera hace parte de la diversidad cultural de la población actual en el Departamento del Caquetá, máxime cuando representa el principal motor de la economía (Enciso et al. 2018). Esta condición ha marcado el sistema de valores de las familias asentadas en el territorio y es respaldada

por el pleno de la institucionalidad. El espacio social actual, reconoce con mayor distinción la condición ganadera por encima de cualquier otro tipo de actividad agropecuaria en el Departamento; el hecho de vender leche y contar con un pago quincenal abre las puertas a todo tipo trance comercial, sin que ello signifique incurrir en prendas de garanta alguna. Pero además existen cultivos de Arroz secado, Frijol, Maíz tradicional, Pitadla, plátano, yuca, cacao, café, caña panelera, caña para miel, piña, palma africana y caucho, que hacen parte de las actividades agropecuarios que fortalecen la economía del departamento del Caquetá.

Por otro lado, poco a poco, las FARC empezaron a insertarse en el negocio de los cultivos ilícitos regulando, inicialmente, las relaciones entre campesinos y narcotraficantes (Sánchez, 2016). La coca fue en muchos casos la única fuente de supervivencia de los pobladores ante la crisis de la economía agrícola producto del abandono estatal. A pesar de la incertidumbre por las acciones represivas de las autoridades y la inestabilidad en los precios del alcaloide, se consolidó la economía ilegal basada en el cultivo y procesamiento inicial de la hoja de coca (Jaramillo, Mora, & Cubides, 1989).
Por tal razón, se pueden evidenciar las situaciones que van desde los conflictos de uso, ocupación y tenencia, que no han sido orientados y vigilados por la institucional, conservando el modelo extractivista que linda con la ilegalidad, por la falta de formalización de la tierra, permitiendo la existencia a la fecha de los cultivos ilícitos, como justificación de la única opción para el sostenimiento de sus hogares.

El aumento de las violencias en el territorio sugiere algunos posibles abordajes. En primer lugar, la idea de que se hayan exacerbado formas de violencias que permanecieron invisibles o contenidas a causa de la presencia de las FARC en el territorio. Otra explicación se refiere a la aparición de nuevos actores violentos que ocupen los lugares de poder que históricamente dominaron las FARC, entre estos sectores de las disidencias, paramilitares y grupos armados relacionados con economías ilegales.

El devenir del Departamento ha estado signado por una estructura económica, social y política caracterizada por la desigualdad, la expoliación de los recursos, y la ilegalidad; que se expresa de manera elocuente en la cultura, en las maneras de relacionamiento y en la percepción de los foráneos respecto al territorio, configurando la identidad de sus habitantes.

De otra parte, es importante referir que en jurisdicción del departamento de Caquetá se encuentran dos de las trece cuencas sedimentarias que se encuentra dividido el país, la denominada cuenca sedimentaria Caquetá-Putumayo, localizada en el extremo occidental del área de jurisdicción, de ahí que el departamento dentro de su economía tiene un gran potencial mineral, entre la oferta de recursos de mayor importancia se encuentran: Oro, Bauxita, Cadmio, Cobre, Estaño, Hierro, Molibdeno, Niobio, Tántalo, Pirita, Plomo, Tungsteno, Uranio, Zinc, arenas Silíceas, Caliza, Evaporitas, Feldespato, Fosfatos, Mica, Arcilla, Mármol, Carbón y Petróleo (CORPOAMAZONIA, 2017).

La minería ilegal, en especial la de aluvión o de oro que es la que prevalece en el Caquetá, es una de las actividades que más impacta a los recursos naturales y la vida misma por el uso del mercurio, elemento químico que afecta el agua, aire, bosque, suelo, flora, fauna y los seres humanos (Semana sostenible, 2019).

En el departamento de Caquetá la minería ilegal de oro se presenta en dos zonas principalmente; la primera en el sector de Curillo-Solita, donde la actividad minera de veta y aluvión se desarrolla en un contexto de mayor control, con presencia histórica por parte de las FARC, con la participación de campesinos y de productores de coca en actividades de minería ilegal, asi como también con una tradición de minería informal y artesanal. (Castañeda, W. y Salazar C., 2016, p2).

La otra zona corresponde a la parte media del río Caquetá Solita ubicada al suroeste del país en los departamentos de Caquetá y Amazonas, entre el Corregimiento de Araracuara (municipio de Solano) y la desembocadura del río Chinará en el río Caquetá (jurisdicción departamento de Amazonas) pasando por el resguardo Nonuya de Villa Azul (Sociedad Peruana de Derecho Ambiental, 2015), de ahí que la minería de aluvión en el río Caquetá, ha afectado principalmente territorios de resguardos indígenas de los departamentos de Caquetá y Amazonas, y en menor grado a población no auto reconocida como étnica en la parte más occidental del río en los departamentos de Caquetá y Putumayo. Igualmente, la tecnología minera de balsas fue introducida por balseros de Brasil y Perú, que posteriormente fue aprendida por colombianos que hicieron suya la tecnología. Los líderes y las comunidades aceptaron, en un primer momento, la presencia de balseros (brasileños, peruanos) y se fueron vinculando progresivamente a las actividades de minería ilegal, luego la convirtieron en una fuente de ingresos, así como, la presencia creciente de las FARC atraídas por el negocio minero. (Castañeda, W. y Salazar C., 2016, p.2).

En resumen, el recuento de los procesos políticos, sociales, económicos y ambientales de la historia del Caquetá muestra que el conflicto armado y su presencia diferenciada en el tiempo y el espacio se explican por la persistencia de problemas de larga duración, como son: la no solución de tensiones económicas y sociales, especialmente del sector rural, que han impedido el ejercicio de una ciudadanía efectiva por parte de grandes sectores de la población; y en el ámbito político, por un proceso inacabado de la construcción del Estado que se expresa en una presencia diferenciada de las instituciones, y en una articulación de las regiones y localidades por medio de los poderes regionales y locales previamente establecidos, así como una lucha por el territorio por la explotación de recursos naturales.

Por otra parte, en el Departamento del Caquetá las víctimas presentan enfoque diferencial étnico: comunidades indígenas que representa el 3,6%, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras con el 3,5%, ROM o gitano con el 0,11% y población mestiza con el 92,79%. La Población

con discapacidad representa el 5,9%. (Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023).

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento del Caquetá.

En el departamento de CAQUETA, desde el año 2013 se ha estado brindado atención psicosocial con diferentes estrategias, desde la Unidad para las Víctimas conoce 46 sentencias de restitución de tierras, distribuidas en los municipios de San Vicente, Belén de los Andaquies, Solita, Albania en desde las órdenes judiciales en compañía del Departamento se ha brindado atención prioritaria, cabe resaltar que no se tiene documentado los datos específicos de todas las atenciones realizadas por pastoral social, ONG y organizaciones que han brindado atención a la población sobreviviente, los datos obtenidos según los datos obtenidos del Informe Generado Desde El Aplicativo Papsivi del Ministerio de Salud Y Protección Social con corte a Septiembre de 2021.

En lo que va corrido de la ejecución del Papsivi desde 2013, se han atendido desde el programa en los municipios priorizados 54.017 personas en las distintas modalidades, Así mismo el total de planes a nivel individual con técnica individual grupal fueron ejecutados 11.620; el total de planes familiares son de 11.986 como lo muestra la siguiente tabla.

		Modalidad individual				Modalidad grupal			Modalidad familiar			
Departamen	Municipio	Planes	Personas	Planes	Personas	Planes	Personas		Planes	Personas	Planes	Personas
CAQUETA	EL PAUJIL	41	41	0	0	58	275		1	33	100	349
CAQUETA	SAN JOSÉ DE	156	156	0	0	305	1237		8	208	469	1601
CAQUETA	BELÉN DE LO	64	64	0	0	96	336		1	20	161	420
CAQUETA	SAN VICENTE	157	157	647	647	121	485		13	367	943	1654
CAQUETA	CURILLO	128	128	0	0	130	501		0	0	259	629
CAQUETA	LA MONTAÑ	418	418	0	0	483	1965		21	531	922	2887
CAQUETA	PUERTO RICO	373	373	0	0	428	1652		20	476	821	2500
CAQUETA	MORELIA	122	122	0	0	153	557		0	0	276	677
CAQUETA	SOLANO	142	142	0	0	124	478		0	0	266	620
CAQUETA	SOLITA	62	62	0	0	72	246		0	0	134	308
CAQUETA	FLORENCIA	889	889	3199	3199	1282	4941		70	1825	5497	10647
CAQUETA	ALBANIA	124	124	0	0	132	466		0	0	256	589
CAQUETA	CARTAGENA	110	110	552	552	138	552		5	143	813	1316
CAQUETA	EL DONCELLO	81	81	0	0	102	367		0	0	183	446
CAQUETA	MILÁN	134	134	0	0	141	501		0	0	275	635
CAQUETA	VALPARAÍSO	153	153	0	0	303	1236		8	202	464	1587
TOTAL		3154	3154	4398	4398	4068	15795		147	3805	11839	26865

Fuente: Aplicativo Papsivi Del Ministerio De Salud Y Protección Social, Corte Septiembre 2021.

En materia de reparación integral las victimas evidencian necesidades de restablecimiento socioeconómico y de superación de la vulnerabilidad de corto, mediano y largo plazo vía la restitución de empleo urbano y rural (proyectos productivos sostenibles), restitución de vivienda vía mejoramiento de las condiciones de habitabilidad o acceso a vivienda digna, restitución de tierras, rehabilitación física y mental, reparación colectiva, retornos y reubicaciones, etc. En cuanto a los sujetos de reparación colectiva, Según informe la Ficha de identificación de Necesidades de Víctimas 2019, en el Departamento del Caquetá están identificados 25 sujetos de reparación colectiva, de los cuales 2 están en alistamiento, 2 en diagnóstico del daño, 2 en diseño y formulación del plan integral de Reparación Colectiva – PIRC y 2 en implementación del PIRC. En lo que respeta a Planes de Retorno y Reubicación Según la ficha de identificación de necesidades, en el Caquetá existen 9 Planes de Retorno y

Reubicaciones en los municipios de Florencia, Belén de los Andaquíes, Morelia, Cartagena del Chairá, El Paujil, San Vicente del Caguán, Milán, Valparaíso y La Montañita de los cuales 6 están aprobados, 1 en formulación y 2 planes están con acción implementada. En relación con la priorización de comunidades según 004 de 2009 existen cuatro comunidades indígenas con plan de salvaguarda (Inga, Nasa, Embera y Pijaos).

De las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en el marco del auto 005 de 2009 no se ha priorizado ninguna comunidad. Por otra parte, según el informe de la Unidad de Restitución de Tierras – URT existen cinco procesos de restitución de tierra, en el Caquetá se han recibido 4.417 solicitudes de restitución de tierras, de las cuales han ingresado al RUPTA 204, se han intervenido 123, están en etapa judicial 167 y están con fallo por sentencia 8. La restitución de tierra con sentencia o autos judiciales demandan una gran articulación interinstitucional de respuesta real y efectiva.

En todos los municipios del departamento del Caquetá, se ha implementado programas como PAPSIVI y EREG los cuales aportan a la recuperación emocional, donde el primero es brindado por el Ministerio de salud y el segundo por la Unidad de Victimas, cada uno con su respectivo Operador dependiendo la Vigencia. Desde el año 2013 en el departamento del Caquetá se viene dando cumplimiento a lo establecido en la ley 1448 donde determina las diferentes medidas de reparación, en este sentido PAPSIVI pertenece al enfoque psicosocial en la medida de Rehabilitación, donde se logra favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generados a las víctimas, sus familias y comunidades donde esto implica.

- La incorporación de la superación y la resistencia a la historia personal y social de la víctima
- Lograr la creación de un nuevo proyecto de vida considerando la vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones.
- Contar con recursos para el afrontamiento de su actualidad y la construcción del porvenir.
- Transformar la perspectiva del futuro

De esta manera se menciona los principales logros en cada una de las atenciones realizadas a la población víctima del conflicto armado interno/sobrevivientes, permitiendo que, mediante la recuperación y mitigación del dolor causado, se supere de alguna manera la perspectiva con respecto a la calidad de vida que están llevando y la que se proyectan tanto a nivel personal, familiar y comunitario.

Según el Plan de Departamental de Desarrollo 2020-2023, La estrategia “Pacto Social por el Desarrollo de nuestra Región” apunta al cumplimiento de proyectos y metas que beneficien a todos, siendo un gobierno el cual incluye en sus líneas estratégicas, Inclusión Social para la Reconciliación y la Equidad, Gobernabilidad y Gobernanza para la Paz, contribuyendo para el desarrollo de la estrategia el cual se centra en los individuos, las familias y las comunidades, facilitando las condiciones de materialización del goce efectivo de sus derechos

de restitución y a la salud y para la reducción de inequidades mediante la atención integral a la salud; retoma los componentes integrados e interdependientes definidos en la estrategia de Atención Primaria en Salud: la acción intersectorial/transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud. No es solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.

El departamento, de acuerdo con las proyecciones del DANE para el año 2020 cuenta con una población de 410.521 habitantes, con una densidad de 4,61 hab/km2. El 65% de la población, de acuerdo con las proyecciones DANE, se encuentra en el área urbana, mientras que el 35% en el área rural. La población del departamento del Caquetá se encuentra distribuida en un alto porcentaje en las áreas urbanas facilitada por el desplazamiento interno en el departamento. Los municipios con una mayor densidad de población en el área urbana corresponden a Florencia, El Doncello y san Vicente del Caguán, porcentaje de 88,39%, 65,74% y 64,23% respectivamente. Por el contrario, los municipios en donde se encuentra una mayor población que viven en área rural son Solano, Milán y La Montañita, municipios que se encuentran por debajo del grado de urbanización de las del departamento.

Actualmente, el departamento de Caquetá no ha logrado establecer acciones sectoriales y comunitarias integradoras entre todos los actores del sistema de salud, lo que ha generado un inadecuado liderazgo en salud. En relación a ello, las entidades territoriales municipales no tienen en claro el concepto de autoridad sanitaria, por lo cual, las acciones del Plan Decenal es incipiente, incompleto y no dirigido a resultados; situación que se enmarca continuamente en la ejecución insatisfactoria del plan de intervenciones colectivas, la no coherencia entre los planes de acciones en salud municipales con el Departamental y Nacional y la baja garantía del aseguramiento y la provisión inadecuada de servicios de salud, entre ellos las intervenciones individuales de detección temprana y protección específica. Razón por la cual, se ha presentado incumplimiento en la contratación oportuna del PIC en casi el 87.5% de los municipios (Informe de Gestión Vigilancia Gestión Territorial), deficiente seguimiento a la ejecución de acciones en salud donde el 93.75% de los municipios no reportan evaluaciones en la gestión de la Salud Pública en los tiempos definidos por el MSPS (Informe de Gestión Vigilancia Gestión Territorial).

En cuanto a la atención en salud Víctimas del Conflicto Armado Los servicios de Salud son insuficientes para la atención adecuada, de ahí la falta de cobertura y continuidad en estrategias de atención en salud integral y psicosocial a víctimas del conflicto armado con la consecuencia del deterioro en la salud física y mental (PDT2020-2023)

Durante los seguimientos efectuados en la vigencia 2019 se evidenció una deficiente comunicación en el 100% de las ESE del departamento con el ente

territorial, donde no se socializan ni articulan los planes hospitalarios para emergencias municipal y hospitalarios; el conocimiento, identificación, priorización y reducción de los riesgos no es el adecuado por falta de desarrollo de acciones de promoción y prevención, al igual que las acciones de mitigación. Persiste un déficit de personal para actividades de inspección y vigilancia a los 16 municipios del departamento de Caquetá, en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional 2005 –RSI, que permita el desarrollo de las capacidades básicas ante una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). En la actualidad el departamento de Caquetá no cuenta con el cálculo del Índice de Seguridad Hospitalaria en las IPS que conforman la red pública del departamento, el cual se requiere para conocer la vulnerabilidad de las instituciones de salud, ante un desastre y determinar si está en condiciones de seguir funcionando con su máxima capacidad instalada posterior a un evento de este tipo.

La población del departamento del Caquetá oscila en 496.241 habitantes según proyección DANE para el año 2018. En materia de aseguramiento en el departamento se ha avanzado hacia la meta de cobertura universal y es así como se reporta una cobertura del 97% en el régimen subsidiado, aunque aún se reporta un total de Población pobre no atendida (PPNA) cercana a 9.677 personas (DNP, 2019).

El Plan de Desarrollo 2020-2023 refiere que, en términos de prestación de servicios de salud, se ha observado un comportamiento de disminución en la cobertura de servicios desde el año 2014, el cual se ha mantenido en el tiempo y ha hecho más evidente especialmente en las zonas rurales y Rural dispersa con frecuencias de uso inferiores a las nacionales.

CORTE AGOSTO 2021

MUNICIPIO	REG SUBSIDIADO (BDUA)							Régimen de Excepción FAMAC	población afiliada a salud	POBLACION DANE 2021	% Afiliación
	NUEVA EPS	LA NUEVA EPS S.A.	MEDIMAS EPS	COOMEVA	SANITAS	ASMET SALUD	TOTAL BDUA				
Florencia	59	2.993	5.685	6.841	569	101.578	**117.725**	3288	179.965	**174.839**	**102,9 %**
Albania		67				3.931	**3.998**	167	4.628	**4.442**	**104,2 %**
Belén		136	138			8.116	**8.390**	349	9.553	**11.297**	**84,6%**
Cartagena	31	181	326			28.778	**29.316**	784	31.579	**31.480**	**100,3 %**
Currillo	3	113				8.693	**8.810**	250	9.556	**7.854**	**121,7 %**
El Doncello	8	273	299			16.533	**17.113**	618	19.916	**19.484**	**102,2 %**
El Paujil	4	174	69			12.997	**13.244**	380	14.624	**18.659**	**78,4%**
La Montañita	63	235				12.747	**13.045**	530	14.176	**14.844**	**95,5%**
Milán	2	87				7.183	**7.272**	297	7.915	**10.057**	**78,7%**

Morelia		33				3.303	**3.336**	145	3.745	**3.786**	**98,9%**
Puerto Rico	9	221	373			22.554	**23.159**	846	25.807	**26.554**	**97,2%**
San José	2	265	152			11.099	**11.518**	442	12.725	**13.237**	**96,1%**
San Vicente	52	768	681			44.933	**46.434**	1376	52.586	**53.149**	**98,9%**
Solano	3	96				8.146	**8.245**	300	8.903	**11.625**	**76,6%**
Solita	1	71				7.260	**7.332**	192	7.822	**6.412**	**122,0 %**
Valparaíso		42				5.894	**5.936**	241	6.536	**7.122**	**91,8%**
TOTAL	**237**	**5.755**	**7.723**	**6.841**	**569**	**303.745**	**324.873**	**10.979**	**410.810**	**414.841**	**99%**

Fuente: Secretaria Departamental de Salud. Área de Aseguramiento

En cuanto a las EAPB que operan en el departamento, se cuenta con las siguientes entidades prestadoras de los servicios de salud: ASMED SALUD como el mayor asegurador en el régimen subsidiado, FAMAC , MEDIMAS NUEVA EPS, COOMEVA, SANITAS y del régimen de excepción. Es importante mencionar que la mayor parte de población del departamento del Caquetá se encuentra afiliado al régimen subsidiado y en el régimen contributivo Medimás EPS, seguido de COOMEVA, Sanitas y Nueva EPS.

La población víctima del conflicto armado tiene un constante movimiento en el sistema general de seguridad social, ya que es una población nómada, que vive trasladándose de un municipio a otro, o de un departamento a otro; debido a diferentes motivos como la búsqueda de mejores oportunidades para mejorar su calidad de vida, por amenazas o temor a que sus hechos victimizantes se repitan, o por rescatar sus hábitos, cultura y costumbres, además de vivir junto a sus familias.

Asmet Salud EPS para el cumplimiento a la implementación del protocolo de víctimas de conflicto armado cuenta con la caracterización de la población del municipio, esta caracterización se dio a conocer a las IPS del municipio a través de la ruta establecida en el protocolo de transferencia de archivos FTP, en esta ruta se cargan las bases de datos de la población, la cual cuenta con un campo denominado GRUPO POBLACIONAL en este campo se identifica la clasificación víctima del conflicto armado, lo anterior con el fin de que a la población objeto se le garantice una atención con enfoque psicosocial en el marco del protocolo víctimas de conflicto armado (VCA).

Para la realización de la caracterización se cuenta con un colaborador activo designado para realizaciacion de los cruces de las bases de datos ante el RNI, quien ha realizado cruces masivos.

Dentro de la caracterización se identifica que, en la Departamental Caquetá, Asmet Salud EPS se cuenta con un total de 145192 afiliados identificados como víctimas de conflicto armado, distribuidos de la siguiente manera:

MUNICIPIO	TOTAL
ALBANIA	2487
BELEN	4541
CARTAGENA DEL CHAIRA	12263
CURILLO	4452
EL DONCELLO	7313
EL PAUJIL	7063
FLORENCIA	56185
LA MONTAÑA	6678
MILAN	2776
MORELIA	1986
PUERTO RICO	9669
SAN VICENTE DEL FRAGUA	13513
SOLANO	2520
SOLITA	3434
VALPARAISO	3610

Fuente: Secretaria Departamental de Salud. Área de Poblaciones Vulnerables.

POBLACION VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ATENDIDA BAJO EL ENFOQUE PSICOSOCIAL EN EL MARCO DEL PROTOCOLO DE VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

MUNICIPIO	CONSULTA PSICOLOGICA	CONTROL MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL	CONTROL PSICOLOGIA	CONSULTA ODONTOLOGICA
ALBANIA	858	1029	776	858	835
BELEN	1616	2081	1555	1616	1568
CARTAGENA DEL CHAIRA	1808	2750	3222	1808	3940
CURILLO	1312	1762	1348	1312	1076
EL DONCELLO	1513	2437	3113	1513	2927
EL PAUJIL	1087	1397	1877	1089	3335
FLORENCIA	11709	15683	18167	11709	17677
LA MONTAÑA	500	997	1906	500	1642
MILAN	768	1051	667	768	742
MORELIA	381	643	611	381	930
PUERTO RICO	1520	2922	3677	1520	3714
SAN JOSE DEL FRAGUA	1596	2131	1149	1596	1577
SAN VICENTE DEL CAGUAN	2035	2690	3667	2035	2464
SOLANO	460	683	516	460	895
SOLITA	859	1143	623	859	971
VALPARAISO	1019	1333	704	1019	854
TOTAL	29041	40732	43878	29041	45149

Fuente: Registro Nacional de Información

El protocolo de Atención en salud integral a las víctimas fue presentado y socializado al ente Territorial Municipal, desde la Gobernación de Caquetá

asignando tareas específicas para inicio de la implementación en el Departamento, La Resolución 1166/2018 se socializó el 13 de septiembre del 2018 a la SNARIV –Caquetá, conformado por las siguientes entidades: Gobernación, ICBF, Procuraduría, Registraduría, Defensoría del Pueblo, SENA, Asmet Salud, Consorcio Unión Temporal- PAPSIVI, , Unidad de Restitución de Tierras, Ejército y Ministerio de Trabajo. Se realizó la segunda socialización con las siguientes entidades: Medimás, Sanitas, Medilaser, IPS, Famac, Nueva EPS, Salud Vital y Secretaría de Salud Departamental, dejando tareas específicas a cada una de los actores siguiendo el plan de acción diseñado por el comité coordinador del protocolo, entre las cuales aún en el seguimiento técnico no se ve reflejado dentro de los compromisos la asignación de los referentes PAPSIVI. Con relación al proceso de formación del talento humano en salud manifiesta el ente territorial que fueron enviados a través de un formulario la información al Ministerio el cual aún no ha dado respuesta.

La IPS de carácter departamental de baja complejidad que presta atención a mayor cantidad de personas es la ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS RAFAEL OROZCO OROZCO mientras que la de media y alta complejidad es la ESE HOSPITAL DEPÁRTAMENTAL MARIA INMACULADA.

Los servicios de salud de alta complejidad se concentran en la ciudad de Florencia, en el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. y la clínica de alta complejidad Medilaser S.A de carácter privada pero que contrata con todas las EAPB en Florencia. De igual forma, sucede para la prestación de servicios de alto costo, para la población pobre en lo no cubierto para todo el departamento.

Según el Plan de Desarrollo Departamental, en el departamento existe una red de IPS públicas, compuesta por múltiples nodos de atención, que prestan servicios en primero y segundo grados de complejidad en el 100% de los municipios del Departamento, en las cabeceras especialmente, la cual está integrada por nueve hospitales de baja complejidad, 8 centros de salud y 70 puestos de salud o nodos de servicios habilitados para la prestación de servicios de baja complejidad, estos últimos corresponden especialmente a zonas rurales y tanto su equipamiento humano como tecnológico es precario, lo que incide de forma directa en los indicadores de salud a nivel rural .

La red de prestación de servicios en el Departamento se encuentra distribuida en tres niveles de atención, el primer nivel o baja complejidad se encuentra habilitado

RED PRESTADORA ASMED SALUD

EAPB	IPS	NIVEL DE ATENCIÓN	FUNCIONAMIENTO	TALENTO HUMANO
Asmet salud	Centro Ortopédico Avanzar 2	I	Rehabilitación	especialistas.
	Urocaq E.U. Ips	II	Hospitalización	Especialistas
	Centro Neuropsiquiatrico El Divino Niño Ips Ltda.	I	Hospitalización	especialista
	Gerencia De Proyectos Y Servicios En Salud S.A.S Prosalud Ips	I	Consulta externa, promoción y prevención	medicina general
	Passus Ips Taller Psicomotriz S.A.S Florencia	I	Rehabilitación	especialista
	Medicina Domiciliaria De Colombia S.A.S	I	Consulta externa, promoción y prevención	medicina general
	Seres Laboratorio De Referencia Y Especializados S.A.S	I	laboratorio	Auxiliar de laboratorio
	Centro De Imágenes Diagnosticas Cedim Ips S.A.S	I	apoyo de imágenes diagnosticas	especialistas
	Clínica Especializada En Adicciones Luis Amigo Ferrer Sas	I	hospitalizacion	equipo interdisciplinario
	Medical Store Colombia S.A.S	I	laboratorio	Regente de farmacia
	Laboremos Ssa S.A.S	I	consulta externa	enfermeria especialistas
	Ips Horizonte Social La Esperanza S.A.S	I	Hospitalización domiciliaria	medicina general y enfermeria
	Recuperami Zomac S.A.S	I	Rehabilitación	equipo interdisciplinario
	Asociación Pro Bienestar De La Familia Colombiana Profanilla	I	promocion yprevencion	enfermeria especialistas
	Sies Salud Florencia	I	distribuidora de dispositivos médicos	Regente de farmacia
	Amanecer Medico	I	insumos medicos	técnicos
	Pronacer Medicina Diagnostica Ips Sas Sucursal Florencia	I	Consulta externa	Medicina laboral
	María Nancy Andrade Castro	I	laboratorio	Auxiliar de laboratorio
	Fabio Eduardo Espinosa Zúñiga	I	Optometría	especialista
	I.P.S Nazher Centro Médico Especializado S.A.S	I	citas de especialistas	Especialistas
	Olga Lucia Torrijos Rivera	I	Psicología	Psicología clínica
	Merck Sharp & Dohme Colombia S.A.S	I	distribuidora de dispositivos médicos	Químicos y regente de farmacia
	Rheumahelp Ips Zomac Sas	I	Rehabilitación	Especialistas
	Audifarma S.A	I	distribuidora de dispositivos médicos	Químicos y regente de farmacia
	Offimedicas S.A	I	distribuidora de dispositivos médicos	Químicos y regente de farmacia
	Clinica medilaser S, A	IIII	Hospitalización. Uci, urgencias, unidad renal, uci neonatal, cardiología, hemodinamia	Especialistas, enfermeria, médico general,
	E.S.E maría inmaculada	III	Hospitalización. Uci, urgencias, unidad renal, uci neonatal,	Especialistas, enfermeria, médico general,
	coorpomedica	II	Urgencias, consulta externa, hospitalización	Especialistas, enfermeria, médico general,

RED PRESTADORA MEDIMAS.

MEDIMAS	Ese Sor Teresa Adele - Sede Ips Cartagena Del Chaira	I	Promoción y prevención, y urgencias	Médico general y enfermeria
	Clínica Chaira Ltda.	I	Promoción y prevención, y urgencias	Médico general y enfermeria
	Sudisur Ltda. - Cartagena Del Chairá	I	Medicamentos	Químicos y regente de farmacia
	Clínica El Doncello Ltda.	I	Promoción y prevención, y urgencias	Médico general y enfermeria
	Ese Sor Teresa Adele - Sede Ips El Paujil	I	Promoción y prevención, y urgencias	Médico general y enfermeria
	Centro Neupsiquiátrico El Divino Niño	I	Psiquiatría, psicología, enfermeria, hospitalización	Médico general y enfermeria, psiquiatra psicólogo
	Laboratorio Patológico Emis Muñoz	I	Laboratorio	Auxiliar de laboratorio
	Linde Colombia S.A. – Caquetá	I	Medicamentos	Farmaceutas
	Medical P-Droz Florencia S.A.S.	I	Ambulancias	Paramédicos
	Servicio De Emergencias Médicas Del Caquetá Sas.	I	Ambulancias	Paramédicos
	Unidad Médica Y De Rehabilitación Integral Del Caquetá Sas.	I	Rehabilitación	equipo interdisciplinario
	Sudisur Ltda. - San Vicente Del Caguán	I	Medicamentos	Farmaceutas
	Clinica medilaser sede Florencia	III	Hospitalización, urgencias, uci, hemodinamia, unidad renal	Especialistas, enfermeria, médico general

RED PRESTADORA COOMEVA

COOMEVA	UNIDAD DE ATENCIÓN BÁSICA FLORENCIA	II	Promoción y prevención, consulta externa, prioritaria	Médico general, enfermeria, especialistas
	CORPORACIÓN MÉDICA DEL CAQUETÁ CORPOMÉDICA		Urgencias, ayudas diagnosticas	Médico general especialistas, enfermeria
	CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS CEDIM IPS S. A.S.	II	Apoyo diagnostico	Técnicos, especialistas
	CORPORACIÓN MÉDICA DEL CAQUETÁ - CORPOMÉDICA "ODONTOLOGÍA"	I	promocion yprevencion	Odontólogos, enfermeria higienista oral
	COLSUBSIDIO	I	Medicamentos	Regente de farmacia
	MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS SAS – MEDEX	I	Medicamentos	Regente de farmacia
	Clinica medilaser sede Florencia	IIII	urgencias, hospitalización, hemodinamia, sala de partos. Unidad renal, cardiología	Especialistas, enfermeria, médico general

RED PRESTADORA SANITA Y FAMAC

SANITAS	Clinica medilaser sede Florencia	IIII	urgencias, hospitalización, hemodinamia, sala de partos. Unidad renal, cardiología	Especialistas, enfermeria, médico general
	Centro de imágenes diagnosticas	I	Apoyo diagnostico	Técnicos, especialistas
	Urocaq sede san Gabriel	II	Promoción y prevención, citas con especialistas	Enfermeria, especialistas, médico general
	Salud oral	I	Higiene oral, odontología	Odontólogo, higienista
FAMAC	clinica medilaser	IIII	urgencias, hospitalización, hemodinamia, sala de partos. Unidad renal, cardiología	Especialistas, enfermeria, médico general
	famac	I	promocion yprevencion, medicina general, odontologia	medico general, odontologo, enfermeria
	Centro de imágenes diagnosticas	I	Apoyo diagnostico	Técnicos, especialistas
	CORPORACIÓN MÉDICA DEL CAQUETÁ CORPOMÉDICA		Urgencias, ayudas diagnosticas	Médico general especialistas, enfermeria
	Urocaq sede san Gabriel	II	Promoción y prevención, citas con especialistas	Enfermeria, especialistas, médico general

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima en el departamento del Caquetá.

Respecto de la oferta institucional del nivel nacional, departamental y municipal prevista para las víctimas de conflicto armado se encuentran:

Instituciones nacionales

Departamento para la Prosperidad Social

1. Más Familias en Acción: la cual, entregan un apoyo monetario directo a las familias con menores de edad que se encuentren por debajo del corte definido por la Entidad bajo la metodología III del SISBÉN, en condición de desplazamiento o pertenecientes a comunidades indígenas , con cobertura Urbana-Rural; los beneficiarios potenciales de Más Familias en Acción son familias con menores de edad que se encuentren por debajo del punto de corte definido por la Entidad bajo la metodología III del SISBÉN, familias en condición de desplazamiento, familias pertenecientes a comunidades indígenas o familias vinculadas a la Red Unidos

2. Jóvenes en Acción: programa que busca mejorar las capacidades, competencias, habilidades y destrezas para el trabajo de la población joven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, con cobertura Nacional (Urbano y Rural). Se considerarán potenciales beneficiarios del Programa, los jóvenes bachilleres entre 16 y 24 años en condición de pobreza o vulnerabilidad y sus aliados son Gobernación-Alcaldía.

3. Familias en su Tierra- FEST. Tiene como objetivo es contribuir al arraigo, a la estabilización socioeconómica, al goce efectivo de derechos y a la reparación integral de la población víctima retornada o reubicada.

4. Red de Seguridad Alimentaria (RESA): Cuyo objetivo es mejorar el acceso y consumo de los alimentos de las familias objetivo del Sector de la Inclusión Social y la Reconciliación mediante la producción de alimentos para el autoconsumo, la promoción de hábitos alimentarios saludables y el uso de alimentos y productos locales para contribuir con la disminución del Hambre y el mejoramiento de la seguridad alimentaria en el país.

5. ANSPE. UNIDOS. Busca Implementar, liderar y consolidar la Red de Protección Social para la Superación de la Pobreza Extrema - UNIDOS, como una estrategia de intervención para que las familias en situación de pobreza extrema y desplazamiento forzado accedan a la oferta social pública y privada y desarrollen capacidades para gestionar su propio desarrollo, mejoren sus condiciones de vida y superen la pobreza extrema, con cobertura Nacional-rural.

Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural:

6. Oportunidades Rurales: Su objetivo es, Contribuir a la lucha contra la pobreza rural, a través del incremento del empleo y de los ingresos de las familias más pobres, mejorando para ello la competitividad e integración a los mercados de las microempresas rurales.

7. Mujer Rural: El objetivo es mejorar las condiciones de vida de las mujeres rurales, su núcleo familiar y sus comunidades y de esta manera contribuir con

la reducción de la pobreza rural, con cobertura de orden Nacional-Rural y sus beneficiarios son.

Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas de la Violencia –UARIV: Prevención temprana: orientada a identificar las causas que generan las violaciones de los derechos humanos y/o las infracciones al DIH y adoptar medidas para evitar su ocurrencia; prevención urgente: ante la inminencia de una violación de derechos humanos y/o infracción al DIH, adopta acciones, planes y programas orientados a desactivar tales amenazas para mitigar los efectos de su ocurrencia; garantías de no repetición: en tanto las violaciones y las infracciones ya han sido consumadas, atender y mitigar los impactos causados por emergencias humanitarias y desplazamientos masivos en el marco del conflicto interno armado en programas de atención integral. RUV.

Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA: Ofrece su atención a través del acompañamiento de planes de inversión en proyectos que surjan a través de los procesos de formación, capacitación técnica, recalificación laboral, así como formaciones productivas con acompañamiento de planes de inversión en proyectos que surjan a través de estos procesos formativos.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF): En la atención Integral existen programas como: Los Hogares Comunitarios de Bienestar son una modalidad de atención a la primera infancia, se atienden las necesidades básicas en cuidado, afecto, nutrición, salud, protección y desarrollo psicosocial, de niños y niñas desde los 6 meses hasta 5 años de edad pertenecientes a familias Víctimas de Violencia. El suministro de un complemento alimenticio y la realización de acciones formativas, de promoción, de prevención y atención en salud, asistencia para la Recuperación Nutricional. Existe también Generaciones Con Bienestar para la atención de NNA víctimas.

Procuraduría General de la Nación. Toma de declaraciones de los hechos que originaron el desplazamiento forzado y las remiten para su inscripción de manera inmediata a las oficinas de Acción Social. Seguimiento. a las acciones de las Entidades del Gubernamentales del SNAIPDV (El Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada) para velar por la protección y realización del goce efectivo de los derechos de la población en situación de desplazamiento forzado.

Defensoría del Pueblo. El sistema de Alertas tempranas –SAT- mediante ello realiza acciones de prevención de violaciones masivas de DDHH (Mediante el SAT producen permanente análisis sobre situaciones de inminencia y análisis de riesgos vulnerabilidades regionales con el propósito de activar un diagnóstico de respuesta integral del Estado, encaminada a la mitigación o alejamiento del mismo, la superación, eliminación o disminución de las amenazas de vulneración de los derechos humanos sobre una comunidad determinada). Seguimiento, a las acciones de las Entidades Gubernamentales del SNAIPDV o Comité Departamental de Justicia Transicional para velar por la protección y realización del goce efectivo de los derechos de la población en situación de desplazamiento forzado, hace énfasis en la atención de urgencia y emergencia, en cuanto a su

oportunidad, calidad y pertinencia, teniendo en cuenta las diferencias de género, edad y etnia, la atención sectorial, especialmente lo relacionado con salud y educación, y los compromisos adquiridos por parte de las Entidades en los procesos de retorno y reubicación; asesorías por parte de la coordinación de atención al desplazamiento forzado.

Instituciones Departamentales:

Gobernación de Caquetá. Desarrollo programas de Atención Integral a las Víctimas de la Violencia a causa del conflicto armado, complementando las medidas de atención y reparación integral adoptadas por los municipios; con sujeción a las órdenes y directrices que imparta el Presidente de la República para el mantenimiento, conservación y restablecimiento del orden público, garantizar la seguridad y protección personal de las víctimas con el apoyo de la Policía Nacional. En el marco del Plan de Desarrollo Departamental vigente, en el eje Estratégico 3 del mismo que se denomina. Promoción del goce efectivo de derechos de la población víctima Es una acción transversal a todos los territorios del departamento,

8. Programa 1. Víctimas con Prevención y Protección Eficaz y Oportuna Desarrolla todo el componente de prevención de hechos victimizantes, con una participación activa de la misma población víctima, las entidades de seguridad y la misma comunidad para garantizar entornos protectores y seguros.

9. Programa 2. Atención y Asistencia a la Población Víctima Representa el grueso de las atenciones sociales puestas a disposición de la población víctima del departamento, materializada en toda la oferta institucional de servicios de la entidad territorial, que, de manera directa o concurrente con los municipios, se presenta como capacidad instalada.

10. Programa 3. Gestores de la Reparación Integral a Víctimas Constituye las acciones de acompañamiento que brinda el Departamento para que las familias víctimas avancen en los procesos de retorno y reubicación, reparaciones individuales y colectivas y restitución de tierras, y, de esta manera, contribuir con el restablecimiento pleno de sus derechos.

11. Programa 4. Promoción de las Acciones de Verdad y Justicia Se orienta a generar los espacios de reconciliación y perdón entre víctimas y victimarios, para la conservación de la memoria histórica, y asegurar condiciones de no repetición de hechos victimizantes, fortalecimiento de los procesos de verdad y justicia.

12. Programa 5. Superación de Vulnerabilidades Socioeconómicas Representa el componente de generación de capacidades productivas de la población víctima, así como las acciones relacionadas con el acceso a activos.

13. Programa 6. Fortalecimiento de la Participación para Víctimas Constituye el factor de interlocución y fortalecimiento tanto de organizaciones representantes de víctimas como de las instancias o espacios formales en las que estas intervienen con el objeto de generarles capacidades de gestión y negociación frente a la exigencia en el cumplimento de sus derechos.

14. Programa 7. Fortalecimiento del Enfoque Diferencial en Víctimas Hace referencia al reconocimiento de la diversidad en el conjunto de la población víctima, en el entendido de que cada subgrupo de la población posee unas características diferenciadoras que hacen que, de igual manera, la oferta institucional de servicios de la Administración departamental se presente ajustada a esas mismas particularidades y diferencias

15. Programa 8. Fortalecimiento Institucional para la Paz Es el conjunto de acciones encaminadas a crear una infraestructura institucional en la entidad territorial, que permita soportar y respaldar los esfuerzos en materia de construcción de paz y derechos de la población víctima, desarrollando los dispositivos y mecanismos de gestión que permitan efectuar una adecuada planeación, ejecución, monitoreo y evaluación de las gestiones adelantadas en estos frentes.

Instituciones Municipales:

Alcaldía Municipal: Presta atención integral a las víctimas de la violencia a causa del conflicto armado receptada en el municipio a través de las Secretarías municipales de despacho, entre ellas se destacan las Secretarias del Interior, las de Desarrollo Social, educación, Planeación, el Grupo de Asesores del Municipio En algunas de ellas la oferta institucional se refiere a la planificación y otras más a la parte operativa de programas tendientes a satisfacer necesidades habitacionales, de formación académica, asistencia en salud física y mental, convivencia, etc.

16. Personería Municipal.

Control y recepción de declaraciones, orientación y protección en casos de violación de los derechos humanos y ejerce la Secretaría Técnica de la Mesa de Participación de Víctimas en el Municipio

Otras instancias relevantes

17. Juzgados de familia, Juzgado civil, Fiscalía, CTI, DIJIN, Batallón de infantería de Marina, Escuela de Carabineros Rafael Núñez, Centro de reclusión en la zona urbana pero por sus condiciones ya debe reubicarse tal como lo establece el PBOT.

18. Acciones Comunales, Consejo de Mujeres, Sociedad de Obras Públicas.

La acción de estas entidades, para lograr efectividad en términos de derechos, se ha enmarcado, en la atención para quienes ya han sufrido la violación de sus derechos, en la reparación de tal vulneración y, también, en medidas que propendan por la protección de los derechos de los ciudadanos en general.

En el Departamento de Caquetá se cuenta con las instituciones del SNARIV que se describen en la tabla, así mismo se presenta el correo y números telefónicos de contacto con cada una.

Mapa de Oferta y Ruyas de Atención a Población Victima						
Institución	**Dirección**	**Contacto o Referente**	**Teléfono o Celular**	**Email o Pagina Web**	**Descripción de la Oferta**	**Acceso y Horarios**

Secretaria de Salud Departamental	Cll 18 # 8-808	LILIBETH GALVAN	4352160 EX 124	salud@caqueta.gov.co	Vigilancia y control de los servicios en salud departamental	ruta integral en salud
	Cll 18 # 8-808	ANDERSON CASTAÑEDA	4352160 EX 124	direccionsdaludpulica@caqueta.gov.co	Atención integral dimensión poblaciones vulnerables	Ruta atención integral en salud poblaciones vulnerables-ruta Papsivi
Instituto Departamental de cultura, deporte y turismo	CARRERA 11 VILLA OLIMPICA	Paola Andrea Suarez	4361445	info@icdtcaqueta.gov.co	fortalecer e integrar al departamento en torno a la cultura, mostrar que aún sigue latente en cada municipio a través de actividades artísticas	Ruta de Reparación Integral a Victimas – SNARIV
Secretaría de educación	Cl. 15 #102	Jovanna Peña Rojas	4355423-4352778	educacion@caqueta.gov.co	Formación complementarias-fortalecimiento y ejecución de los proyectos y programas en beneficio del sector.	Ruta de Reparación Integral a Victimas – SNARIV
SENA	Kilómetro 3 Vía Aeropuerto Florencia	Danny López Segura	4366047	servicioalciudadano@sena.edu.co	Formación Para El Trabajo, Empleo Asesoría Para El Emprendimiento, SER, Certificación por competencias	Ruta de Reparación Integral a Victimas – SNARIV
UNIVERSIDAD DE LA AMAZONINA	Calle 17 Diagonal 17 con Carrera 3F - Barrio Porvenir,	Fabio Buriticá Bermeo	4366160 Ext. 103	rectoria@uniamazonia.edu.co w.grimaldo@udla.edu.co ja.martinez@udla.edu.co	Entidad publica con oferta educativa de pregrado y especializaciones	Ingreso puntaje de las pruebas ICFES saber 11
UNIVERSIDAD UNAD	Cra 1 # 31 - 30 Barrio Cunduy	Otoniel Tello	4369347	florencia@unad.edu.co	Entidad privada con oferta educativa de pregrado y especializaciones	Ingreso según estudio socioeconómico y entrevista
Secretaría de gobierno Departamental	Calle 15 Carrera 13 Esquina, Barrio El Centro	Sandra Rodríguez Pretelt	4351488	gobierno@caqueta.gov.co	Fomentar una asociación mundial para el desarrollo: desarrollar un sistema comercial y financiero abierto basado en normas, previsible y no discriminatorio	Ruta de Reparación Integral a Victimas – SNARIV
Defensoría del Pueblo	Carrera 9B No.18-184 Barrio el Prado	GERNEY CALDERON PERDOMO	4351045. Ext.3260	caqueta@defensoria.gov.co	Defensoría delegada Orientación Y Asesoría A Víctimas Del Conflicto Armado	Ruta Estrategia De Orientación Psico jurídica.
PROSPERIDAD SOCIAL.	Cr 9 #8b-54	Jhon scheiner Vargas fuellar	4356085	caqueta@prosperidadsocial.gov.co	Apoyar a las poblaciones vulnerables en el desarrollo social	Ruta de Reparación Integral a Victimas – SNARIV
FISCALIA	Carrera 9B N°5B-02 Barrio la Estrella Edificio Firenze Piso 6		4366803	dirsec.caqueta@fiscalia.gov.co	Brindar Información a las víctimas sobre el estado de su caso, incluyendo las audiencias programadas. Remisión a entidades competentes para solicitar protección para la victima y/o acompañantes.	Ruta de Reparación Integral a Victimas – SNARIV

					Acompañamiento y representación de las víctimas en el incidente de reparación integral, audiencias y	
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	trasversal 6 - Av. Circunvalar Barrio San Judas	Cesar Aguilar	435 29 40	atencionalciudadano@icbf.gov.co cesar.aguilar@icbf.gov.co	Acciones para el restablecimiento de derechos cuando han sido vulnerados, amenazados o inobservados Programas de hogares de bienestar, hogares sustitutos, Modalidad familiar, Generaciones con bienestar, niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil.	Ruta de Atención al Ciudadano.
POLICIA DEPARTAMENTAL	Calle 10 A No. 11-40 Barrio Juan XXIII	Óscar Andrés Lamprea Pinzón	4348941 Y 4358919	decaq.oac@policia.gov.co	Garantizar el ejercicio de los derechos y libertades publicas	Ruta de Atención en Justicia
CENTRO REGIONAL DE ATENCION A VICTIMAS	CALLE 18 CARRERA 10 CONTIGUO A LA CASA DE JUSTICIA	YHINA LOMABA	**018000-911119**	Yhina.lombana@unidadvictimas.gov.co	Notificación de los actos administrativos de Ayuda Humanitaria. Superación de Vulnerabilidad. Recursos de Reposición. Recursos de Apelación que emiten las áreas misionales de la Unidad.	Ruta de Atención en Justicia
ASMET SALUD EPS SAS	Cra. 8B # 6 - 53 B/ Las Avenidas	MAGALY BUENO	320 4305107	Magaly.bueno@asmetsalud.com	Garantizar la prestación de los servicios previstos en el Plan Obligatorio de Salud.	Ruta de Atención Integral en Salud
SANITAS	Calle 6 N 11-61 barrio Juan XXIII	Xiomara Hernández	3759000	Asesor en línea https://concordia.epssanitas.com:8443/concordia/chat/chat.html	Garantizar la prestación de los servicios previstos en el Plan Obligatorio de Salud.	Ruta de Atención Integral en Salud
NUEVA EPS	Cll 15 #14-66		4357195 – 4366000	https://www.nuevaeps.com.co/nueva-eps-a-un-clic	Garantizar la prestación de los servicios previstos en el Plan Obligatorio de Salud.	Ruta de Atención Integral en Salud

ANEXO: Oferta institucional vigente en el dpto. de Caquetá.

Según las fuentes El Departamento cuenta con 144 colegios en total rural y urbanos, la Religión que se profesa en mayor porcentaje es la católica la cual cuenta con 46 iglesia de las 386, 2 denominaciones cristianas y 1 denominación pentecostal, adventistas, gregorianos y testigos de jehová. Las cuales cuentan con una iglesia en cada municipio y los gnósticos y jesuitas 16 en todo en todo el departamento, 1 convento las clarisas y 1 seminario San José, 17 Asilos para adultos mayores 2 ubicados en Florencia y 1 por municipio.

17 ancianitos, 1 albergue Juan Pablo Segundo, que funciona como casa de paso para personas en condiciones de calle y 1 albergue casa Belén para personas que asisten a consultas de medicina especializada de los municipios
De los 16 municipios del departamento del Caquetá, sólo el 90% cuentan con espacios culturales, aunque muy limitado y no tienen los medios para garantizar de manera adecuada el ejercicio de las artes y la cultura. Sólo existen dos Museos de

iniciativa privada, La Prafa “El Tribuno” ubicado en el municipio de Belén de los Andaquíes y el Museo Caquetá localizado en el Edificio Curiplaya en Florencia. El 87% de los municipios tienen Centros de Memoria como espacios para la valoración del patrimonio, aunque la mayoría funcionan en regulares condiciones, por el desinterés de las administraciones municipales. El 100% de los municipios registran grupos de danza y banda, el 18% grupos de teatro, y un 18% en trabajo musical con cuerdas pulsadas.

En cuanto a infraestructura bibliotecaria, el 100% de los municipios cuentan con espacios para bibliotecas públicas, de las cuales el 81,25% están bien estructuradas y con dotación necesaria para el trabajo, el 18,75% restante se encuentran en estado crítico para la prestación del servicio. El 56,36%. De las bibliotecas fueron adecuadas con recursos propios y, algunas con cooperación internacional, el 43,75 % restante fueron construidas por el Ministerio de Cultura. Todas las bibliotecas públicas del Caquetá han sido dotadas por MinCultura, y los bibliotecarios han sido formados por la Red Departamental de Bibliotecas Públicas y la Red Nacional. Actualmente existen 19 bibliotecas públicas municipales reconocidas por la Red Nacional de Bibliotecas Públicas, que atienden aproximadamente a 300.000 usuarios por año.

A nivel deportivo en el departamento no existe un escenario deportivo que cumpla con las normas técnicas y reglamentarias para la alta competencia y la organización de eventos oficiales nacionales e internacionales, convencionales y paralímpicos. Se carece de un complejo deportivo y recreativo, en el que se puedan desarrollar los procesos de rendimiento deportivo convocados a Juegos Deportivos Nacionales y Paranacionales. Actualmente se cuenta con 9 escuelas de formación deportivas legalmente constituidas y avaladas por el ICDT, de las cuales el 88% están enfocadas a la práctica de Fútbol y el 12% restante en Atletismo. Actualmente existen 13 ligas categorizadas en Ajedrez, Atletismo, Baloncesto, Fútbol, Fútbol de Salón, Levantamiento de Pesas, Patinaje, Voleibol, Taekwondo, Gimnasia, Porras, Ciclismo, Muay Thai, con una cobertura de 3.092 deportistas beneficiados, los cuales representan el 88% del deporte en el departamento del Caquetá.

La Secretaria de Educación del Caquetá está presente en los 15 municipios no certificados del departamento, brinda atención educativa a una población aproximada de 55.200 niños, niñas, adolescentes NNA (febrero 2020, SED).

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

Respecto del aseguramiento de la población víctima, se identifican alguna barreras administrativas y comunicaciones para la focalización de la población como:

- Población rural dispersa y habitantes aledaños a vías fluviales de difícil acceso, con dificultades para la focalización, identificación y canalización en el proceso de aseguramiento.
- Población Rural que aún se encuentra en áreas de conflicto armado.
- Población no inmersa dentro de la clasificación de pobreza definida por el ministerio, como objetos de subsidios SISBEN (Niveles 1 y 2) y que no cuenta con capacidad de pago según estudio socioeconómico realizado por las IPS de atención.
- Por las zonas geográficas de nuestro departamento, los Entes Municipales no han llegado a un 100% en la aplicación de la Encuesta SISBEN, máxime si a la fecha se encuentra en proceso de nuevo SISBEN sin posibilidad de modificaciones ni reportes inmediatos de fichas provisionales o gestión que permite acceder al requisito establecido para el aseguramiento.
- Comunidades Indígenas renuentes al Aseguramiento en el Régimen Subsidiado, por inconformidad a la no existencia de EPS en el Departamento para población Indígena.
- Evasión al sistema de Salud.
- El Departamento del Caquetá es un departamento de tránsito, llegada y salida constante de población víctima de desplazamiento forzado.

El Plan de Desarrollo 2020-2023 refiere que se identifican barreras como:

- Tiempos de espera prolongados en la atención de pacientes en remisión, en la asignación de citas médicas, odontológicas y especializadas y entrega de medicamentos incompletos, entre otros, debido a que no se realizan planes de mejora efectivos por parte de los diferentes actores del sistema, derivando bajo nivel de satisfacción promedio de los usuarios del sector público y el privado del departamento.
- Remisiones de pacientes con tiempos de respuesta prolongados en la atención por parte de la entidad de referencia que ponen en riesgo la vida de los pacientes, esto en parte por la deficiente articulación del Sistema de Referencia y contra referencia de pacientes, lo que conlleva a una deficiente respuesta de las entidades y organismos competentes en la atención de pacientes ante eventos de urgencias, emergencias y desastres.
- Entidades con incumplimiento en estándares de habilitación, especialmente en infraestructura, con edificaciones de más de 50 años, sin musculo financiero que permita inversiones en este tipo de adecuaciones o en proyectos de mejoramiento de equipos y tecnologías de la información afectando la calidad del servicio ofertado.
- Insolvencia de las entidades prestadoras de servicios de salud por el no pago oportuno de sus cuentas, generado por procesos administrativos para el pago de cuentas no funcionales, esto acarrea cuentas por concepto de prestación de servicios de salud sin pagar dentro de los plazos normados por la Ley, generando iliquidez en los prestadores y afectando la continuidad de algunos servicios.

Se considera que la telemedicina es una alternativa viable en el Caquetá para ampliación de la cobertura al servicio de salud especializada con lo cual se disminuyen los tiempos de atención y se evitan los traslados de los pacientes desde zonas alejadas del departamento.

Barreras físicas:

19. Las IPS y EPS, no poseen la infraestructura, logística, ni el recurso humano capacitado en el tema y más teniendo en cuenta que estos municipios pequeños no poseen una estructura de prestación de servicios amplia.

20. Las IPS y EPS no cuentan con servicios de atención de II nivel de atención, lo cual no permite realizar una atención integral ni inmediata a la población, esta barrera sumada a las dificultades de acceso por seguridad y zonas geográficas verdeles alejados de la cabecera municipal y la usencia de ayudad técnicas y escaleras e inseguras, impide el goce efectivo de la atención en salud.

21. Entre otras barreras físicas se tienen: El traslado de varios miembros del grupo familiar a otra ciudad afecta también los ingresos del hogar de las víctimas. Estos problemas son especialmente críticos en el caso de los Niños, Niñas y Adolescentes. Para esta población, es obligatorio el acompañamiento de la familia durante la rehabilitación.

Barrera actitudinales:

1. Los profesionales no tienen trato digno con las personas

2. Conducta de exclusión.

3. Conductas de discriminación por parte del profesional de atención médica

4. Poco apoyo familiar, desinterés por parte de la familia de mejorar la calidad de vida de paciente.

5. Contratación de recurso humano de apoyo no oportuna

6. Se reportan con frecuencia problemas en el suministro de medicamentos para víctimas

Barrera comunicacionales:

7. No es una conducta institucional la socialización de derechos y deberes de los usuarios, el hospital comunal Malvinas y clínica medilaser son las instituciones que más socializan lo derechos y deberes

8. El usuario a veces no dispone de toda la información sobre su tratamiento.

9. Las capacitaciones ofrecidas por algunas instituciones no cumplen con las expectativas y necesidades de la población desplazada.

10. No se realiza una atención integral en salud a la población infantil indígena, ya que no se cuenta con lineamientos claros de política en este tema.

11. Dificultad en la ubicación de la población desplazada, y lograr su asistencia a programas institucionales.

12. La no correcta codificación de los diagnósticos, finalidades, causas externas, los cuales dificultan identificar correctamente las atenciones.

13. Falencias en el registro: El envío de esta información por parte de las IPS es retrasada e incompletas.

14. Desconocimiento de la normatividad relacionada con la población desplazada

15. Desconocimiento de los deberes y derechos de la población desplazada por parte de los profesionales de la salud

16. Los sistemas de información territoriales actuales, en su mayoría no permiten conocer la situación de salud real de la población desplazada con el enfoque diferencial, ni reportarla oportunamente.

17. Las víctimas no conocen las maneras cómo acceder a información acerca de la atención ofrecida por el Estado y, normalmente, deben acudir a múltiples puntos de información, esto constituye un desincentivo para que las desplazadas accedan a la atención dirigida al goce efectivo de sus derechos.

18. Desconocimiento de los derechos de las víctimas de comunidades étnicas por parte de los funcionarios de las instituciones prestadoras de salud (IPS). Este problema es especialmente crítico en el caso de miembros de etnias indígenas y afros, quienes viven en los lugares más apartados y, en mucho casos, sus economías de autoabastecimiento no generan recursos suficientes para cubrir el transporte.

19. No hay servicios de psicología, a los lugares más cercanos donde viven las víctimas. Esto impide prestar este servicio desde las primeras etapas de atención e imposibilita su continuidad.

20. La oferta de atención psicológica no corresponde a las prácticas tradicionales, ni al contexto de las víctimas indígenas.

21. La débil implementación de estrategias por parte de los actores institucionales (EAPB, IPS) para implementar proceso de demanda inducida en especial en las zonas dispersa del municipio, que mantengan informada y motivada a la población para que asistan a los diferentes programas de protección específica y detección temprana;

22. En ciertos casos, las deficiencias neurológicas o las patologías en salud mental que se derivan después del accidente son atribuidas a otras causas. Esto dificulta (a) el acceso de las víctimas a servicios de psiquiatría o neurología.

23. La atención en salud a miembros de etnias indígenas presenta barreras de tipo cultural que actualmente no son tenidas en cuenta en las IPS (ejemplo: una víctima indígena mujer que prefiera ser atendida por otra mujer y no por un hombre).

24. Algunos corregimientos que tienen nodos de salud habilitados no cuenta con promotores o agentes de salud permanente.

25. El agente de salud no cuenta con la formación para la atención integral con enfoque psicosocial

26. Médicos y enfermeras para la prestación del servicio, no capacitados para la atención diferencial a víctimas del conflicto armado en Colombia.

27.	La asignación de las órdenes de servicios es muy demorada y en algunos municipios no cuentan con oficinas por lo tanto la población debe dirigirse hasta la capital lo que genera en muchas ocasiones una barrera para el acceso.
28.	No se cuenta con los servicios y el talento humano cualificado y permanente que garantice una atención integral, así como se encuentra establecido en las normas técnicas.
29.	Demoras en la asignación de órdenes de servicios, como un agravante del malestar /enfermedad en las personas víctimas del conflicto armado en especial las de mayor vulnerabilidad.
30.	Débil implementación de acciones colectivas para la prevención de eventos de salud pública.
31.	Falta de atención psicosocial e integral para aliviar las necesidades en salud mental y física de la población en las EAPB
32.	En el departamento se carece de centros geriátricos especializados, y queda como única opción los asilos o ancianatos, que aumentan el abandono familiar y la carencia afectiva. La oferta de servicios y bienes para estas poblaciones es limitada y con muchas barreras de acceso para la satisfacción de necesidades básicas.
33.	En los centros de bienestar de adultos mayores predominan problemas de salud ambiental y de tipo sanitario.
34.	La promoción y prevención para evitar la discapacidad ha sido deficiente; así mismo, la atención integral en salud tiene barreras en lo concerniente a la entrega de ayudas técnicas (sillas de ruedas). Tampoco hay suficiente inclusión laboral, aumentando así el trabajo informal y la mendicidad. La deficiente planeación urbana y falta de control a la invasión del espacio público entorpece la movilidad y expone a esta población a accidentes; de igual manera, no se cuentan con accesos a espacios recreativos adaptados a las condiciones de esta población.
35.	El derecho a la escolarización está vulnerado por falta de capacidad instalada e infraestructura adecuada; la principal barrera se centra en no contar con recurso humano capacitado para la inclusión educativa de esta población. Esta población es víctima de estigmatización y marginalidad, y trae consigo problemas de salud mental en la población con discapacidad.
36.	La situación de desigualdad entre hombre y mujer en la sociedad y la dependencia económica de la mujer, el desconocimiento de sus derechos ante la ley, la falta de confianza de la mujer en sí misma, la falta de educación y las presiones sociales, son otras problemáticas que vive la mujer Caqueteña, lo que debe alertar a la aplicación de mecanismos de protección por parte de los organismos del Estado. Las mujeres de municipios en contexto de conflicto armado son víctimas de violencia, en especial de violencia sexual; no reciben una atención integral y oportuna, lo que agudiza la problemática a nivel físico, social y mental. Por otra parte, las fuentes de

trabajo para la mujer son inferiores a la del hombre, debido a que la actividad económica que actualmente está generando mayor empleo es el sector de la construcción, limitando así la participación de la mujer en el ámbito laboral.

7. Estado de emergencia sanitaria por Covid 19 Referencias

El nuevo Coronavirus (SARS - Cov 2) causa una Infección Respiratoria Aguda (IRA), que puede ser leve, moderada o severa. Entre sus síntomas se encuentran fiebre, tos, secreciones nasales (mocos) y malestar general. Algunos pacientes pueden presentar dificultad para respirar. La Organización Mundial de la Salud - OMS declaró el 11 de marzo del presente año como pandemia el coronavirus o Covid-19 y el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante resolución 385 de 2020 declaró emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 y adoptó medidas tendientes a prevenir y controlar la propagación del coronavirus o Covid-19 en el territorio nacional y mitigar sus efectos. Dicha medida se ha ido extendiendo debido al comportamiento que ha tenido la pandemia y al incremento de casos. Del coronavirus o Covid-19 se conoce que cualquier persona puede infectarse, independientemente de su edad, pero hasta el momento se han registrado relativamente pocos casos de Covid-19 en niños. La enfermedad es mortal en raras ocasiones, y hasta ahora las víctimas mortales han sido personas de edad avanzada que ya padecían una enfermedad crónica como diabetes, asma o hipertensión entre otras, y que afecta más a los hombres que a las mujeres.

El Departamento de Caquetá ha venido acogiendo las directrices dadas por el ministerio de salud con el fin de salvaguardar y minimizar la transmisión de este virus en el territorio, declarando la emergencia sanitaria y desarrollando acciones con este propósito, bajo los lineamientos del gobierno nacional. la normatividad y las medidas que se han adoptado hasta el momento se pueden clasificar en tres fuentes primordiales:

- Medidas sanitarias y de emergencia sanitaria,
- Medidas de emergencia social, económica y ecológica
- Medidas de orden público y otras de carácter ordinario.

Lo anterior sin perjuicio de reconocer que existen relaciones estrechas entre cada uno de estos grupos de normas. Fuente: Min Salud (2020).

MEDIDAS SANITARIAS Y EMERGENCIA SANITARIA

Leyes 1751 de 2015, estatutaria en salud (arts. 2°, 5°, 6°) , Ley 9 de 1979 (arts. 488 a 490, 527, 591, mod D. 2106 de 2019), Planes Nacional de Desarrollo 2014-2018-2022, Ley 1753 de 2015 (art. 69) y el Decreto 780 de 2016, (comp. 3518 de 2006). REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL2005.

DOCUMENTO	ASUNTO	IDENTIDAD
Resolución 380 de 2020	Aislamiento y cuarentena de viajeros, China, Italia, España, Francia	Ministerio de Salud y Protección Social

Resolución 385 de 2020	Declaración de EMERGENCIA SANITARIA, mod. 407 y 450	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 414 de 2020	Conexión pasajeros con Aeronáutica	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 444 de 2020	Urgencia manifiesta	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 453 de 2020	Suspensión establecimiento de comercio y bebidas	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 464 de 2020	Aislamiento personas mayores, centros día	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 470 de 2020	Aislamiento personas mayores, centros día	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 502 de 2020	Lineamientos prestación de servicios	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 507 de 2020	Compra de insumos recursos PIC	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 520 de 2020	Requisitos antisépticos	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 521 de 2020	Atención Domiciliaria	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 522 de 2020	Requisitos de importación y fabricación de bienes	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 536 de 2020	Plan de acción para la prestación de servicio de salud	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 537 de 2020	Modifica en CUPS, para incluir COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 539 de 2020	Suspensión de términos	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 597 de 2020	Plazos para información cuenta de alto costo	Ministerio de Salud y Protección Social	
Resolución 595 de 2020	Recursos para atención	Ministerio de Salud y Protección Social	

	de mujeres víctimas de violencia	
Resolución 608 de 2020	Recursos para el fortalecimiento institucional COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 609 de 2020	Líneas de crédito EPS	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 615 de 2020	Trámites de Fondo de Estupefacientes para COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 617 de 2020	Usos no incluidos en el registro sanitario para COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 619 de 2020	Compra de cartera a cargo de ADRES en la emergencia por COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 622 de 2020	Inspección, vigilancia y control de la calidad del agua para consumo agua	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 628 de 2020	Llamamiento al talento humano en Salud	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 666 de 2020	Protocolo general de Bioseguridad	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 675 de 2020	Protocolo industria manufacturera Sistema de información para el reporte y seguimiento en salud a las personas afectadas COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 676 de 2020	Sistema de información para el reporte y seguimiento en salud a las personas afectadas COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social

Resolución 681 de 2020	Protocolo de bioseguridad en el sector de juegos de suerte y azar	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 682 de 2020	Protocolo de bioseguridad en el sector de la construcción	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 730 de 2020	Protocolos de investigación clínica con medicamentos	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 734 de 2020	Municipios No Covid-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 735 de 2020	Protocolos de bioseguridad Comercio electrónico	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 737 de 2020	Potocolos de bioseguridad Servicios en Propiedad Horizontal	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 738 de 2020	Protocolos de bioseguridad industria Manufacturera	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 739 de 2020	Protocolos de bioseguridad Talleres de Vehículos	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 740 de 2020	Protocolos de bioseguridad Médicos Veterinarios	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 741 de 2020	Reporte de información de las incapacidades	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 747 de 2020	Comité de recomendación y evaluación de las acciones adoptadas en la estrategias	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 748 de 2020	Protocolos de bioseguridad industria Manufacturera autorizada para la elaboración de bebidad alimentos, indudtria petroquímica y química y sus relacionados	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 750 de 2020	Trámite especial para la presentación de proyectos de inversión	Ministerio de Salud y Protección Social

Resolución 773 de 2020	Protocolos de bioseguridad sector Pecuario	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 914 de 2020	Máxima o valor máximo a pagar, durante la emergencia sanitaria	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1285 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del Coronavirus COVID-19 en los servicios y actividades de alojamiento en hoteles (CIIU 5511); alojamiento en apartahoteles (CIIU 5512); alojamiento en centros vacacionales (CIIU 5513); alojamiento rural (CIIU 5514); otros tipos de alojamiento para visitantes (CIIU 5519); actividades de zonas de camping y parques para vehículos recreacionales (CIIU 5520); servicio por horas (CIIU 5530) y otros tipos de alojamiento n.c.p (CIIU 5590)	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1313 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en las actividades relacionadas con los centros de entrenamiento y acondicionamiento físico.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1346 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en el proceso de aplicación de las	Ministerio de Salud y Protección Social

	pruebas de Estado Saber y otras pruebas que realiza el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación –ICFES.	
Resolución 1408 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad mitigar y controlar el riesgo del coronavirus COVID – 19 en la realización de actividades de exhibición cinematográfica y presentación de obras de las artes escénicas discriminadas en la Clasificación internacional Industrial Uniforme CIIU 5914 y 90, bajo la modalidad de autocines, autoeventos, salas de cine y teatros	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1421 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en las actividades de los parques de diversión, jardines botánicos y reservas naturales.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1443 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en las actividades de los operadores turísticos y en los servicios turísticos prestados en las áreas y atractivos turísticos.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1507 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del	Ministerio de Salud y Protección Social

	riesgo del coronavirus COVID-19 en las actividades relacionadas con el fútbol profesional en las fases de entrenamiento y competencias nacionales e internacionales y se deroga la Resolución 993 del 2020.	
Resolución 1513 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19, en el espacio público por parte de las personas, familias y comunidades.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1517 de 2020	Por medio de la cual se dicta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en los sectores aeroportuario y aeronáutico del territorio nacional, exclusivamente para el transporte doméstico de personas por vía aérea, se deroga la Resolución 1054 de 2020, y se dictan otras disposiciones	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1537 de 2020	Por medio de la cual se modifica la Resolución 677 de 2020 en el sentido de sustituir el anexo técnico que adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo y de la enfermedad COVID 19 en el sector transporte	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1538 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el	Ministerio de Salud y Protección Social

	manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en las actividades de playas, incluido el alquiler de casetas, taquillas, hamacas, entre otros.	
Circular 005 de 2020	Directrices detección y atención COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 011 de 2020	Educación	Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio de Educación
Circular 011 de 2020	Eventos personas	Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio de Comercio
Circular 018 de 2020	Prevención IRA	Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio de Trabajo
Circular 015 de 2020	Recomendaciones grupos étnicos	Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 019 de 2020	Detección temprana	Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 025 de 2020	Instrucciones para formular acciones colectivas y procesos de gestión de la salud pública	Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 001 de 2020	Transporte de pasajeros	Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio de Transporte
Circular 001 de 2020	Reducir la exposición y contagio por COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio de Trabajo - Ministerio de Vivienda

CONSTITUCIÓN POLÍTICA (arts. 2 y 189, núm. 4)

NORMAS DE ORDEN PÚBLICO Y OTRAS ORDINARIAS

En este grupo se encuentran dos clases de medidas significativas que no tienen fuerza legal. Por una parte, las asociadas al orden público que tienen como fuente regulatoria los artículos 189, numeral 4°, de la Constitución Política y 198 y 199 de la Ley 1801 de 2016. Entre estas medidas está la de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. De otro lado, las medidas aduaneras que se expiden con base en las

facultades del artículo 189, numeral 25, de la Constitución Política y la Ley 7 de 1991, sobre comercio exterior.

DOCUMENTO	ASUNTO
Decreto 410 de 2020	Modifica arancel para bienes COVID-19
Decreto 411 de 2020	Zonas francas
Decreto 412 de 2020	Frontera
Decreto 418 de 2020	Normas orden público
Decreto 420 de 2020	Normas orden público
Decreto 436 de 2020	Medidas aduaneras
Decreto 457 de 2020	Aislamiento
Decreto 462 de 2020	Prohibición de exportación y reexportación de productos
Decreto 521 de 2020	Modificación de aranceles maíz, sorgo y soya
Decreto 527 de 2020	Regula el exceso de alcohol carburante
Decreto 531 de 2020	Continuación y aislamiento
Decreto 536 de 2020	Continuación y aislamiento
Decreto 593 de 2020	Prórroga aislamiento obligatorio 11 de mayo

La emergencia sanitaria generada por la covid-19 en el departamento de Caquetá, ha generado una variación representativa entre la dinámica familiar, ocasionando grandes afectaciones en la economía de la población en general, a poco más de un año de haberse registrado los primeros casos en la ciudad de Florencia, la ocupación de los servicios de salud se reportan por encima de 60%, y bajo el contexto del departamento en donde la única ciudad que recibe la concentración de los servicios de mediana y alta complejidad, cuenta con 2 prestadores de servicios tipo unidad de cuidados intensivos, servicios que derivado de la gestión nacional y departamental aumentaron la capacidad en comparación al inicio de la pandemia, a fecha 16 de julio del 2021 la ocupación de cuidados intensivos en el departamento se reporta sobre un 54.5 la capacidad hospitalaria, sin embargo es de Resaltar que los prestadores de salud han reportado alertas institucionales por la baja disponibilidad de oxígeno medicinal.

Covid-19 A semana epidemiológica No. 28 de 2021 se han confirmado 21.472 casos de Covid-19 en el departamento del Caquetá, en donde se destaca que los municipios con el mayor número de casos son Florencia (15611 casos), San Vicente del Caguán (1613 casos) y Cartagena del Chaira 793 casos). En cuanto a la incidencia se destaca que los municipios con mayor incidencia son Florencia (8928 casos por cada 100.000 habitantes), Albania 4502 y San Vicente del Caguán (3034). El departamento presenta a semana 28 una incidencia de 5230 casos por 100.000 habitantes.

Se han confirmado 837 muertes a causa de la Covid-19 en el departamento del Caquetá, en donde se destaca que los municipios con el mayor número de muertes son Florencia (601 muertes), San Vicente del Caguán (64 muertes), Cartagena del Chaira 35 muertes y Puerto Rico y Doncello con 23 muertes cada uno. En cuanto a

la tasa de mortalidad se destaca que los municipios con mayor mortalidad son Florencia (343 muertes por cada 100.000 habitantes), Morelia (185 muertes por cada 100.000 habitantes) y Curillo (127muertes por cada 100.000 habitantes). El departamento presenta a semana 28 una tasa de mortalidad de 203,9 muertes por cada 100.000 habitantes San Vicente del Caguán (1455 casos) y Cartagena del Chaira (713 casos).

En cuanto a la cantidad de casos activos, se encuentra que los municipios con mayor número son Florencia (432 casos activos, San Vicente del Caguán (194 casos activos) y Cartagena del Chaira (45 casos activos). El departamento de Caquetá, a corte del periodo epidemiológico en mención cuenta con un total de 19905 casos recuperados y 730 casos activos.

La semana epidemiológica No. 28 de 2021 se encuentra que los municipios con la mayor letalidad son Solano (7,6 muertes por cada 100 casos diagnosticados), Morelia (7,5 muertes por cada 100 casos diagnosticados) y Curillo (7,1 muertes por cada 100 casos diagnosticados. En cuanto a la letalidad para el Departamento de Caquetá, se encuentra que por cada 100 casos diagnosticados 4,6 terminan en fallecimiento.

En cuanto al avances del plan Nacional de vacunación contra la covid-19, en el pool 115 del 15 de julio del 2021, la secretaría de salud departamental indica que el nivel de cumplimiento de la aplicación de las dosis asignadas para el departamento se ubica en un 80%, descripción de municipios, qué municipio de Florencia, Cartagena del Chairá y solita se ubican por encima de la meta esperada siendo municipios con una administración por encima del 85% de las dosis asignadas.

En los procesos informativos de la secretaría de salud departamental, significado de 12 de los 16 municipios cuentan con la unificación de etapas para la vacunación contra la covid-19 siendo esto una gran oportunidad para el avance hacia la inmunidad de rebaño dado que la población objeto se ubica por encima de los 16 años y con la llegada de la vacuna de Johnson y Johnson se espera que un gran número de personas accedan a la respectiva vacunación dado qué este biológico es de una única aplicación o dosis.

Referencias

- https://es.m.wikipedia.org/wiki/Archivo:Caqueta_in_Colombia_(mainland).svg

- http://culturacaquetense.blogspot.com/2014/05/mapa-ubiccion-del-depertamento-del.html
- Documento Marco. Oficina de Promoción Social. Bogotá, 2017. Programa PAPSIVI de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Documento-Marco-PAPSIVI-2017.pdf
- Caquetá: De Territorio de Guerra a Territorio de Paz. Revista Colombiana de Bioética, vol. 13, 3, pp. 17-37, 2018. Universidad El Bosque. Recuperado de: https://www.redalyc.org/journal/1892/189257661003/html/
- http://www.caqueta.gov.co/departamento/historia-del-caqueta
- Plan de Desarrollo Departamental – PDD 2020 – 2023. Pacto Social por el Desarrollo de Nuestra Región. Recuperado de: http://www.caqueta.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-departamental-pacto-social-por-el
- Fundación Ideas para la Paz; USAID & OIM. (2014). Conflicto armado en Caquetá y putumayo y su impacto humanitario. Recuperado de: https://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/5445281ad0a0f.pdf
- Centro de Memoria Historica; DPS. (2013). Caquetà: Conflicto y memoria. Recuperado de: http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2014/cartillaCaqueta/cartilla-caqueta-completa.pdf
- http://www.sinic.gov.co/SINIC/ColombiaCultural/ColCulturalBusca.aspx?AREID=3&SECID=8&IdDep=18&COLTEM=215
- Unidad Administrativa para la Consolidación Territorial. (N.D.). Zonas de intervención Consolidación Territorial. Recuperado de: www.consolidacion.gov.co/themes/danland/descargas/cartografias/mapa_regiones_web.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD. 2014. Caquetá: Análisis de conflictividades y construcción de paz. Recuperado de:
- https://www.undp.org › undp-co-caqueta-2014
- Vásquez T. El papel del conflicto armado en la construcción y diferenciación territorial de la región de “El Caguán”, Amazonía occidental colombiana. 2013. Recupera de: http://www.scielo.org.co/pdf/agor/v14n1/v14n1a08.pdf
- https://www.datos.gov.co/Salud-y-Protecci-n-Social/ESTAD-STICAS-DEL-ASEGURAMIENTO-EN-SALUD-DE-LOS-MUN/wgtc-7wyg
- Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social. 2020. Resumen técnico programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI). Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/resumen-tecnico-papsivi-2020-2021.pdf
- Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales; Oficina de Promoción Social. Bogotá, 2020. Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI Informe Final. Recuperado de : https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/informe-final-evaluacion-resultados-papsivi-ps.pdf
- Informe anual del presidente de la república. Bogotá, 2017. Sobre los avances en la ejecución y cumplimiento de la ley de víctimas y restitución de tierras, ley 1448 de 2011. Recuperado de: https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/informepresidente.pdf

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE: CASANARE

MUNICIPIO: YOPAL



Contenido

1. Introducción 3
2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio. 4
3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el Departamento. 6
4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el Departamento. 12
5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima 15
6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el Departamento para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 19
7. Estado de emergencia sanitaria Covid19. 21

1. Introducción

En el marco del Convenio de asociación 469 de 2020 suscrito entre la Fundación Forjando Futuros (FFF) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) se está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI). En la vigencia 2021 se está implementando el programa en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Córdoba, Sucre, Cesar, Guajira, Magdalena, Guainía, Arauca, Caquetá, Caldas, Risaralda, Quindío, Meta, Casanare, Nariño.

En el Departamento de Casanare, se priorizó un (1) municipio del departamento: Yopal

En este documento se presenta la actualización del análisis del contexto del Departamento de Yopal, siguiendo las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en este sentido este documento contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Este documento recoge información de bibliografía especializada, sistemas de información sobre los hechos y las víctimas registradas, medios de comunicación búsqueda activa en las páginas web de la Gobernación del Casanare - paginas institucionales y trabajo de campo realizado por el equipo PAPSIVI en el departamento de Casanare durante las vigencias 2019, 2020 y 2021.

El Departamento del Casanare se encuentra categorizado dentro de las zonas más afectadas por el conflicto armado (ZOMAC), con los municipios de Aguazul, Chámeza, Hato Corozal, La Salina, Maní, Monterrey, Paz De Ariporo, Pore, Recetor, Sabanalarga, Sácama, Támara, Tauramena y Villanueva, donde a lo largo de los años se han realizado iniciativas desde el sector público y privado para la reivindicación y garantía de derechos con las personas reconocidas como víctimas; dentro de estas iniciativas, se encuentra el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), el cual desde el año 2014, como una de las medidas de rehabilitación de la ley 1448 de 2011 contribuye a la reparación integral de las víctimas del conflicto armado en Colombia, a través de un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias a nivel individual, familiar o colectivo, diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social tendientes a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante.

Básicamente, desde la perspectiva psicosocial se logra hacer una comprensión compleja del conflicto armado, en cuanto a emociones, pensamientos y acciones de los sujetos y grupos relacionados con el contexto político, histórico, social y cultural.

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio.

De acuerdo con el documento del observatorio de la gobernación de Casanare[1] la historia de las guerrillas de las FARC y del ELN en el Departamento se remonta alrededor de los años 50, y surgió como resultado de la violencia partidista en el país, cuando los liberales deciden hacer oposición al domino conservador. La meta era controlar Bogotá, para ello se concentraron en la cordillera oriental; así fue como el jefe guerrillero Guadalupe Salcedo se radico en el Casanare; mientras que Las Autodefensas Campesinas del Casanare (ACC) se constituyeron a finales de los años 70 al mando de Héctor José Buitrago Rodríguez, con la colaboración de la familia Feliciano (Víctor y José Omar) además de Jaime Matiz Benítez. En los años noventa los dos frentes orientales del grupo guerrillero FARC aprovecharon la débil presencia de la Fuerza Pública para lograr asentarse y posicionarse en el piedemonte (Sácama, La Salina, Támara, Chámeza y Recetor) y en la zona plana (Municipios de Maní, Paz de Ariporo y Hato Corozal).

Hacia mediados de los noventa, el frente 56 toma fuerza hacia el sur del departamento en los municipios de Chámeza, Recetor, Aguazul, Tauramena, Maní y Monterrey. Esta estructura se suma a los frentes 28, que han tenido incidencia principalmente sobre Aguazul, Yopal y Recetor y el 38 con menor capacidad de acción sobre Támara, Hato Corozal, Paz de Ariporo y Nunchía.[2]

Por su parte la publicación de ACNUR[3] refiere que el ELN en los ochenta, en su estrategia expansiva a través del país, logró su supremacía en la cordillera y sus corredores (municipios de Aguazul y Yopal), en las zonas planas y el piedemonte con el dispositivo del Domingo Laín (con sede de operaciones en Arauca) y de los frentes José David Suárez y Los Libertadores. Incluso, entre 1991 y 1992, los dos grupos insurgentes llevaron a cabo acciones armadas de manera conjunta bajo la coordinadora guerrillera Simón Bolívar. Sumado a esto, el Alto Comisionado sostiene que la presencia de los grupos de autodefensa en Casanare tiene su origen en el asentamiento de origen mafioso de las estructuras de Rodríguez Gacha y Víctor Carranza, entre otros,

[1] Diagnostico departamental de Casanare. (2011). *Observatorio Digital de los derechos humanos y derechos humanitarios.* Recuperado de: *http://www.observatorio.casanare.gov.co/Info/Nivel_2/2011-08-11_02-30-59-pmDIAGNOSTICO.pdf*

[2] Panorama Actual de Casanare y Arauca (2002). *Observatorio del programa presidencial de Derechos Humanos y Derecho internacional Humanitario.* Realizado por: *l ISSN 1657 -818- X serie Geográfica Numero 13.*

[3] Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2012). *Indicador de derechos humanos. New York y Ginebra. La paz en el terreno.* Recuperado de: *www.rutasdelconflicto.com*

y en los intereses de algunos hacendados y empresarios de la región que se vieron amenazados por la expansión de la guerrilla.

En un principio, la presencia de estos grupos se consolidó alrededor del río Meta, en la zona plana del departamento, en donde se encontraba el sector agrícola y en la parte central, municipios de San Luis de Palenque, Orocué, Villanueva y Monterrey. Ante la expansión de las FARC y sus prácticas extorsivas, varios comerciantes y ganaderos decidieron apoyar al grupo de autodefensas que operaba en el sur de Casanare bajo las órdenes del gamonal del municipio de Monterrey, Héctor Buitrago. Tras el arresto de Héctor Buitrago a mediados de los noventa por conformación de grupos de autodefensa, su hijo Héctor Germán Buitrago alias “Martín Llano” asumió la dirección de este grupo de Autodefensas Campesinas del Casanare (ACC). En una época donde el 90% de los ingresos dependían de las regalías petroleras, se podría decir que las acciones de violencia eran direccionadas al control de dicho recurso.

A partir del 2001, además de que se aumentan los combates por parte de la fuerza pública, se iniciaron confrontaciones armadas entre los grupos de guerrillas y autodefensa por el dominio territorial de algunas zonas del departamento. En el 2002, el bloque Centauros al mando de Miguel Arroyabe inicia su ofensiva contra las redes de apoyo de la guerrilla de las FARC en los municipios de Chámeza y Tauramena, ubicados en la Cordillera Oriental, aumentándose el registro de homicidios selectivos y desapariciones forzadas. Por su parte, las FARC, tras el fin de la zona de distensión en el 2002, deciden aumentar su ofensiva en este departamento para lograr el dominio de zonas de narcotráfico y de producción palmera. Su presencia actualmente se evidencia a través de los frentes 28, 38 y 56[4].

Por su parte en el documento de protocolos de prevención de varios de los municipios del departamento para el año 2016, se identifican entre los factores de riesgo: grupos armados ilegales, bandas criminales emergentes, presencia de campos minados, masacres, cultivos ilícitos, disputa de territorios, amenazas, desapariciones forzadas y reclutamientos.

La dinámica del conflicto armado en el departamento, podría ser dividido en dos “regiones” una el Pie de monte donde los grupos guerrilleros hicieron presencia en la década de 1970 y otra es la zona plana donde los grupos paramilitares ejercieron el dominio.

El Centro de Memoria Histórica en su documento Observatorio de Memoria y Conflicto, en donde se reflejan diferentes hechos relacionados con el conflicto armado en Colombia entre 1958 y julio de 2018, integró 592 fuentes sociales e institucionales, y un total de 10.236 documentos y bases de datos, convirtiéndose así, en la mayor base de datos del conflicto armado en nuestro país.

[4] Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH (2004). *Indicadores De Derechos Humanos Y DIH En El Casanare 2004.* Recuperado de: *https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/F46860D4C19ED55AC1256F3C004D3780-govcol-col-21oct9.pdf*

En este documento se hace referencia a diferentes hechos de violencia particularmente las masacres ocurridas durante 60 años de conflicto armado en este departamento, encontrando que en Yopal se presentaron 103 casos, seguida de Paz de Ariporo con 34, Hato Corozal con 32, Trinidad con 29, Tauramena con 26, Maní con 24, Monterrey con 11, Villanueva con 10, Támara con 9, Pore con 6, Chámeza con 5, Aguazul con 4, La Salina con 4, Nunchía con 4, Orocué con 4, lo mismo que San Luis de Palenque.

De las masacres más documentadas son las ocurridas en la vereda El Triunfo en el 2003 cuando un 14 de enero un grupo armado no identificado asesinó a cinco personas con armas de fuego en el barrio El Triunfo de Yopal, Casanare. La ciudad vivía para la época toda la crudeza de la guerra entre dos bandos paramilitares, Las Autodefensas Campesinas del Casanare, conocidas como 'Los Buitragueños' y El Bloque Centauros. Dos semanas después de la masacre, ocurrió otra en Yopal, el 27 de enero. Entre 2001 y 2004, al menos mil personas fueron asesinadas en medio del fuego cruzado entre los hombres de Héctor Buitrago, alias 'Martín Llanos' y los de Miguel Arroyave, alias 'El Arcángel', un narcotraficante que dirigía a los Centauros, un grupo creado por los hermanos Carlos y Vicente Castaño en 1997.

Arroyave fue asesinado por sus propios hombres en 2004. Varios jefes del Bloque Centauros se desmovilizaron y han contado sus versiones sobre los crímenes cometidos durante la guerra. 'Los Buitragueños' no se desmovilizaron y la mayoría de sus jefes se encuentra en la cárcel, afrontando procesos ante la justicia ordinaria, pero se han negado a confesar sus crímenes o a entregar detalles de sus masacres.

Los crímenes cometidos por los 'Buitragueños' están lejos de aclararse porque el grupo no se desmovilizó y la mayoría de integrantes no entró al proceso de Justicia y Paz. Los principales jefes están en la cárcel afrontando juicios en la justicia ordinaria y se han negado a colaborar con la justicia.

Aunque los años más marcados en la ocurrencia de hechos victimizantes en el departamento estuvieron entre los años 2001 y 2004, en la actualidad se hace referencia a la continuidad de la presencia de grupos del ELN, disidencias de las FARC y la incidencia de grupos como los Buitragueños específicamente en municipios como Yopal. Los hechos de violencia que continúan presentándose más evidentemente en el departamento vecino de Arauca alcanzan con sus impactos a las dinámicas del municipio especialmente en la recepción de personas víctimas de desplazamiento forzado. Esto indica particularmente que el conflicto armado sigue presente con menor fuerza, aunque se mantiene la presencia histórica de grupos armados en sus nuevas dinámicas de agrupación; esto a excepción del ELN que viene cobrando más presencia con sus acciones bélicas en el territorio aproximadamente desde el año 2017.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el Departamento.

De los diversos análisis realizados es posible afirmar el descubrimiento y posterior explotación de yacimientos petroleros en diferentes partes del territorio ha incidido de manera significativa en el desarrollo, social, económico, cultural y político del Departamento de Casanare.

Hasta finales de los 80 la economía casanareña se centró en la ganadería extensiva con baja inversión en tecnología y empleo; y una agricultura sustentada en la producción de plátano, arroz, algodón, Sorgo y palma africana. Para ese entonces el "sector agropecuario generaba más del 80% del valor agregado de la economía y ofrecía prácticamente todo el empleo y la ocupación regional". Sin embargo, con el auge petrolero en 1984, el Departamento dio un giro de 360 grados, que cambió el rumbo no solo de su economía; si no que, además, influyó fuertemente en el campo social, político, ambiental, laboral y cultural de su comunidad[5].

Durante los años noventa, el auge de petróleo provocó una serie de cambios económicos, fiscales y demográficos. En primer lugar, el departamento experimentó una profunda transformación en su estructura económica, pasando de ser una economía agrícola a depender en alto grado del petróleo. En segundo lugar, la explotación de este recurso mejoró notablemente las finanzas públicas, tanto del departamento como de los municipios, gracias a las regalías transferidas. No obstante, la estructura del gasto público existente no es sostenible en el largo plazo y en caso de una disminución o agotamiento del potencial petrolero, el futuro económico del departamento es incierto. Así mismo, la explotación de los yacimientos fomentó altas tasas de crecimiento urbano y una mayor demanda de servicios públicos y de vivienda, especialmente en ciudades como Yopal, Aguazul y Tauramena[6].

Los grupos al margen de la ley que se disputan el predominio en el Departamento tienen a los gobiernos locales, contratistas y empresas bajo constante presión. Como respuesta a esta situación, según el Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DDHH, los indicadores sobre el desarrollo de la confrontación armada ponen de presente que Casanare es una de las regiones donde la Fuerza Pública ha combatido con mayor decisión a los grupos irregulares.

En lo referente al aspecto político el Departamento del Casanare ha experimentado varias crisis de gobernabilidad representadas en el cambio atípico de sus gobernantes; Parte de esta crisis de gobernabilidad se debe al fenómeno de la parapolítica la cual afectó al poder político y le dio un vuelco a la política casanareña, esta región de Colombia como muchas otras sufrió el fenómeno del paramilitarismo a finales del 90, allí convergieron grupos

[5] Diagnostico departamental de Casanare. (2011). Observatorio Digital de los derechos humanos y derechos humanitarios. Recuperado de: http://www.observatorio.casanare.gov.co/Info/Nivel_2/2011-08-11_02-30-59-pmDIAGNOSTICO.pdf

[6] Echandía Castilla, C. (2006). *Panorama Actual del Casanare.* Recuperado de: *https://www.researchgate.net/publication/319141670_Panorama_Actual_del_Casanare*

paramilitares como los “Carranceros”, algunas células del Bloque vencedores de Arauca y otros del Bloque Centauros, pero especialmente ejercieron control de la zona las Autodefensas Campesinas de Casanare liderados por Héctor Buitrago alias Martín Llanos[7].

En cuanto a los datos demográficos de la población general, se encuentran**:**

El Departamento de Casanare para el año 2016 según las cifras arrojadas por las proyecciones del Censo de Población y Vivienda realizado por el Departamento Nacional de Estadística DANE en 2005.

Población total: 362.721 habitantes (178.847 Mujeres y 183.874 Hombres). Representa el 0,74% de la población nacional. (Proyección 2016).
Distribución de la Población: 74,5% Cabecera y 25,5% Otra; a nivel nacional el dato es de 76,6 y 23,4 % respectivamente.
Relación hombres-mujeres: 102,97 (103 hombres por cada 100 mujeres).
Tasa de crecimiento anual: 3,38% (Proyección promedio periodo del 2015 al 2020)

A continuación, se muestra una tabla con los hechos victimizantes del Casanare más representativos.

Hechos Victimizantes Desagregado					
Hecho Victimizante	**Víctimas Ocurrencia**	**Víctimas Declaración**	**Víctimas Ubicación**	**Sujetos de Atención**	**Número de Eventos**
Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	489	506	473	446	502
Amenaza	5.352	6.598	5.838	5.710	5.970
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	322	325	335	332	352
Desaparición forzada	4.517	4.163	3.519	3.150	4.869
Desplazamiento forzado	58.086	60.674	63.861	55.179	62.356
Homicidio	14.630	14.278	11.235	10.163	15.619
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	104	167	137	133	105
Secuestro	787	566	599	532	810
Tortura	187	226	189	177	193
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados	186	137	184	183	197
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	18	0	72	71	18
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	919	1.255	1.155	1.101	954
Lesiones Personales Físicas	132	227	170	167	132
Lesiones Personales Psicológicas	124	139	140	138	125
Confinamiento	0	0	4	4	0

[7] Mancipe Pérez, J.F. (2019). *Cambios Del Poder Político En Casanare, Un Análisis Desde Las Coyunturas Criticas.* Recuperado de: https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/46560/Documento.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sin información	15	2	79	71	25

Hechos Directos		
Hecho Victimizante	**Víctimas Directas**	**Víctimas Indirectas**
Desaparición forzada	1.111	3.406
Homicidio	3.381	11.249
Secuestro	750	37

FUENTE: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394

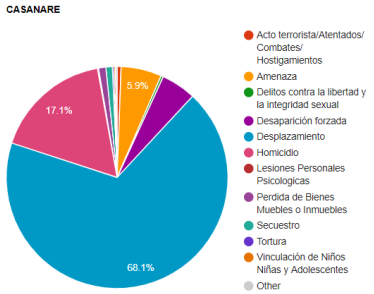
La población víctima del departamento de Casanare se detalla en la siguiente gráfica, en la cual se evidencia cantidad de población por rangos de edad y género, entre los 29 y 60 años hay 15.282 mujeres, 14.842 hombres y 19 LGBTI, entre los 12 y 17 años hay 3.324 mujeres y 3.554 hombres, entre los 18 y 28 años, hay 7.629 mujeres, 8.068 hombres, y 8 LGBTI, entre los 6 y 11 años hay 3.016 niñas y 3.162 niños, entre los 0 y 5 años, hay 1.366 niñas y 1.515 niños y entre los 61 y 100 años, hay 3.676 mujeres, 3.918 hombres y 2 LGBTI.

Edad actual	Mujer	Hombre	LGBTI	No Informa	No Definido
entre 29 y 60	15.282	14.842	19		
entre 12 y 17	3.324	3.554			
ND	563	1.017			
entre 18 y 28	7.629	8.068	8	1	
entre 6 y 11	3.016	3.162			
entre 0 y 5	1.366	1.515	1		
entre 61 y 100	3.676	3.918	2		

Fuente: https://cifras.unidadvictimas.gov.co/

En cuanto a la distribución por hecho victimizante, la siguiente grafica evidencia que el hecho que afecto la mayor cantidad de población fue el desplazamiento, impactando 56.204 personas, seguido del homicidio con 14.130 personas, las amenazas con 4.883 personas, la desaparición forzada con 4.194, la perdida de bienes muebles e inmuebles con 891 personas, el secuestro con 775 personas, los actos terroristas con 480 personas, los delitos contra la libertad y la integridad sexual con 252 personas, la vinculación de NNA con 166 personas, las lesiones personales psicológicas con 122 personas, las minas antipersonal con 102 personas, las lesiones personales físicas con 93 personas afectadas y 15 personas de las cuales no se tiene información acerca del hecho victimizante.

HECHO	PERSONAS
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	8
Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos	480
Amenaza	4.883
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	280
Desaparición forzada	4.194
Desplazamiento	56.204
Homicidio	14.130
Lesiones Personales Fisicas	93
Lesiones Personales Psicologicas	122
Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo	102
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	891
Secuestro	775
Sin informacion	15
Tortura	186
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes	166



Fuente: https://cifras.unidadvictimas.gov.co/

Respecto a la población victima con enfoque diferencial (grupos de Especial Protección, según reporte de la página oficial de la Unidad de Víctimas, se observa la mayor distribución en la población indígena y afro con 475 mujeres y 405 hombres indígenas; 567 mujeres y 520 hombres Afro.

Genero	Indígena	Gitano(a) ROM	Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia	Negro(a) o Afrocolombiano(a)	Palenquero	Ninguna
Mujer	475	32	35	567	4	33.731
LGBTI	1			1		28
No Informa						1
Hombre	405	25	37	520	6	35.077
Intersexual						1

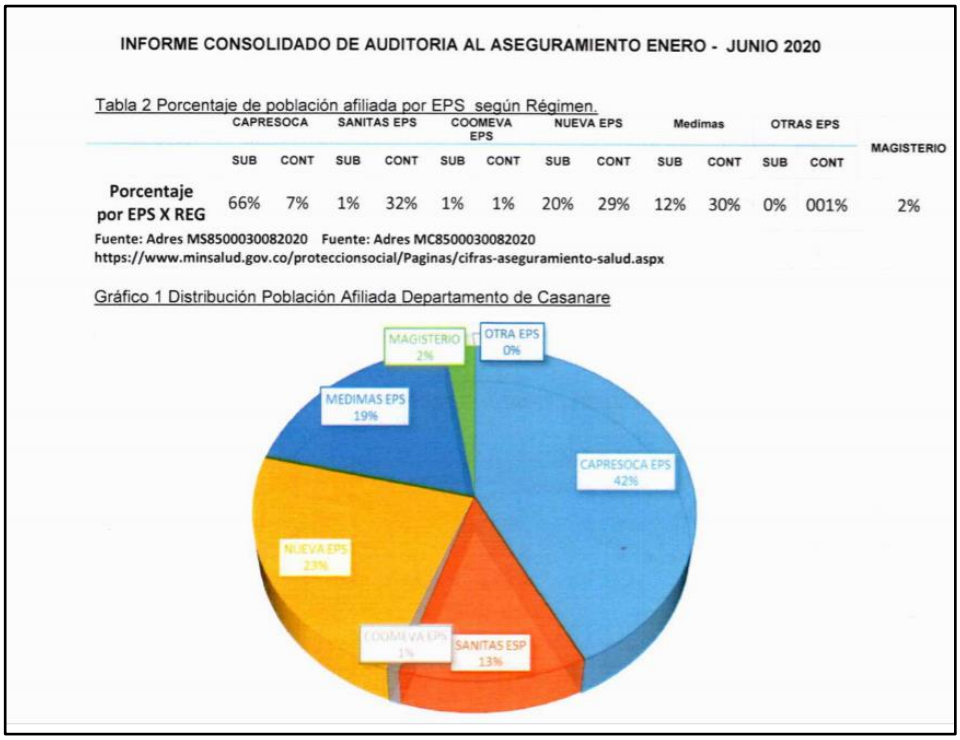
Fuente: https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Dinamico

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de la población del departamento de Casanare durante el periodo comprendido entre el 2014 y 2019 presentó fluctuaciones tanto en modalidad contributiva como en subsidiada, desde 365.949 afiliados en 2014, a 384.062 en 2015, 381.130 en 2016, 374.527 en 2017, 382.806 en 2018 y hasta febrero de 2019, 381.443 personas afiliadas

Total Afiliados	Etiquetas de columna					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Etiquetas de fila	Diciembre	Diciembre	Diciembre	Diciembre	Diciembre	Febrero
SUBSIDIADO	202.805	215.388	209.582	215.935	223.014	224.500
CONTRIBUTIVO	155.027	159.760	161.927	148.646	149.888	147.009
EXCEPCION	8.117	8.914	9.621	9.946	9.904	9.934
Total general	**365.949**	**384.062**	**381.130**	**374.527**	**382.806**	**381.443**

En la siguiente gráfica se muestra el porcentaje de población afiliada por EPS y por régimen, con corte a junio de 2020. Se evidencia que la mayor concentración de personas del régimen subsidiado está asegurada a Capresoca, cabe aclarar que esta EPS, tiene población de los 19 Municipios, siendo la de mayor cobertura en el Departamento.

Con relación al régimen contributivo la EPS con mayor número de afiliados es Sanitas, la cual opera únicamente en el Municipio de Yopal, le sigue Medimas con población asegurada en 14 Municipios, seguida de la Nueva EPS, la EPS con menos afiliados es Coomeva



INFORME CONSOLIDADO DE AUDITORIA AL ASEGURAMIENTO ENERO - JUNIO 2020

Tabla 2 Porcentaje de población afiliada por EPS según Régimen.

	CAPRESOCA		SANITAS EPS		COOMEVA EPS		NUEVA EPS		Medimas		OTRAS EPS		MAGISTERIO
	SUB	CONT	SUB	CONT	SUB	CONT	SUB	CONT	SUB	CONT	SUB	CONT	
Porcentaje por EPS X REG	66%	7%	1%	32%	1%	1%	20%	29%	12%	30%	0%	001%	2%

Fuente: Adres MS8500030082020 Fuente: Adres MC8500030082020
https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

Gráfico 1 Distribución Población Afiliada Departamento de Casanare

Fuente: Informe_consolidado_auditoria_aseguramiento_Enero-Junio20 – Secretaría departamental de salud

A continuación, se muestra la población afiliada del Departamento del Casanare por EPS y Municipio con corte a junio de 2020.

POBLACIÓN AFILIADA SEGÚN EPS Y MUNICIPIO

Tabla 1 Distribución población afiliada

MUNICIPIO	EPS025 CAPRESOCA		EPS005 SANITAS EPS		EPS016 COOMEVA EPS S.A.		EPS (037; 041) NUEVA EPS		EPSS44 MEDIMAS		OTRAS		Magist.	SUB	CONT	TOTAL
	SUB	CONT	SUB	CONT	SUB	CONT	SUB	CONT	SUB	CONT	SUB	CONT				
YOPAL	48.111	3.764	2.738	47.771	1.438	2.041	18.413	21.841	11.969	18.291	1	9	5.639	82.670	93.717	182.02
AGUAZUL	13.517	1.113	0	25	0	0	3.515	4.161	4.378	5.263	0	4	523	21.410	10.566	32.499
CHAMEZA	1.487	150	0	0	0	0	60	100	0	0	0	0	38	1.547	250	1.835
HATO COROZAL	8.445	259	0	0	0	0	528	228	261	270	0	0	252	9.234	757	10.243
LA SALINA	750	72	0	0	0	0	33	67	0	0	0	0	30	783	139	952
MANI	6.146	398	0	4	0	0	3.023	2.992	706	1.074	0	4	200	9.875	4.472	14.547
MONTERREY	8.372	865	0	7	0	0	370	954	1.085	1.722	0	1	457	9.827	3.549	13.833
NUNCHIA	4.887	325	0	1	0	0	1.231	366	151	120	0	0	134	6.269	812	7.215
OROCUE	4.916	258	0	0	0	0	3.002	686	432	428	0	0	193	8.350	1.372	9.915
PAZ DE ARIPORO	23.140	961	0	5	0	0	5.788	2.221	1.280	1.453	0	0	672	30.208	4.640	35.520
PORE	6.050	327	0	1	0	0	2.079	603	463	475	0	0	190	8.592	1.406	10.188
RECETOR	898	63	0	0	0	0	53	63	0	0	0	0	43	951	126	1.120
SABANALARGA	1.795	243	0	0	0	0	54	138	106	148	4	0	71	1.959	529	2.559
SACAMA	1.156	76	0	0	0	0	45	105	0	0	0	0	36	1.201	181	1.418
SAN LUIS DE PALENQUE	3.348	200	0	1	0	0	2.519	646	348	270	0	0	109	6.215	1.117	7.441
TAMARA	5.230	150	0	0	0	0	111	236	0	0	0	0	140	5.341	386	5.867
TAURAMENA	8.723	709	0	9	0	0	2.067	2.869	2.726	3.690	2	1	337	13.518	7.278	21.133
TRINIDAD	5.918	234	0	0	0	0	3.582	918	463	381	0	0	215	9.963	1.533	11.711
VILLANUEVA	7.977	476	0	8	0	0	3.236	4.717	5.457	11.747	0	3	400	16.670	16.951	34.021
Totales x EPS-S	**160.866**	**10.643**	**2.738**	**47.832**	**1.438**	**2.041**	**49.709**	**43.911**	**29.825**	**45.332**	**7**	**22**	**9.679**	**244.583**	**149.781**	**404.04**

Fuente: Informe_consolidado_auditoria_aseguramiento_Enero-Junio20 – Secretaría departamental de salud

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el Departamento.

Dentro de las medidas de asistencia para la población víctima del conflicto armado se contemplan algunas que están orientadas al derecho a la salud y a la recuperación por las afectaciones del conflicto, para lo cual las entidades del sector tienen responsabilidad con el acceso y el goce de este derecho.

Así mismo, en el marco de la reparación, y específicamente dentro de las medidas de rehabilitación, para el desarrollo del Programa PAPSVI se contempla el componente de atención en salud integral que, para el caso del departamento de Casanare, garantizar este derecho a la población víctima del conflicto armado requiere bastante compromiso de los diferentes actores del sistema ya que se evidencian las siguientes dificultades:

- No hay integralidad en los servicios prestados por las IPS y ESES.
- la respuesta a los requerimientos de la población es negativa, circunstancia dada por la baja oportunidad en la asignación de citas.
- Deficiente número de profesionales y especialistas.
- Los profesionales del sector salud desconocen el protocolo de atención Psicosocial para la atención de la población víctima.
- Desconocimiento de los algunos funcionarios, especialmente de las áreas administrativas, frente a los derechos en salud de la población víctima.

Por otra parte, algunas EPS e IPS refieren que, a pesar de reconocer las deficiencias frente a la atención según los protocolos de atención a la población víctima, muchas de las personas que acuden a solicitar servicios de salud no refieren ser víctimas por lo que se aumenta la queja respecto a la falta de atención diferencial que de entrada no habría sido culpa de la EPS.

En cuento a la atención en salud, se pueden mencionar que, según los reportado por los Profesionales Psicosociales de Yopal, las vcitimas atendidas en esta ciudad, mayo – septiembre 2021, están afiliadas en las siguientes EPS

DATOS DE LAS PRINCIPALES EPS DE LAS VÍCTIMAS ATENDIDAS EN LOS CICLOS 3, 4 Y 5 EN EL MUNICIPIO DE YOPAL

N° VICTIMAS AFILIADAS	EPS	REGIMEN CONTRIBUTIVO	REGIMEN SUBSIDIADO
18	SANITAS	29	0
54	CAPRESOCA		94
33	NUEVA EPS	12	35
22	MEDIMAS	10	27
1	COOMEVA	1	
6	SANIDAD MILITAR	7	
1	MEDISALUD	1	
TOTAL PERSONAS CON SERVICIOS DE SALUD 216			

Con relación a esta dificultad la secretaria departamental de salud inicio el desarrollo de la siguiente estrategia:

- Puesta en marcha del Subcomité de Rehabilitación el cual está integrado por representantes de EPS, IPS, ESES, con el propósito de coordinar y articular acciones en torno a la atención integral en salud para la población, para ello se cuenta con el acompañamiento y apoyo de la unidad para las víctimas, Ministerio del Interior y Ministerio de Salud.

- Se inicia la conformación de la red de enlaces psicosociales de las diferentes EPS del departamento, para esto se designó en cada entidad una persona y a través de herramientas tecnológicas, se mantiene constante comunicación, asesoría y formación de los integrantes.

- Las oficinas SAC están prestas a recibir y orientar a la población víctima frente a los procesos de exigibilidad del derecho a la salud.

- Reuniones periódicas de la comisión interinstitucional de población víctima, de la Secretaria de Salud.

- Socialización del protocolo de atención psicosocial en las jornadas de formación a los profesionales del sector salud que prestan el servicio social obligatorio.

- Se inicia proceso de cruce de base de datos para identificar población víctima que asiste y que no asiste a servicios de salud, para solicitar a las EPS se realice proceso de demanda inducida a los servicios de Promoción y Prevención en salud.

Por otro lado, y teniendo en cuenta las bases de datos de afiliación en salud se pueda afirmar que, la mayoría de las personas víctimas están vinculadas en el régimen subsidiado, principalmente a la EPS CAPRESOCA 93%; hay un pequeño porcentaje de personas sin afiliación, sin embargo, inquieta que estas personas son maternas; y, en un porcentaje menor, se encuentran personas que cotizan como independientes.

Las edades de las personas afiliadas en salud oscilan entre cinco y sesenta años; de los cuales el 88% tienen EPS, aunque se presentan quejas frecuentes con respecto a la prestación del servicio, sobre todo por la dificultad que presentan para la asignación de citas con especialistas.

El servicio que más se consulta es el de odontología en los adultos y en los niños medicina general. Así mismo se pudo establecer, que el grado de asistencia y participación por parte de la población a programas de promoción y prevención es bajo.

Con relación a la vinculación en el plan de desarrollo del 2015 se encuentra el programa de aseguramiento universal y fortalecimiento de la calidad en la prestación de servicios de salud para la población que presentó las siguientes metas:

- Una (1) red de prestación de servicios de salud aprobada e implementada.
- 19 municipios con cobertura de servicios de salud especializados (jornadas medico quirúrgicas extramurales) mediante articulación con las redes integradas de las EPS.
- 100% de la población pobre y vulnerable no afiliada a la seguridad social con atención inicial financiada con recursos de subsidio a la oferta anualmente.
- 100% de servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud subsidiado (POSS) financiados anualmente.

Desde el año 2014 se viene implementando en el departamento de Casanare el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas del Conflicto- PAPSIVI, a través de equipos interdisciplinarios encargados de brindar atención psicosocial en los niveles individual, familiar y comunitario.

El programa del Ministerio de Salud y Protección Social ha sido apoyado por la Secretaría Departamental de Salud, y tiene como objetivo implementar acciones de interacción social, que permitan un mayor abordaje en la atención

integral a la población víctima del conflicto armado en los municipios de Casanare, para mitigar las graves violaciones de los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario-DIH.

El estado de atención psicosocial por parte del PAPSIVI en el departamento de Casanare incluye:

Vigencia	Número de municipios	Cobertura propuesta	Cobertura atendida
2014	7	750	1.541
2015	2	620	766
2016	2	852	885
2017	2	670	725

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima



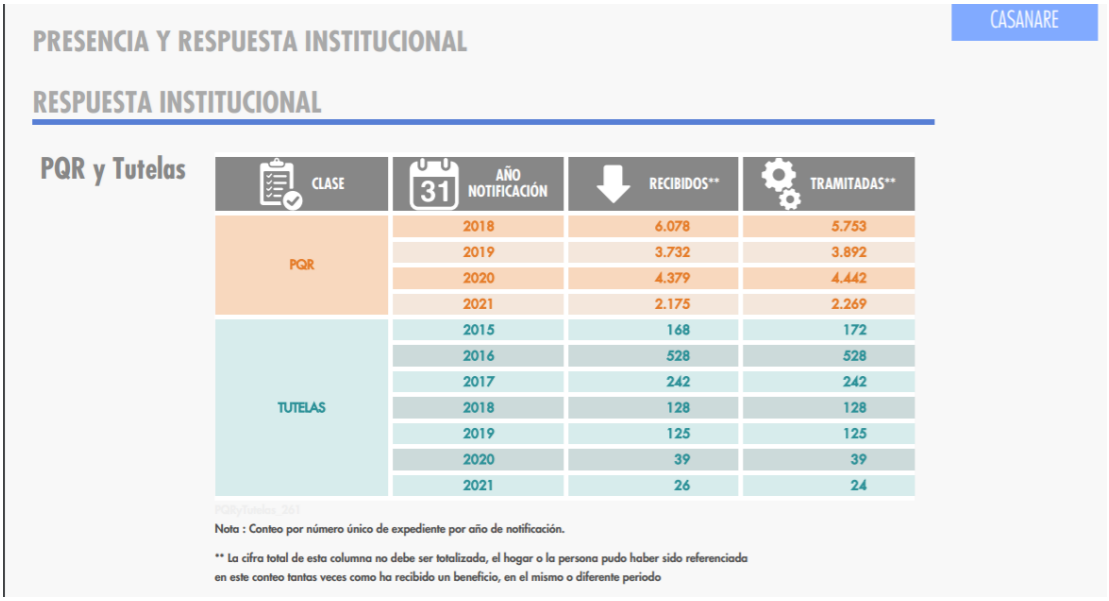
Fuente: http://fichaestrategica.unidadvictimas.gov.co/ - Corte a mayo 31 de 2021

Casanare cuenta con tres puntos de atención para las víctimas, ubicados en Yopal, Paz de Ariporo y Villanueva.

El punto de atención de Paz de Ariporo está ubicado en la calle 9 N° 15-9, en el Centro de Convivencia de la Alcaldía municipal y se beneficia las comunidades de los municipios vecinos de Hato Corozal, Pore, Trinidad, San Luis, Támara y La Salina.

El punto de atención del municipio de Villanueva está ubicado en la calle 8 # 13 - 35 Barrio Fundadores Palacio Municipal, y abarca los municipios de la zona sur, como son Villanueva, Monterrey, Sabanalarga, Tauramena y sus alrededores.

El punto de atención del municipio de Yopal está ubicado en la calle 21 # 23-08 Esquina Barrio Bicentenario.



CASANARE

PRESENCIA Y RESPUESTA INSTITUCIONAL

RESPUESTA INSTITUCIONAL

PQR y Tutelas

CLASE	AÑO NOTIFICACIÓN	RECIBIDOS**	TRAMITADAS**
PQR	2018	6.078	5.753
	2019	3.732	3.892
	2020	4.379	4.442
	2021	2.175	2.269
TUTELAS	2015	168	172
	2016	528	528
	2017	242	242
	2018	128	128
	2019	125	125
	2020	39	39
	2021	26	24

Nota : Conteo por número único de expediente por año de notificación.

** La cifra total de esta columna no debe ser totalizada, el hogar o la persona pudo haber sido referenciada en este conteo tantas veces como ha recibido un beneficio, en el mismo o diferente periodo

Fuente: http://fichaestrategica.unidadvictimas.gov.co/ - Corte a mayo 31 de 2021

De acuerdo con los registros de Servicio al Ciudadano durante el mes de abril la Unidad en Casanare logró atender a 2.850 víctimas del conflicto en sus procesos de reparación, ayuda humanitaria y verificación de solicitudes, a través de las líneas telefónicas 323 226 6939, en Yopal, y 3123562230, en Paz de Ariporo.

La Unidad para las Víctimas y la Oficina de Víctimas de Villanueva, habilitaron la línea de celular 3204540926, para fortalecer la atención a los sobrevivientes del conflicto en el sur del departamento de Casanare.

El objetivo de este nuevo canal de comunicación, que operará de lunes a viernes en el horario de 10 de la mañana a 12 del mediodía, será la recepción de las consultas de las víctimas y la programación de una segunda llamada para dar respuesta.

A través de esta línea se busca atender, principalmente, a las comunidades de los municipios del sur. Los demás municipios están cubiertos por los puntos de atención de Yopal y Paz de Ariporo, en donde se viene aplicando la misma metodología.

Para garantizar la atención durante el periodo de aislamiento, la Unidad dispone de otros canales como son la línea de atención nacional 018000911119; la línea (+51) 4261111; el chat por SMS desde cualquier

celular al código 87305, y chat y videollamada de lunes a viernes, en horario de 7:00 a. m. a 5:00 p. m., a través de la página oficial www.unidadvictimas.gov.co.

Así mismo, los servicios de PQR-ROC, tutelas, procesos verbales de pertenencia, recursos de reposición y oficios administrativos, podrán ser tramitados a través de los correos electrónicos servicioalciudadano@unidadvictimas.gov.co y notificaciones.juridicauariv@unidadvictimas.gov.co.

En abril de 2021 la Unidad para las Víctimas realizó orientación efectiva a la Alcaldía de Trinidad, lo que permitirá dar el siguiente paso en el acompañamiento del Plan de Retorno y Reubicación de la comunidad víctima. Este Plan de Retorno, busca favorecer cerca de las 1.328 víctimas registradas en este municipio.

Durante la pandemia La Gobernación de Casanare, a través de la Secretaría de la Mujer, ha entregado 100 kits con elementos de aseo básico, específico para mujeres pertenecientes a la Mesa de Víctimas del Conflicto Armado en la capital del Departamento.

PIC Departamental: tiene como objeto: “Realizar Acciones De Salud Pública Dirigidas A Colectividad En Los 19 Municipios Del Departamento De Casanare Basadas En La Promoción De La Salud Y La Gestión Del Riesgo En Los Entornos De Vida Cotidiana.” que hacen parte del Plan de Salud Territorial en el Departamento, dando prioridad a las acciones que contribuyan al mejoramiento de la salud de la población adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres gestantes, población en condición de discapacidad, indígenas , afrodescendientes y víctimas. Por lo tanto, el Departamento de Casanare mediante la secretaria de salud Departamental desarrolla acciones de salud pública mediante Intervenciones Colectivas, con el propósito de Incidir en los riesgos colectivos e individuales generados por las condiciones de vida de la población, en el contexto urbano y rural, para prevenir y controlar la enfermedad y contribuir al mejoramiento de la salud.

PIC Municipales: Red Salud Casanare E.S.E. a través de la oficina de planes de intervenciones colectivas durante la vigencia 2020 realizó la contratación de nueve (09) planes de intervenciones colectivas – PIC, incluyendo 1 PIC de índole departamental que es el de COVID.

El 17 de agosto de 2020 en el marco del Segundo Comité de Justicia Transicional de Yopal se aprobó y se hizo seguimiento al plan de acción territorial de víctimas 2020-2023; siguiendo así el plan de desarrollo Municipal.

Este plan de acción territorial presenta todas las medidas de prevención, asistencia, reparación integral y ejes transversales, todo conforme a la ley 1448 de 2011 que habla sobre asistencia humanitaria, actualización del plan de prevención y contingencia, proyectos productivos y ejes importantes del plan de desarrollo como: vivienda, empleo y desarrollo económico.

El plan de Desarrollo Departamental "**ES EL TIEMPO DE CASANARE PRODUCTIVO, EQUITATIVO Y SOSTENIBLE 2020-2023"** contempla las siguientes líneas específicas para la población víctima:

"Subprograma Salud pública, sanitaria, individual y colectiva, con reconocimiento de la diversidad e inclusión social".

1. Implementar el Programa de Atención Psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto PAPSIVI en el departamento.

"Subprograma Atención Integral a Víctimas del conflicto armado"

1. Servicio de coordinación y fortalecimiento a las entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas.
2. Implementación de unidades productivas para la generación de ingresos para población víctima.
3. Servicio de implementación y/o seguimiento a medidas de reparación integral a víctimas del conflicto.
4. Servicio de investigación y reconstrucción de hechos relacionados con el conflicto.
5. Servicio de prevención a violaciones de Derechos Humanos.
6. Servicio de ayuda y atención humanitaria.
7. Servicio de asistencia técnica para la participación de las víctimas.

Proyecto: Dotación de Equipos y Mobiliario Para Garantizar La Atención Diferenciada Por La Emergencia Sanitaria Del Covid19, En El Centro De Salud De Nunchía, Departamento De Casanare
Fuente: Página oficial Gobernación del Casanare

Salud Red Casanare Cuenta con un Chat Institucional en la página Web www.redsaludcasanare.gov.co, horario de atención de 7:00 am a 12:00p y 2:00pm a 5:00 pm

El siguiente cuadro muestra el directorio del departamento de Casanare, con las entidades que participan en la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

DIRECTORIO DEPARTAMENTAL DE CASANARE		
ENTIDAD	NUMERO DE CONTACTO	DIRECCIÓN
GOBERNACION DE CASANARE	6358496	CRA 19N° 6-100
ALCALDIA DE AGUAZUL	6392323	CRA 1210-36 BARRIO LAS FERIAS
ALCALDIA DE CHAMEZA	6350009	PALACIO MUNICIPAL BARRIO CENTRO
ALCALDIA DE SALINA	3102154297	CRA 4 2-39 PISO 2 PALACIO MUNICIPAL
ALCALDIA DE TAURAMENA	6247113	CALLE 5 14-34

PERSONERIA AGUAZUL	6382508	CRA 12N 10-36 PALACIO MUNICIPAL.
PERSONERIA DE YOPAL	6324690,	DIAGONAL 1515-21 BARRIO LA ESPERANZA
PERSONERIA DE SACAMA	3138162826	CENTRO DE CONVIVENCIA CIUDADANA
PERSONERIA DE CHAMEZA	312390682	PALACIO MUNICIPAL BARRIO CENTRO
PERSONERIA LA SALINA	3212317399	CENTRO DE CONVIVENCIA BARRIOP LA PLATA
PERSONERIA TAURAMENA	6247271	CLLE 5 14-25
PROCURADURIA SECCIONAL CASANARE	6358754	CLLE 7 22-85 YOPAL
DEFENSORIA DEL PUEBLO	6359638	CRA 23 14-06
FICALIA SECCIONAL CASANARE	6355573	TRASVERSAL 18 14-53
BOMBEROS CASANARE	6347735	CLLE 24 17-40 YOPAL
COMANDO DE POLICIA	6323120	NO REGISTRA
CRUZ ROJA SECCIONAL CASANARE	6354934	CRA 18 15-10 LA ESPERANZA, YOPAL.
CRUE	3807886	CRA 21 8-32
ESE CENTRO DE SALUD CHAMEZA	6350018	No registra
RED SALUD CASANARE	6347205	Cra 27 19-09 BARRIO LIBERTADOR, YOPAL
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	6357777	CRA 21 8-32 YOPAL
UNIDAD PÁRA LA ATENCION Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VICTIMAS	018000911119	CARRERA 23 CON CALLE 21 ESQUINA BARRIO BICENTENARIO - YOPAL
PUNTO DE ATENCION A VICTIMAS PAO	018000911119	CLLE 26 31B-75 BARRIO MARIA MILENA
ESE TAURAMENA	6247118	CRA 15 N°8-63 TAURAMENA
ESE YOPAL	6324661	CALLE 26 30-30

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el Departamento para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

Este apartado es el punto de referencia para identificar y describir las barreras de acceso a los servicios que se han encontrado a lo largo del tiempo en Casanare para las personas reconocidas como víctimas del conflicto armado. Es de esta manera que la información aquí descrita y analizada por los profesionales PAPSIVI y haciendo un cotejo con la información suministrada por las instituciones, en la cual los usuarios manifestaron de manera verbal y escrita mediante las encuestas internas por las oficinas SIAC de las instituciones a las cuales asisten los usuarios. Se encontró en sus procesos de atención psicosocial que las barreras de acceso se presentan las siguientes[8]:

1. A nivel general:

- Desconocimiento de las rutas de acceso a los servicios.
- Limitada formación en atención diferencial en centros de salud.
- Altos costos en los medicamentos no incluidos en el POS.
- Falta Socializar definir rutas de acceso a varios servicios.
- Baja oportunidad en la asignación de citas.
- No se atienden las remisiones médicas y el esfuerzo para solicitar citas médicas es grave.
- Refieren que no existe atención prioritaria.
- En salud no hay servicios integrales.

2. Respecto a la población de especial protección se identificaron:

Por identidad de género: El (10,5%) de los participantes manifiesta sentir discriminación en los servicios de salud, representada en:

- Falta de información en las instituciones acerca de la activación de rutas y procedimientos claros para continuar con la atención.
- Comentarios peyorativos y por cambios en la actitud del personal de la salud.
- Dificultad para la atención o de la afiliación de la pareja.
- Preguntas indiscriminadas relacionadas con su identidad u orientación.

Es de esta manera que se hacen recomendaciones para mejorar el servicio y atención a los usuarios y propagar el buen uso del servicio institucional.

Por otra parte, la población en situación de discapacidad, encuentran barreras relacionadas con la comunicación, la participación y el desplazamiento este último afecta también la posibilidad de agendar y asistir a las citas. Sin embargo, las entidades privadas y públicas, dentro de su marco normativo/legal están implementando vías de comunicación para mitigar los obstáculos, es de esta manera que el personal de atención en las instituciones debe estar capacitado en lenguaje de señas y lectura braile. Así mismo se evidencia la instalación de sillas prioritarias y digiturnos con pantalla y sonido para el acceso a los servicios.

[8] *PAPSIVI. (2019). Documento Análisis De Contexto. Cedavida/Apoyar*

Los jóvenes reportan dificultades encaminadas al agendamiento de las citas para los servicios amigables o de PYP, al realizar el análisis ellos manifiestan representaciones sociales alrededor de la estigmatización de la sexualidad, siendo encaminada por el sistema de creencias y pautas de crianza que vivencian los jóvenes. Es de esta manera que esta población no se vincula a los programas de promoción de la salud y prevención y demás servicios relacionados con métodos de anticoncepción y educación sexual. Sin embargo, las entidades siguen promocionando el servicio abierto y constante intentando estimular a los jóvenes a ingresar a los programas PYP y asistir con su pareja, familia o amigos a las charlas, capacitaciones y demás que ofrecen las entidades públicas y privadas con asistencia de su EAPB.

Para el adulto mayor**,** la comunidad en general manifiesta que falta inculcar el respeto y prioridad a la atención y acceso a los servicios de salud y condiciones médicas relacionadas a la edad. Así mismo también se han encontrado barreras referentes en cuanto a los desplazamientos y autorizaciones en el sistema de salud (exámenes específicos, citas con especialistas, entre otros); entidades bancarias (prioridad en la atención); establecimientos de comercio (acceso a sillas de ruedas, rampas de acceso, sillas preferenciales)

De acuerdo a esto, se evidencia que el Estado ha sido muy inclusivo con la normatividad legal para estar al cuidado de la población víctima y población vulnerable, una barrera que obstaculiza los procesos es la cultura y mentalidad del contexto, puesto que no solamente el mecanismo es instaurar medidas para la protección y velar por los derechos si no que las personas y la comunidad sean conscientes de que todos los seres humanos independientemente de la condición social, económica, política y demás hacemos parte de una misma comunidad.

7. Estado de emergencia sanitaria Covid19.

Emergencia Sanitaria Coronavirus Covid-19:

El gobierno nacional, mediante Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, declaró emergencia sanitaria por causa de coronavirus COVID-19 y adoptó medidas para hacer frente al virus y según Decreto 0109 del 16 de marzo de 2020 “Por medio del cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID -19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus en el Departamento de Casanare”, en su artículo 5, adopta la aplicación de medidas para evaluar, mejorar o expandir la capacidad de respuesta y los procedimientos de atención la población por parte de las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones de Salud y entes territoriales.

Como era de prever, el COVID 19 ha provocado que el gasto y gasto contingente público para responder a las necesidades urgentes relacionadas con salvar vidas y medios de subsistencia se dispare por la alta demanda de medicamentos, elementos de protección personal y productos en consecuencia a la pandemia. Teniendo en cuenta que la Secretaría de Salud de Casanare,

mediante circular No. 036 del 26 de febrero de 2020, declaró la alerta amarilla en la red hospitalaria de manera indefinida, para la cual se activaron los respectivos planes hospitalarios de emergencia especialmente en la intensificación de las medidas preventiva y de control para posibles eventos relacionados con el Covid 19.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado el área de Adquisición, Almacén y farmacia de Red Salud Casanare E.S.E, solicitó autorización para dar inicio a procesos de compra de elementos de protección personal y pruebas rápidas para COVID 19 a fin de suplir las necesidades latentes surgidas por la contingencia además de garantizar las medidas pertinentes de bioseguridad al personal de salud y usuarios. De esta manera el presupuesto proyectado para Almacén durante el periodo comprendido del 01 de enero a 31 de diciembre ha estado sujeto a variaciones debido a la emergencia sanitaria surgida[9].

En Consejo Departamental Extraordinario para la Gestión del Riesgo de Desastres, de fecha 24 de marzo de 2020, socializo, evaluó y aprobó el plan de acción específico ante COVID 19 en el Departamento de Casanare y modificado en comité de Gestión del riesgo de fecha 27 de marzo de 2020 y el 22 de mayo de 2020[10].

De acuerdo con las cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con corte del 3 de junio en Casanare se han reportado 21.870 casos de COVID – 19, de los cuales el 8% corresponden a menores de 18 años de edad.

Un nuevo estudio epidemiológico sobre el comportamiento del coronavirus en el departamento, fue dado a conocer por parte de la Secretaría Departamental de Salud. En él, se advierte que del total de personas con diagnóstico positivo para Covid-19, 1.862 corresponden a niños y adolescentes, de los cuales 61 han sido hospitalizados y uno (1) infortunadamente perdió la vida (menor de 10 años de edad).

“Con respecto al dato general de los contagiados el 60% son hombres y 40% mujeres, sin embargo, cuando miramos la población menor a 18 años, observamos una inversión en los datos, es decir, hay un mayor porcentaje en mujeres infectadas con 899 casos y 963 hombres; por lo que el 53% corresponden al sexo femenino”, explicó el Epidemiólogo Ovidio Muñoz, funcionario de la Secretaría Departamental de Salud.

En cuanto a los municipios que mayor aportan casos de menores de 18 años en el departamento, en primer lugar, se encuentra Yopal con 1.249 casos (cerca

[9] Red Salud Casanare E.S.E. (2021). *Informe De Gestión Institucional Por Procesos Vigencia 2020.* Recuperado de: *https://red-salud.micolombiadigital.gov.co/sites/red-salud/content/files/000442/22057_informe-de-gestion-2020-firmado-ajustado.pdf*

[10] Gobernación de Casanare. (2020). *Informe De Seguimiento Y Evaluación Del Plan De Acción De Calamidad Pública – Covid 19 En El Departamento De Casanare.* Recuperado de: *https://www.casanare.gov.co/Dependencias/PrensayComunicacion/Covid19/Informe%20Calamidad%20P%C3%BAblica%20Casanare.pdf*

del 70%), seguido de Aguazul con 131, Tauramena con 117, Villanueva con 80 y Paz de Ariporo con 51 casos; siendo un tanto igual la proporción en toda la región[11].

Según cifras oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, con corte al 07 de marzo del 2021 se han vacunado en Casanare un total de 2.580 personas, de las cuales 1.596 corresponden al talento humano en salud de primera línea y 984 a población mayor de 80 años.

ACCIONES DE CONTINGENCIA TOMADAS EN EL SECTOR SALUD CON OCASIÓN A LA CRISIS DE EMERGENCIA SANITARIA – COVID 19.

Dada la contingencia ante la emergencia sanitaria por Covid-19, el sector salud en el departamento garantizó la prestación de servicios de salud ambulatorios de consulta externa de medicina general, nutrición, psicología, enfermería, higiene oral por teleconsulta.

Posteriormente el sector salud progresivamente se organizó para la prestación de los servicios ambulatorios presenciales como atención de vacunación, toma de muestras de laboratorio, toma de citologías, servicios odontológicos, entre otras, siguiendo con los protocolos establecidos por el ministerio de salud y protección social para garantizar los servicios con protocolos estrictos de cuidado para evitar el riesgo de contagios por Covid 19,

Durante el inicio de pandemia se instalaron cámaras de aspersión y desinfección para el ingreso de todo el personal a los hospitales y centros de salud. Garantizando así la bioseguridad para el acceso del personal a los diferentes CAPS.
Se instalaron evacuadores de partículas a las unidades odontológicas como uno de los mecanismos de bioseguridad en este servicio.

Las instituciones prestadoras de salud contaron con el apoyo en dotación de elementos de bioseguridad y equipos para cubrir la emergencia sanitaria por Covid 19, por parte de la alcaldía, gobernación, y empresas privada. Durante todo el inicio de pandemia y hasta la fecha se continúa realizando jornadas de desinfección en las diferentes áreas de las empresas e instituciones prestadoras de salud.

Se remodelaron centros de atención primaria en salud, como ejemplo tomo información del centro Cre Ser con amor en el cual se aperturaron por primera vez servicios de toma de muestras de laboratorio, vacunación.

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO

[11] Gobernación de Casanare. (2021). 1.862 menores De Edad Han Sido Contagiado De Covid – 19 Durante Lo Corrido De La Pandemia En Casanare. Recuperado de: https://www.casanare.gov.co/Prensa/SaladePrensa/Paginas/1-862-menores-de-edad-han-sido-contagiado-de-COVID-%E2%80%93-19-durante-lo-corrido-de-la-pandemia-en-Casanare.aspx

Consulta externa	Medicina general, Odontología Enfermería Vacunación
Apoyo diagnostico	Toma de muestras de laboratorio Terapia ocupacional Fisioterapia Fonoaudiología.
Protección específica y detección temprana	Detección temprana-alteración del crecimiento y desarrollo - Detección temprana alteración del desarrollo del joven - Detección temprana-alteración del embarazo - Detección temprana-alteraciones en el adulto - Detección temprana cáncer de cuello uterino - Detección temprana-cáncer seno Detección temprana-alteración de agudeza visual - Protección específica- atención preventiva en salud bucal Protección específica-atención en planificación familiar
Proceso	Proceso de esterilización

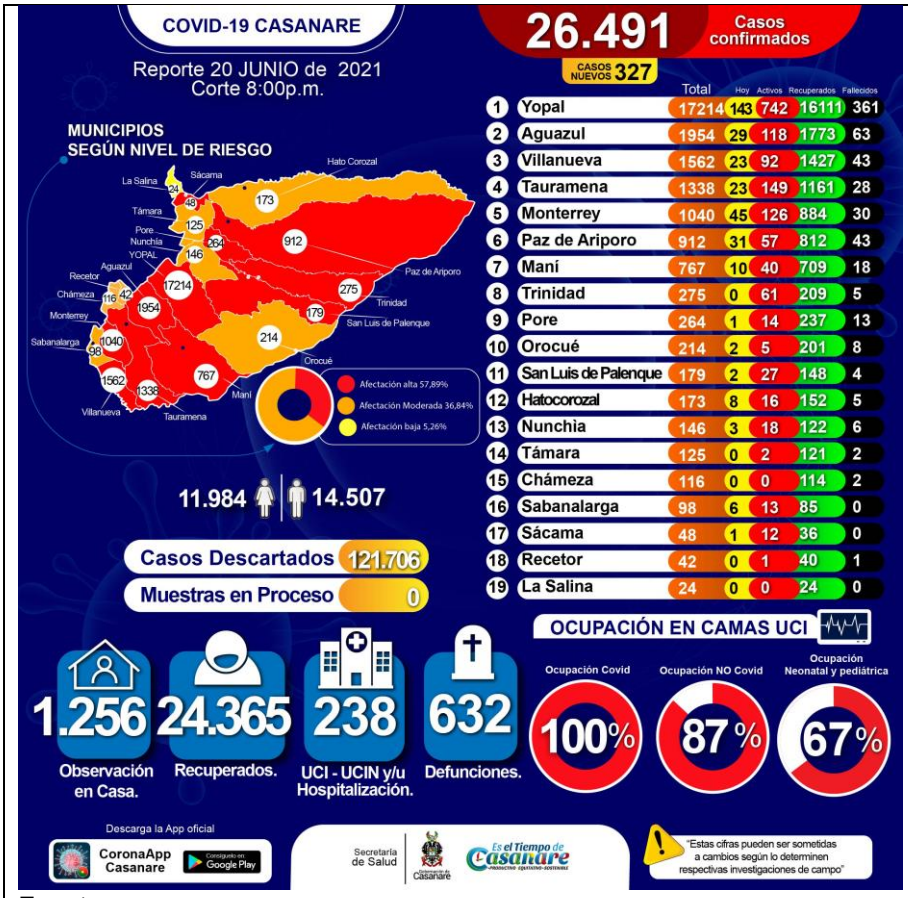
Tabla: Servicios Habilitado Cre-Ser con Amor – Fuente información personal obtenida en entrevista sobre avances de servicios con el Gerente De la Institución ESE Hospital Yopal

Datos de interés en habilitación de servicios y remodelación de infraestructuras

5 de mayo de 2020 remodelación del CAPS Cre Ser Con Amor y Juan Luis Londoño
9 de mayo de 2020 inicio de construcción del CAPS Morichal
9 de junio de 2020 apertura del servicio de tamización de cáncer de cuello uterino en CAPS Cre Ser con Amor
8 de julio de 2020 remodelación del CAPS Cari (antes, centro de hipoterapia)
25 de agosto inauguración del pabellón vida exclusivo para atención de pacientes sintomático respiratorio empresas social del estado ESE salud Yopal.
Aumento en capacidad instalada de camas en el hospital local de Yopal y HORO

Reporte Sobre casos de Covid 19 – corte 20 de junio de 2021.

Con corte al 20 de junio de 2021, el departamento de Casanare presenta 26.491 casos confirmados como positivos Covid-19, 1.256 en observación en casa, 24.365 recuperados, 238 con atención médica en hospitalización / UCI, 632 defunciones.



Fuente:
https://www.casanare.gov.co/Dependencias/PrensayComunicacion/Paginas/NoticiasCovid-19.aspx

Ocupación camas UCI Covid: 100%
Ocupación No Covid: 87%
Ocupación Neonatal y Pediátrica: 67%

8. Referencias

Diagnostico departamental de Casanare. (2011). *Observatorio Digital de los derechos humanos y derechos humanitarios.* Recuperado de: *http://www.observatorio.casanare.gov.co/Info/Nivel_2/2011-08-11_02-30-59-pmDIAGNOSTICO.pdf*

Echandía Castilla, C. (2006). *Panorama Actual del Casanare.* Recuperado de: *https://www.researchgate.net/publication/319141670_Panorama_Actual_del_Casanare*

Gobernación de Casanare. (2020). *Informe De Seguimiento Y Evaluación Del Plan De Acción De Calamidad Pública – Covid 19 En El Departamento De Casanare.* Recuperado de: *https://www.casanare.gov.co/Dependencias/PrensayComunicacion/Covid19/Informe%20Calamidad%20P%C3%BAblica%20Casanare.pdf*

Gobernación de Casanare. (2021). 1.862 menores De Edad Han Sido Contagiado De Covid – 19 Durante Lo Corrido De La Pandemia En Casanare. Recuperado de: https://www.casanare.gov.co/Prensa/SaladePrensa/Paginas/1-862-menores-de-edad-han-sido-contagiado-de-COVID-%E2%80%93-19-durante-lo-corrido-de-la-pandemia-en-Casanare.aspx

Mancipe Pérez, J.F. (2019). *Cambios Del Poder Político En Casanare, Un Análisis Desde Las Coyunturas Criticas.* Recuperado de: *https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/46560/Documento.pdf?sequence=1&isAllowed=y*

Martínez, A. (2019). *Departamento de Casanare. TodaColombia.* Recuperado de*: https://www.todacolombia.com/departamentos-de-colombia/casanare/index.html*

Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2012). *Indicador de derechos humanos. New York y Ginebra. La paz en el terreno.* Recuperado de: *www.rutasdelconflicto.com*

Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH (2004). *Indicadores De Derechos Humanos Y DIH En El Casanare 2004.* Recuperado de: *https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/F46860D4C19ED55AC1256F3C004D3780-govcol-col-21oct9.pdf*

Panorama Actual de Casanare y Arauca (2002). *Observatorio del programa presidencial de Derechos Humanos y Derecho internacional Humanitario.* Realizado por: *I ISSN 1657 -818- X serie Geográfica Numero 13.*

PAPSIVI. (2019). Documento Análisis De Contexto. Cedavida/Apoyar

Red Salud Casanare E.S.E. (2021). *Informe De Gestión Institucional Por Procesos Vigencia 2020.* Recuperado de: *https://red-salud.micolombiadigital.gov.co/sites/red-salud/content/files/000442/22057_informe-de-gestion-2020-firmado-ajustado.pdf*

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE: CESAR



Contenido

1. Introducción 3

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento del Cesar. 4

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el departamento del Cesar. 6

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento del Cesar. 12

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima en el departamento del Cesar. 15

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 23

7. Estado de emergencia sanitaria por Covid 19 26

1. Introducción

En el marco del Convenio de asociación 469 de 2020 suscrito entre la Fundación Forjando Futuros y el Ministerio de Salud y Protección Social, se está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) en la Región 1, conformada por los departamentos de Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Córdoba, Sucre, Cesar, Guajira, Magdalena, Guainía, Vichada y Arauca, En el Departamento de Cesar para la atención a través del PAPSIVI, se priorizaron para la vigencia 2020 veinticinco (25) municipios del departamento. Aguachica, Astrea, Becerril, Bosconia, Chimichagua, Chiriguana, Codazzi, El Copey, Curumani, El Paso, Gamarra, González, La Gloria, La Jagua de Ibirico, La Paz, Manaure, Pailitas, Pelaya, Pueblo bello, Rio de Oro, San Alberto, Tamalameque, Valledupar, San Diego y San Martín.

En este documento se presenta la actualización del análisis del contexto del Departamento de Cesar, siguiendo las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en este sentido este documento contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

La actualización del presente análisis de contexto departamental lo realizó el Equipo Articulador de Cesar, del operador Papsivi vigencia 2020 (Forjando Futuro). Este documento se elaboró tomando como referencia el Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023, datos de la Red Nacional de Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, documentos diagnósticos de diferentes entidades que conforman el SNARIV, entre otros. De igual modo se utilizaron fuentes primarias como reportes verbales de servidores públicos municipales y relatos de población víctima del conflicto armado obtenidos a través de entrevistas.

Es importante mencionar que todo el departamento del Cesar fue una de las zonas más acechada en el país por el conflicto armado entre los años 1990 y 2000 generando en todo su territorio una serie de impactos a nivel individual, familiar y comunitario. En este sentido ha sido también sujeto de intervención desde distintos ámbitos, incluido el psicosocial, desde la Institucionalidad pública, Organizaciones de la Sociedad Civil y Cooperantes internaciones que aunando esfuerzos buscan contribuir con la construcción de la Paz en el departamento. Para la mitigación de afectaciones psicosociales en las víctimas ha sido fundamentan las acciones, estrategias y programas del MSPS, el Bienestar Familiar, entre otras instituciones.

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento del Cesar.

El departamento del Cesar está situado en la zona noreste del país, posee una extensión de 22.905 km² y tiene con una población de 1004 millones de habitantes (Dane 2018). Factores como la extensión del departamento, sus límites geográficos y la economía interna dan lógica y explicación a la confluencia de los diferentes actores armados que habitaban hace 10 años tales como las guerrillas, ELN, FARC y Paramilitares.

Las FARC hicieron presencia en la zona norte del departamento, con el frente 59; en el centro, con el frente 41; y al sur mantuvieron una incipiente presencia, puesto que la guerrilla que dominó en esta zona fue el ELN. Este grupo armado ingresó al departamento en la década de 1980, con el frente 19, proveniente del Magdalena, que posteriormente permitiría la formación del frente 59, en la década de 1990. Sus diferentes frentes dominaron los corredores de movilidad entre los municipios de la Serranía del Perijá, de la Sierra Nevada de Santa Marta y los que limitan con Venezuela, espacio que facilito el ingreso de insumos militares y corredores para el narcotráfico, hecho que marco la violencia sociopolítica en los años 80 y 90.

Así mismo, el frente 59, se ubicó en parte de la Sierra Nevada, mientras que "el frente 41 o Cacique Upar, que se repliega en la Serranía del Perijá y actúo en San Diego, Manaure, La Paz, Becerril, Codazzi, Chiriguaná, El Paso, Valledupar, El Copey, Bosconia, Curumaní, Pueblo Bello y la Jagua de Ibirico; así mismo hicieron presencia la compañía Marlon Ortiz y la columna móvil Marcos Sánchez Castellón, cabe resaltar que con los acuerdos de la Habana y las desmovilizaciones de la FARC la violencia sociopolítica disminuye en el departamento, mientras el ELN empezó una progresiva consolidación territorial.

Con respecto a los paramilitares, estos grupos estuvieron repartidos prácticamente en la totalidad del Cesar, en especial, el bloque Norte de las AUC, al mando de Rodrigo Tovar Pupo, alias Jorge 40. Al sur del departamento se ubicaron las autodefensas campesinas del sur del Cesar (AUSC), las cuales son dirigidas por "los Prada". Se rumora acerca del relevo de algunos de los comandantes en esta zona y la intención de esta agrupación de comenzar a ocupar cada vez más territorios, en Norte de Santander, tras la desmovilización del bloque Catatumbo. También hicieron presencia en el área las autodefensas de Santander y sur del Cesar (AUSAC), estas últimas agrupaciones, las AUSC y las AUSAC, atacaron los apoyos de la guerrilla en el sur del Cesar, golpearon el movimiento sindical y sentaron las primeras bases de apoyo de los grupos de autodefensa en las partes planas.

Además de las estructuras ya mencionadas y los diferentes mandos paramilitares del departamento, existieron otros frentes (Sistema de Información de Ley de Justicia y Paz, SILJP, como el Juan Andrés Álvarez, en Agustín Codazzi y la Jagua de Ibirico, y el frente Resistencia Motilona, que

actúo en los municipios de Aguachica, Chimichagua, Chiriguaná, Gamarra, La Gloria, Curumaní, Pailitas, El Banco y Guamal. En 2000 apareció otra estructura más del paramilitarismo, el bloque Central Bolívar (BCB), al mando de “Ernesto Báez”, Julián Bolívar y Carlos Mario Jiménez, alias Macaco, aunque éstos sólo hicieron presencia en algunos municipios de los límites de Cesar y Norte de Santander. En 2006, según el análisis de la conflictividad, Área de Paz, Desarrollo y Reconciliación, se dio el proceso de desmovilización del bloque norte de las AUC y del BCB, sin embargo, el fenómeno paramilitar continuó en el departamento, pues en los últimos años se ha tenido registro de la presencia de bandas emergentes, como las Águilas Negras. La tendencia muestra un reordenamiento de algunos desmovilizados de las autodefensas, más concretamente del frente Resistencia Motilona, en la Jagua de Ibirico. En el sur del Cesar la disputa entre estructuras rearmadas se viene dando por el control de rutas hacía la frontera venezolana y la costa atlántica.

Es necesario resaltar algunos aspectos clave del análisis sobre el conflicto armado, su relación con el poder político o electoral y sus efectos sobre la población civil, elementos que se acaban de presentar. En primer lugar, hay que reconocer que, como se dijo atrás, los vínculos entre sociedad, Estado y conflicto armado son más fuertes de lo que comúnmente se admite. Segundo que uno de los efectos de largo plazo de este conflicto ha sido la dificultad para la conformación de actores colectivos (sociales y políticos), con identidades definidas y con propuestas y expectativas visibles e institucionalizadas. Tercero, la vinculación temprana de algunos de estos actores al conflicto, en especial como víctimas, y, en otros casos, lamentablemente como instigadores de violencia (sectores populares). Cuarto, la existencia de una marcada asimetría entre dichos actores y el poder político regional y nacional. Por último, es evidente que apenas ahora (2013-2016) se ha visto la intervención del Estado central en la corrección de aspectos estructurales que alimentaron el conflicto.

En la actualidad Cesar cuenta con una zona veredal de las 23 divisadas en los acuerdos de paz del gobierno nacional. El territorio comprendido entre la margen oriental del río Cesar y la serranía del Perijá fue habitado por indígenas Tupe, es decir el municipio La Paz, que está localizada aproximadamente de Valledupar la capital departamental 14 km por vía terrestre. Esta zona limita al Norte con Valledupar, Manaure Balcón del Cesar (Cesar) y La Jagua del Pilar (La Guajira), al Este con la República de Venezuela y Agustín Codazzi (Cesar), al Sur con Agustín Codazzi y El Paso (Cesar) y al Oeste con Valledupar y San Diego (Cesar). Cuenta con los corregimientos de Los Encantos, San José del Oriente y Varas Blancas, además de un caserío. Por otro lado, limitamos con un campamento de a 200 metros de esta, más exactamente en el municipio de Fonseca- La guajira. (Gobierno, ONU y Farc verifican zona veredal del cesar 2016).

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el departamento del Cesar.

El conflicto armado en el Departamento del cesar no solo está contemplado en el escenario del postconflicto, con efectos negativos en lo social y la salud, también se ha afectado el crecimiento económico de la región donde estos grupos armados tomaron el control de los recursos naturales, Ello trajo como resultado una crisis social y humanitaria reflejada en torno a estos recursos, como en el caso de la Minería, la palma y los grandes hacendados, una política de saqueo y depredación tanto directa como indirecta que ha tenido como fin la obtención de ganancias económicas y el control del territorio y de la población. El paramilitarismo y las nuevas Bandas Criminales (Bacrim) terminaron finalmente por masacrar a un sinnúmero de líderes miembros de las organizaciones mineras, hacendados y pequeños campesinos que fueron asesinados, desaparecidos y estigmatizados con el transcurso de los años.

Los hechos relacionados con el conflicto armado que el Departamento del cesar de manera sistemática y en varios periodos de violencia, han tenido un efecto directo y determinante de sus usos, costumbres, tradiciones, como en las formas de relacionamiento y la organización de la comunidad. Como territorio reúne en su interior una gran multiplicidad de manifestaciones culturales y se ha constituido a lo largo de los años en un referente en este campo.

El Departamento del Cesar está conformado por cuatro ecorregiones que al mismo tiempo dotan al territorio de una variedad de climas y pisos térmicos que pueden potenciar diversas actividades económicas: la Sierra Nevada de Santa Marta, la Serranía de los Motilones en la Cordillera Oriental Andina, la región aledaña al río Magdalena y la formada por las extensas llanuras de los ríos Cesar y Ariguaní. Son cuatro subregiones delimitadas con base a criterios de continuidad geográfica, intercomunicación, vocación económica y vínculos intermunicipales, complementados con factores económicos y sociales.

Los asentamientos de las poblaciones indígenas conocidos bajo denominaciones netamente regionales. Así los de Zarari, los Kankuamo Atanquez que habitaron las estribaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta, los ARHUACOS de San Sebastián y Pueblo Bello, los POPONIS, donde hoy está el corregimiento de Valencia de Jesús, Los Tupes, Los Umayones y Anacayutes, Los Motilones y Yucos que hoy existen y cuyos descendientes se les ve por las calles de Valledupar.

Esta ecorregión es uno de los pilares sobre los que se sustenta el potencial económico de Cesar: la ganadería, la agricultura, la agroindustria y la minería. el recurso natural más importante es el suelo ya que de él mismo dependen en su mayoría los procesos productivos y recíprocamente, de la sostenibilidad de los procesos productivos depende la sostenibilidad de uso del suelo. La función estratégica de esta ecorregión es la producción económica que se sustenta en la productividad del suelo, ya que de este recurso dependen una

serie de actividades de desarrollo económico de la región, como es la ganadería y la agricultura. Además, ocupa un lugar importante dentro del desarrollo del departamento por interconectar la Serranía del Perijá con el Complejo Cenagoso, clave para la sostenibilidad del complejo. Aunque sus suelos son de alta productividad, en este valle se ha dado la eliminación casi total de la cobertura boscosa natural y la alteración del suelo. Comprende la parte plana de los municipios de Aguachica, Chimichagua, Gamarra, La Gloria, Pailitas, Pelaya, Río de Oro, San Alberto, San Martín y Tamalameque.

Las actividades agropecuarias ocupan el principal renglón económico del departamento, pues de éstas deriva 49% de sus ingresos (Dane 2018). La ganadería ocupa el primer lugar, el departamento del Cesar cuenta con una población estimada en 1.61.234 cabezas de ganado. Asimismo, es importante mencionar que –en la última década- el departamento ha registrado un incremento de su economía debido a la explotación de minas de carbón a cielo abierto, liderada por la empresa multinacional Drummond, principalmente en los municipios de La Jagua de Ibirico, Chiriguaná, El Paso, La Loma y Becerril. (Procuraduría General de la Nación, 2017), esto generado por los acuerdos de la Habana que llenan a los inversionistas de seguridad frente a las inversiones.

Para el año 2020 según cifras de la Ficha Territorial del Departamento Nacional de Planeación DNP, la población del Departamento del Cesar es de 1.295.387 habitantes del departamento 639.985 hombre y 655.402 mujeres (49,4% hombres y 50,6%, mujeres. El 76,% se encuentra en la Zona urbana y 24,0 % se encuentra en la zona rural. En el proceso de auto reconocimiento del Censo 2018, 51.233 personas se declararon indígenas, 142.233 afrocolombianos y la gran mayoría 893.538 declararon no pertenecer a ningún grupo étnico. Hay muy pocos raizales, gitanos y palenques. Según las estadísticas de la Unidad de Víctimas, sobre población víctima del conflicto armado presenta las siguientes cifras: se encuentran ubicadas 344.949 personas en el Departamento del Cesar, según el enfoque de género hay 4.277.995 mujeres, 4.270.420 hombres, 3.720 LGBTI, 997 intersexual y 284 no informa, con enfoque de discapacidad hay 345.458 personas, con enfoque étnico hay 1.023.424 personas negras o afrocolombianas, Palanquero 4.940 personas, indígenas 367.693 personas, raizal del archipiélago de San Andres y Providencia 10.890 personas, gitanos ROM 9.731, personas. A continuación, veamos una descripción grafica de número y porcentaje de población víctima en el territorio y distribución por hechos victimizantes.

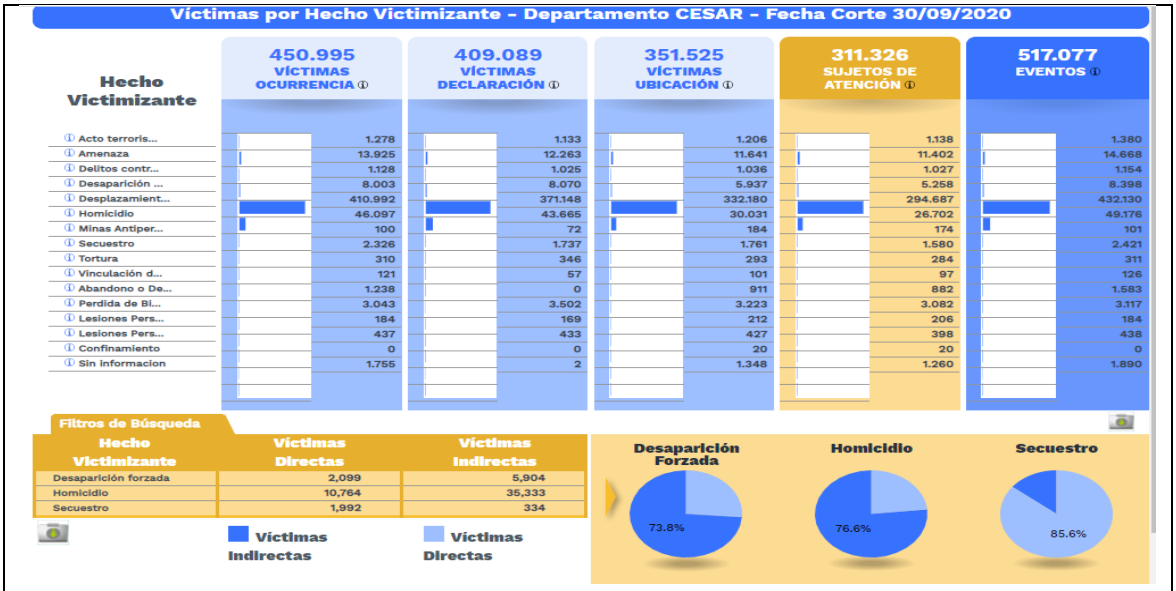


Imagen: www.unidadvictimas.gov.co UARIV_ Unidad de Atención y reparación integral a las víctimas"

Se observa que el mayor hecho victimizantes es el homicidio, seguido de desaparición forzada y secuestros, debido a esta situación muchos de sus pobladores se desplazaron a otros Departamentos para salvaguardar su vida, pese a que las condiciones han mejorado en los últimos años en materia de seguridad, se ha venido dando proceso de retorno de muchas familia que sufrieron ese flagelo, El Departamento cuenta con procesos y planes de Retornos y Reubicaciones, cuenta con zonas micro focalizadas para adelantar procesos de restitución de tierras y territorios, se tiene registro de órdenes del Juzgado o Magistrados de restitución de tierras a cargo de la entidad territorial, existen iniciativas de promoción de los Derechos Humanos e infracción al DIH de la entidad territorial.

Para el año 2020 según el SISPRO, el departamento del cesar cuenta con 1.193.265 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, distribuidos 584.214 hombres y 609.451 mujeres (48,96% hombres y 51,04%, mujeres. De los cuales 866.563 pertenecen al régimen subsidiado y 302.727 pertenecen al régimen contributivo. No fue posible realizar la discriminación por EPS presentes en el departamento, ya que por los trámites legales y contractuales de las constantes liquidaciones y desaparición de las EPS, las cifras no son real y no se encuentra la información estadística.

En cuanto al sector salud el Departamento tiene como principal enfoque el garantizar la Eficiencia, Eficacia y Calidad en las actividades operativas, para el servicio de la Salud Pública para el beneficio de obtener atención oportuna, acceso a salud y mejorar el nivel de vida de la Población y lograr el aseguramiento de la totalidad de la Población, para lo cual cuenta con una red hospitalaria pública en los 25 municipios y la presencia de 16 EPS distribuidas lo largo de todo el departamento y que brindan atención a los diferentes regímenes de afiliación. Es de aclarar que son pocas las entidades que

cuenta con base de datos para víctimas.

Los principales logros y retos, de acuerdo al PAT son aumentar la contribución a las Victimas en la política pública de asistencia, atención, prevención y protección en los componentes de Prevención temprana, Prevención urgente, así como en la Atención Y Asistencia Para la Superación de Situación de Vulnerabilidad en los componentes de Identificación, Salud, Educación, Generación de Ingresos, Vivienda, Alimentación y Atención Psicosocial con enfoque étnico y diferencial .asi como el acompañamiento a los Procesos de reparación integral en los componentes de Restitución, Retornos y Reubicaciones, Reparación Colectiva, Garantías de no repetición.

El Programa de Atención Psicosocial y Atención Integral a Víctimas del Conflicto, PAPSIVI, que fue ejecutado durante 14 meses en el periodo comprendido entre los años 2017-2018 en los municipios de Valledupar, Pelaya, Pailitas, Curumaní, La Jagua de Ibirico y Bosconia, en donde se beneficiaron 5.128 personas que sufrieron de manera directa los estragos de la violencia, en conjunto con acciones para fortalecer la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, RBC en igual número de municipios. En cuanto al convenio mediante el cual se implementó la Rehabilitación Basada en Comunidad, definida por el Ministerio de Salud y Protección Social como una estrategia de inclusión social y desarrollo comunitario que permite generar oportunidades a la población en condición de discapacidad y/o con afectaciones psicosociales, así como a sus familias y cuidadores, se desarrolló en los municipios de Valledupar, San Diego, La Paz, Becerril y Codazzi mediante la operación del Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial – IDREEC.

Estas regiones y ecorregiones de Cesar fueron sede del nacimiento y presencia de movimientos sociales y de grupos armados ilegales, quienes a partir de los años 80 convertirían a la región en uno de los departamentos con índices de conflicto preocupantes por los homicidios, masacres y desplazamientos forzados que se presentaron.

En el caso de la palma de aceite, un patrón de vinculación entre la expansión de cultivos de palma y el desplazamiento forzado ilustra el peligro de los recursos intensivos en tierra en tanto pueden estar asociados con disputas territoriales violentas. Durante los años que siguieron las invasiones de tierras tuvieron alguna trascendencia en el Cesar. La instalación de grandes plantaciones de algodón o palma fomentó el desalojo de colonos y campesinos a través de mecanismos, como latifundios y violencia (títulos de propiedad dudosos versus ocupación de hecho en baldíos). Cientos de colonos, campesinos y jornaleros, a quienes la mecanización de la agricultura y las operaciones bancarias habían expulsado de sus posesiones, se organizaron y comenzaron a ocupar las periferias de las grandes haciendas o plantaciones, quien con ayuda de acciones de grupos paramilitares o guerrilleros Este hecho revela el deterioro de la situación social, su relación con el conflicto armado y la incapacidad del Estado para solucionar conflictos de distinta índole e

imponencia.

En síntesis, si el conflicto golpeó con fuerza a los grandes propietarios y empresarios en su libertad individual y hacienda familiar, arremetió con más fuerza aun contra la vida y el patrimonio de los más pobres. Sin embargo, como lo han revelado recientes investigaciones, no existe equilibrio en esta balanza. Quienes retenían mayores recursos de poder regional y guardaban relaciones más directas con el Estado departamental y local sortearon con mejor suerte los efectos del conflicto y la violencia política. Aun así, funcionarios del Estado (de la justicia) también fueron víctimas de la acción de los paramilitares. Todas estas características se advierten en la denominada parapolítica.

Un punto fundamental en esta ola de violencia fue el despojo de tierras a campesinos (mestizos, indígenas, afrocolombianos) o la ruina de sus economías. Incluso antiguos beneficiarios de la política de reforma agraria perdieron sus propiedades como consecuencia de la extorsión, el fraude y el despojo violentar la ley sobre involucramiento de civiles en el conflicto y desplazamiento forzado. La desmovilización de los grupos paramilitares (2005-2006) ha abierto una nueva esperanza a la movilización social campesina y cívica, esto es perceptible en el departamento del Cesar. Sectores sociales se expresan de nuevo con cautela, pero con mayor claridad sobre sus problemáticas, intereses e identidades.

Es importante destacar que, gracias a los acuerdos de Paz, el posconflicto proyecta una región que muestra la pujanza de su gente en las labores de agricultura y ganadería aprovechando las regiones de riqueza que ostentan, de igual manera el departamento del Cesar se proyecta como una región que tecnifica la ganadería en aras de aprovechar aún más esta riqueza territorial.

Con lo anterior el departamento del cesar, cuenta con muchas formas culturales en todo el territorio, ya que hace parte de la Región Caribe Colombiana y sus habitantes son llamados costeños por su acento, Sin embargo, en municipios del sur se hace presente una mezcla entre el dialecto costeño y santandereano por los limites terrestres que hay con los santandereanos y Norte santandereano. De acá también la diversidad en las comidas como el sancocho, el pan, el queso, el peto, arroces preparados de varias formas y con varios ingredientes, el bollo de maíz. Gracias a la hidrografía del departamento la variedad de pescados.

En lo cultural, entre las festividades en el departamento la más importante es el festival de la leyenda Vallenata, la semana santa de Valencia de Jesús (corregimiento de Valledupar) patrimonio cultural e inmaterial del departamento. Otras importantes son las Fiestas Patronales de San Roque en Aguachica, San Francisco de Asís en La Paz, La Paletilla en Becerril, El Festival de música Vallenata en guitarra de Codazzi, entre muchas más.

La violencia en el departamento del cesar se agudizo en épocas específicas mencionadas anteriormente, pero en la actualidad se evidencia un

departamento alegre sus festividades muestran la belleza cultural y el avance en la reconstrucción del tejido social en el marco de un posconflicto que recupero la alegría y el deleite social.

El gobierno departamental, según el plan de desarrollo del gobierno actual, priorizará los procesos que den lugar a la construcción de PAZ como un objetivo esencial de su gestión, por lo que lo incorporó no solo como asunto vital y específico, sino que es transversal en todo el plan de desarrollo. La actitud positiva y decidida de la administración, ante la proximidad de la paz en el territorio colombiano, es un reflejo de lo que ocurre en la población, pero es innegable que el escenario plantea grandes desafíos que se desprenden a la certeza de una desmovilización, la reintegración de los actores de la violencia a la vida civil, así como la reparación de las víctimas; pero además por las exigentes nuevas condiciones para avanzar en la seguridad total del territorio y la vida en armonía y convivencia. Los líderes políticos y económicos de esta región como los mandatarios y la población, tiene claro las favorables consecuencias de la consolidación de la paz, tanto porque la ausencia del conflicto armado le devuelve la alegría, la armonía y la convivencia al territorio, porque los esfuerzos gubernamentales especialmente a lo pertinente a las inversiones podrán orientarse hacia la productividad, la generación de empleo y sin dudas, en la reducción de los índices de pobreza. Objetivo general Convertir al departamento del Cesar en un territorio modelo en la construcción del proceso de paz, sostenible, así como en la consolidación del posconflicto.

Hoy existen un cúmulo de necesidades visibilizadas en los planes de retorno y reubicación, reparación colectiva étnicas y no étnicas, medidas de satisfacción, que las víctimas del conflicto armado, han identificado y exigido, para la reconciliación y aceptar el perdón por parte del Estado, teniendo como base, la Ley de víctimas y restitución de tierras, necesidades que se deben tener en cuenta como Departamento, porque son medidas que se encuentran aprobadas en el marco de los Comité Municipales de Justicia Transicional, que además, el gobierno nacional y todas las instituciones del SNARIV, les apuntan y las tienen como meta en el marco de sus competencias. En consecuencia, según el plan de desarrollo del departamento del cesar existen en la actualidad dieciséis (16) planes de retorno de los cuales, nueve (9) están aprobados en procesos de implementación, son ellos: Pelaya, Pailitas, Curumaní, Chiriguaná, La Jagua de [birico, Becerril, Pueblo Bello, El Copey y Astrea; formulados: La Gloria, Chimichagua y La Paz, para formular: Valledupar, Manaure, Agustín Codazzi y San Diego. Según información suministrada por la unidad de víctimas, Existen nueve (9) planes de reparaciones colectivas no étnicas en Astrea, El Copey l Pueblo Bello, San Diego, Agustín Codazzi, Chiriguaná, Curumaní, Pailitas y Pelaya, con sus respectivas necesidades. En lo referente a los procesos como sujetos de reparación colectiva étnicos, según el plan de desarrollo departamental 2016-2020, se espera la implementación del Plan Integral de la comunidad negra de Guacoche, también se pretende desarrollar e implementar un programa de difusión, capacitación y promoción de los Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario en el cuatrienio, en las Instituciones Educativas de Carácter Público y en las Universidades, Promover el Plan de

Protección y Prevención de Derechos Humano, Formular del plan departamental de promoción y prevención de derechos humanos, Activar el Comité Departamental de Derechos Humanos, Formular e implementar un plan de capacitación y promoción de los derechos humanos en las instituciones educativas, en las diferentes organizaciones sociales, y toda la población con enfoque diferencial, Desarrollar estrategias intersectoriales e interinstitucionales a fin de lograr un trabajo articulado que permita la formulación de un plan departamental de promoción y prevención de derechas humanos que involucre a la ciudadanía y sus necesidades reales para lograr la activación de la institucionalidad y la comunidad en el ejercicio de sus deberes y Derechos.

El departamento cuenta con mezclas culturales que se convierten en políticas y costumbres, como es la presencia de los indígenas, afros y mestizos en todo el territorio cada uno contempla una forma de vida y una forma de adaptarse a los cambios, algunos con éxito otros no tanto, pero al final el apoyo del gobierno con programas sociales ha estado involucrándose para aportar un grano de arena a toda la comunidad o población víctima

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento del Cesar.

El departamento del Cesar cuenta con la presencia de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, como órgano rector encargado de dirigir, coordinar y vigilar el sistema general de seguridad social en salud en el departamento, acogiendo las directrices nacionales frente al tema. Actualmente se encuentra nombrado el Doctor Hernán Vaquero.

La cobertura en aseguramiento en salud con corte a diciembre de 2019 se puede decir que el departamento cuenta con una cobertura universal, puesto que la afiliación al SGSSS alcanza el 95% aproximadamente del total de la población Cesarense. Para la afiliación al SGSSS del 5% restante (población no asegurada) se cuenta con la atención de población vinculada que corre por cuenta de los entes territoriales (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, 2019).

Aseguramiento:

- Distribución de la afiliación al SGSSS por tipo de régimen:
- Afiliación al régimen subsidiado: 80%
- Afiliación al régimen contributivo: 15%
- Vinculados: 5%

En cuanto a las EAPB que operan en el departamento, se cuenta con la EPS Cajacopi como el mayor asegurador en el régimen subsidiado, quien tiene presencia en todos los municipios del cesar. Seguido por Asmet Salud EPS, salud vida EPS, Coosalud EPS, Comfacor EPS, Ambuq EPS, como también

tenemos EPS indígenas Dusakawi con su régimen especial. Destacando que la mayor población afiliada se encuentra en el régimen subsidiado. El mayor asegurador en el régimen contributivo es la EPS Salud Total; seguida de la Nueva EPS y Sanitas EPS, cabe resaltar que la población víctima del conflicto armado tiene un constante movimiento en el sistema general de seguridad social, ya que es una población nómada, que vive trasladándose de un municipio a otro municipio o de un departamento a otro departamento; debido a la búsqueda de mejores oportunidades de vida, miedo de los que hechos se repitan, rescatar sus hábitos, cultura y costumbres, reencuentros familiares.

En el Departamento las EPS existentes ya tienen población de los dos regímenes debido al decreto 780 del 2016.

Red prestadora de servicios de salud:
Cada uno de los 25 municipios cuenta con un hospital que presta servicios de baja complejidad, donde solo se cuenta con los servicios de médico general, odontólogo, enfermeras, auxiliares de enfermería, laboratorio, servicio farmacéutico y servicio de rayos x. Teniendo en cuenta que la población mas grande se encuentra concentrada en el municipio de Valledupar; por tal razón se puede indicar que la IPS que atiende la mayoría de las personas víctimas del conflicto armado es el Hospital Eduardo Arredondo Daza de baja complejidad y en mediana complejidad es el Hospital Rosario Pumarejo de López. En la mayoría de los hospitales de baja complejidad no se cuenta con servicio de consulta por psicología, este servicio solo se oferta en los hospitales de mediana y alta complejidad. Lo cual constituye un reto de las IPS garantizarlo para la implementación del protocolo de atención integral en salud a las víctimas del conflicto armado, dado que allí se propone un equipo multidisciplinario.

El departamento de Cesar cuenta con hospitales regionales de mediana complejidad, para la atención de los usuarios del sistema de salud en el ámbito ambulatorio y hospitalario así:

- Valledupar: Hospital Rosario Pumarejo de López
- Aguachica: Hospital Regional José Padilla Villafañe.
- Chiriguana: Hospital Regional San Andrés

Los servicios de salud de alta complejidad se concentran en la ciudad de Valledupar, quien cuenta con una red privada como la clínica de alta complejidad, médicos Ltda., Laura Daniela, entre otras.

Por estar presente en vigencia anterior el programa de atención psicosocial y salud integral a la víctima del conflicto armado (PAPSIVI), en los municipios de Valledupar, San Diego, Codazzi, Aguachica, San Martin; el protocolo de atención en salud y la resolución 1166/2018 se ha socializado en las instituciones del sistema general de seguridad social tales como Secretarias de salud municipales, Hospitales de primer nivel y segundo nivel (E.S.E), empresas promotoras de salud (EPS), como Cajacopi, Asmet Salud, Nueva eps, Dusakawi, existentes en los municipios antes mencionados.

El programa de atención psicosocial en marcado en la ley 1448 del 2011, donde tiene como objetivo final la mitigación de los daños ocasionados por la violencia, en el departamento del cesar, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades. Comprende la atención y la rehabilitación en salud física y mental conformada por un conjunto de actividades y procedimientos en salud en el marco del sistema general de salud que constituyen la satisfacción de sus Derechos y necesidades en salud integral.

Todas las atenciones del PAPSIVI, están direccionadas desde la oficina de promoción social del ministerio de salud y protección social y en el departamento del cesar desde la secretaria de salud y la oficina de promoción social y sus referentes de víctimas en procesos transectoriales y participativos con las víctimas, ya que hace parte de la política de atención integral que asume el estado; en el departamento del Cesar se ha llevado a cabo varias fases de atención. En la primera fase desde septiembre del 2013 hasta abril del 2014, priorizando 14 municipios del departamento con mayor número de víctimas desarrollándose en 4 pasos fundamentales como fueron: focalización y contacto, caracterización, atención y cierre, en los municipios de Pueblo Bello, Valledupar, La Paz, San Diego, Codazzi, Becerril, La Jagua de Ibirico, Bosconia, El Copey, Chiriguana, Curumani, Pailitas, Pelaya y Aguachica, donde se atendieron 1900 víctimas del conflicto armado, 390 familiares y 67 comunitarias.
La segunda fase comprendida desde enero a Mayo del 2015 en los 14 municipios priorizados anteriormente, para una meta de 2829 personas atendidas en las tres modalidades: individual, familiar y comunitaria. Ya para la tercera fase comprendido desde junio a diciembre del 2016 el Ministerio de Salud priorizó tres municipios como son Valledupar, Codazzi y Aguachica, pero con una metodología más detallada y con mayor seguimiento; la cuarta fase comprendida desde Abril del 2017 a Mayo del 2018; se priorizaron los municipios de Valledupar, Aguachica, Codazzi; este fue por medio del ministerio de salud y protección social; además el departamento brindo la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado en los siguientes municipios Valledupar, Pelaya, Pailitas, Curumani, la Jagua de Ibirico y Bosconia comprendido desde Julio del 2017 a Junio 2018; la quinta fase comprendida desde Enero a Noviembre del 2019 se priorizaron los municipios de Valledupar, San Diego, Codazzi, Aguachica, San Martin.

Con las atenciones psicosociales brindadas a las víctimas del conflicto armado se ha logrado la recuperación en cuanto a la vida en relación consigo mismo, con la familia, con la comunidad y el Estado, la reconstrucción de proyectos de vida y la atención psicosocial de afectaciones psicológicas por hechos victimizantes como violencia sexual, homicidio, tortura, desaparición, desplazamientos, entre otros.

Brindarles una atención psicosocial continua a las víctimas y además la implementación del protocolo de salud en las IPS con sus respectivos equipos

interdisciplinarios, es uno de los mayores retos.

En la actualidad las políticas dirigidas a la atención por el bienestar de las víctimas del conflicto armado se incluyen en el plan de desarrollo 2020 - 2023, que se complementan en el POA y PAT las siguientes acciones implementadas para la población víctima del conflicto armado como son 1. Consulta y formulación del capítulo específico para victimas PDSP, con insumos regionales, formular, validar, adoptar el capítulo definido para la población víctima del conflicto en el marco del PDSP. Incluye metas, estrategias, acciones sectoriales y transectorial regional. 2. PAPSIVI (Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto); promocionar la ruta PAPSIVI. Adecuación de la red de servicios; Articula la estrategia de formación y desarrollo de capacidades para la salud pública en los territorios. 3. Fortalecimiento institucional y preparación específica del talento humano para garantizar la atención en salud con enfoque biopsicosocial de las víctimas del conflicto armado. Incrementar la inversión en infraestructura y tecnología sanitaria que garantice el acceso a los servicios de salud. 4. Articular la asistencia humanitaria en casos de emergencia, de acuerdo con hechos victimizantes en individuos y comunidades, desde un enfoque psicosocial y diferencial en el marco del conflicto armado. 5. Formación de líderes comunitarios y población en general sobre derechos humanos y el Derecho Internacional Humanitario. Facilitan el ejercicio de verificación de la garantía de los derechos, favorecen el acceso servicios de salud con calidad a la población identificada como víctima del conflicto armado. 6. Promover la participación de las víctimas del conflicto armado en los comités de justicia transicional y los comités ampliados de justicia transicional; COVECOM; Copagos; veedurías en salud. 7. Investigación sobre la situación salud de las personas víctimas, buscando orientar acciones que mantengan la salud, prevengan la enfermedad y la determinación social asociada para su intervención.

Al realizar este documento encontramos un compromiso institucional por el gobierno departamental el cual está radicado en su plan desarrollo priorizar la atención de las víctimas del conflicto armado ya que se imparten directrices para la secretaria de salud departamental quien interviene en las mesas de construcción de este plan de desarrollo, desde la oficina de dimensión diferencial de poblaciones vulnerable se encuentran funcionarios que cumplen con la atención psicosocial para las víctimas del conflicto armado además encontramos en el departamento instituciones del ESNARIV que brindad atención psicosocial como la Unidad de víctimas, instituto colombiano de bienestar familiar.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima en el departamento del Cesar.

La oferta institucional para este año 2020- 2021 en el departamento del cesar

mediante a los lineamientos del ministerio de salud se encuentra definido en el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, contemplado en el artículo 88 del Decreto 4800 de 2011, el cual tiene como objeto "*establecer los lineamientos y rutas de acceso para la atención integral en salud con enfoque psicosocial, a las personas víctimas del conflicto armado en Colombia, que deberán ser implementados por los actores del SGSSS, en cumplimiento de las directrices del programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas del conflicto armado – PAPSIVI*".

En ese sentido, los procesos de atención en salud a desarrollar por los integrantes del SGSSS, incluirán las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS en el PAPSIVI, para la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial y diferencial a las víctimas del conflicto armado. Para la atención integral en salud a las personas víctimas del conflicto armado concurrirán los diferentes actores del SGSSS (Direcciones Territoriales de Salud -DTS, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, entre otros), quienes en forma coordinada, brindarán la atención en salud a esta población, teniendo en cuenta, las particularidades de algunos grupos especiales, por su alta vulnerabilidad o por padecer otros hechos victimizantes en el marco del conflicto armado.

A continuación, se relacionan las instituciones de carácter Departamental existentes en el Departamento de Cesar:

Mapa de Oferta y Ruyas de Atención a Población Victima						
Institución	**Dirección**	**Contacto o Referente**	**Teléfono o Celular**	**Email o Pagina Web**	**Descripción de la Oferta**	**Acceso y Horarios**
Secretaria de Salud	Cra. 14 #14-100	HERNAN BAQUERO	3002981207	hbaquerodriguez@gmail.com	Vigilancia y control de los servicios en salud departamental	ruta integral en salud
	Cra. 14 #14-100	Janeth esmeral	3012340620	Laremse0826@hotmail.com	Atención integral dimensión poblaciones vulnerables	Ruta atención integral en salud poblaciones vulnerables-ruta Papsivi
Secretaría de Deporte, recreación y cultura	Cra. 14 #14-100	Leonardo Vega Sánchez	5742272	Correo: cultura@cesar.gov.co	fortalecer e integrar al departamento en torno a la cultura, mostrar que aún sigue latente en cada municipio a través de actividades artísticas	Ruta de Reparación Integral a Victimas – SNARIV
Secretaría de educación	Cra. 14 #14-100	Pamela García Mendoza	5748230 Ext. 400 - 401 – 405	Correo: educacion@cesar.gov.co.	Formación complementarias-fortalecimiento y ejecución de los proyectos y programas en beneficio del sector.	Ruta de Reparación Integral a Victimas – SNARIV
SENA	Cra. 12 #10-14	Carlos Rafael melo Freyle	5600917 EXT 52900	correo: cmelofreyle@gmail.com	Formación Para El Trabajo, Empleo Asesoría Para El Emprendimiento, SER, Certificación por competencias	Ruta de Reparación Integral a Victimas – SNARIV

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR	Diagonal 21 No. 29-56 Sabanas del Valle	María Loretta Bustos Valencia	5843136	registro@unicesar.edu.co	Créditos 100% exonerablespara adelantar estudios en programas técnicos, tecnológicos y profesional universitario	Estar registrado en las bases de datos oficiales de población víctima y Red Unidos
UNIVERSIDAD DEL AREA ANDINA	Transv 22 Bis #4-105, Valledupar	Otoniel Tello	5897879	otello@areandina.edu.co	Créditos 100% exonerablespara adelantar estudios en programas técnicos, tecnológicos y profesional universitario.	Estar registrado en las bases de datos oficiales de población víctima y Red Unidos.
Secretaría de gobierno	Cra. 14 #14-100	Eduardo Campo Corrales	748230 Ext. 210	Correo: gobierno@cesar.gov.co	Fomentar una asociación mundial para el desarrollo: desarrollar un sistema comercial y financiero abierto basado en normas, previsible y no discriminatorio	Ruta de Reparación Integral a Victimas – SNARIV
Defensoría del Pueblo	Cra. 12#13-100	Denia Gimenez	3003245292	Correo: defensoriadelpueblo@cesar.gov.co	Defensoría Delegada Orientación Y Asesoría A Víctimas Del Conflicto Armado	Ruta Estrategia De Orientación Psico jurídica.
Asesora de planeación	Cra. 14 #14-100	Luis Joaquín Mendoza Sierra	5748230 Ext. 419 - 420	Correo: planeacion@cesar.gov.co.	En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente a las de la información y las comunicaciones	Ruta Papsivi en todos los municipios atencion Papsivi
PROSPERIDAD SOCIAL	Cra. 14 #14-100	William Rafael Morales	3214567890	Correo: maria.guerra@prosperidadsocial.gov.co	Apoyar a las poblaciones vulnerables en el desarrollo social	Ruta de Reparación Integral a Victimas – SNARIV
FISCALIA	Cra. 67#14-112	Lucila Mercedes Vida	3216453421	Fiscalía.cesar@gov.co	Brindar Información a las víctimas sobre el estado de su caso, incluyendo las audiencias programadas. Remisión a entidades competentes para solicitar protección para la victima y/o acompañantes. Acompañamiento y representación de las víctimas en el incidente de reparación integral, audiencias y	Ruta de Reparación Integral a Victimas – SNARIV
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	Calle 16 A # 11 - 15 Barrio Loperena, Valledupar	Gabriel Enrique Castilla Castillo	570 77 45	Gabriel.Castilla@icbf.gov.co	Acciones para el restablecimiento de derechos cuando han sido vulnerados, amenazados o inobservados Programas de hogares de bienestar, hogares sustitutos, Modalidad familiar, Generaciones con bienestar, niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil.	Ruta de Atención al Ciudadano.
REPRESENTANTE	NO APLIC	Breiner Zuleta	3105125047		Representante Legal de	Ninguna

MESA DE VICTIMAS	A				todas las víctimas del Departamento de Cesar.	Especifica
POLICIA DEPARTAMENTO CESAR	Carrera 7ª 23-96 12 de Octubre	Jesús Manuel De Los Reyes Valencia	3503403116	**deces.oac@policia.gov.co**	Garantizar el ejercicio de los derechos y libertades publicas	Ruta de Atención en Justicia
CENTRO REGIONAL DE ATENCION A VICTIMAS DEL CESAR	CALLE 20 # 11-105		018000-911119	servicioalciudadano@unidadvictimas.gov.co	Notificación de los actos administrativos de Ayuda Humanitaria. Superación de Vulnerabilidad. Recursos de Reposición. Recursos de Apelación que emiten las áreas misionales de la Unidad.	Ruta de Atención en Justicia
Fondo de vivienda de interés social y reforma urbana de Valledupar Fonvisocial	CALLE 16 # 8-25 BARRIO CENTRO		(57) 5745299	**fonvisocial@valledupar**-cesar.gov.co.		De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 3:00 p.m. a 6:00 p.m
Defensoría del pueblo	BARRIO ALFONSO LÓPEZ, Cl. 13b Bis #15-76		(5) 5802357 ext. 3190		Defensoría delegada orientación y asesoría a víctimas del conflicto armado.	Ruta estrategia de orientación psico jurídica.
DIOCESIS DE VALLEDUPAR	Carrera 7 N. 15-26, Valledupar, Cesar.		(5) 5744168	valledupardioc@cec.org.co	facilitadores para "promover el perdón y la reconciliación" en las poblaciones afectadas por el conflicto armado en el Cesar.	Escuelas de Perdón y Reconciliación, presente en 10 municipios del cesar
SALUD TOTAL EPS	Cra. 27 nuemro 11-34	Geovanny rios	315742095	saludtotal@gmail.com	Garantizar la prestación de los servicios previstos en el Plan Obligatorio de Salud.	Horario de 8:00 Am – 12: 00 – 2: 00 Pm – 6: 00 PM
FAMISANAR EPS	Cra. 14 #14-112	Sindy jimenez	3165232247	sjimenez15884@gmail.com	Ruta de Atención Integral en Salud	Ruta de Atención Integral en Salud
ASMET SALUD EPS	Cra. 14 #14-54	Diana seoanes	3017221856	diana.seoanes@asmetsalud.org.co	Garantizar la prestación de los servicios previstos en el Plan Obligatorio de Salud.	Ruta de Atención Integral en Salud
AMBUQ	Cra. 14 #12-36	Kattya pedraza	570 82 22	pypcesar@ambuq.co	Garantizar la prestación de los servicios previstos en el Plan Obligatorio de Salud.	Ruta de Atención Integral en Salud
SALUDVIDA EPS	Cra. 11 #14-104	Osman salcedo	(5) 5606304	Correo: direccioncesar@saludvidaeps.com	Garantizar la prestación de los servicios previstos en el Plan Obligatorio de	Ruta de Atención Integral en Salud
COOSALUD EPS	Cra. 13 #11-39	liliana almenarez	3022811146	lalaman@coosalud.com	Ruta de Atención Integral en Salud	Ruta de Atención Integral en Salud
DUSAKAWI	Cl. 16a ##4-63	maired fuentes	3176808812	psicologiadusakawiepsi@gmail.com	Ruta de Atención Integral en Salud	Ruta de Atención Integral en Salud
SANITAS	cll 16 # 19D 85 Dangond	Maria jose murgas	3103577686		Garantizar la prestación de los servicios previstos en el Plan Obligatorio de Salud.	Ruta de Atención Integral en Salud

ORGANIZACIONES

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	Datos Del Contacto (Dirección, teléfono, correo electrónico)	Oferta organizacional	Población víctima que Beneficia
Empresa Agropecuaria de Campesinos Dagoberto Mendoza. ECADAM		entidad sin ánimo de lucro	Defensoras de los Derechos de las Víctimas, residentes en el departamento.
Fundación Tejedora De Esperanza	TRANSVERSAL 24 A BIS 16 27 valledupar –cesar 5747771	entidad sin ánimo de lucro	Defensoras de los Derechos de las Víctimas, residentes en el departamento.

RED HOSPITALARIA DEPARTAMENTAL plan integral de reparación, Red Pública Prestadores de Servicios de Salud.

NOMBRE DE LA ENTIDAD	NOMBRE FUNCIONARIO O ENLACE PAPSIVI	DATOS DEL CONTACTO (DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO)	OFERTA INSTITUCIONAL	RUTA DE ATENCIÓN
ESE HOSPITAL LOCAL DE RIO DE ORO	NO APLICA	AVENIDA ARAUJO COTES Nº 3-24 5619073-5619519 Rio de Oro	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad	Ruta de atención integral en Salud
ESE HOSPITAL SAN JUAN CRISOSTOMO	NO APLICA	BARRIO PALOMAR 3175182081 – 3178538146 González	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad	Ruta de atención integral
ESE HOSPITAL REGIONAL DE AGUACHICA JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE	NO APLICA	CAL 5 NUMERO 30A-56 5654854 – 5658522 Aguachica	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel II Mediana complejidad	Ruta de atención integral
ESE HOSPITAL CAMILO VILLAZON PUMAREJO	NO APLICA	CALLE 10 9-45 3165751433 Pueblo Bello	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad	Ruta de Atención en Salud.

HOSPITAL SAN ROQUE ESE	NO APLICA	CALLE 10 No 23-37 5255896 El copey	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad	Ruta de Atención en Salud
ESE HOSPITAL SAN MARTIN	NO APLICA	CALLE 13 No 2-71 5260041-5260414 Astrea	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad	Ruta de Atención en Salud
E.S.E HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	NO APLICA	CALLE 14 N° 8-67 5765030 Codazzi	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad	Ruta de Atención en Salud
HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	NO APLICA	CALLE 16C N° 17-141 095- 5712339 Valleduapr	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel II Mediana complejidad	Ruta de Atención en Salud
ESE HOSPITAL OLAYA HERRERA	NO APLICA	CARRERA 12 N 8-44 BARRIO SAN JOSÉ 3106059151	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL SOCORRO	NO APLICA	CALLE 4 NO 2 – 36 095- 5712339 San Diego	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
ESE HOSPITAL FRANCISCO CANOSSA	NO APLICA	CALLE 7A No. 10-75 5290025 Pelaya	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
Hospital Regional San Andrés ESE	NO APLICA	CALLE 7 CON CARRERA 7 ESQUINA CALLE BOLIVAR 3135330257-3135347840 Chiriguana	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.

ESE HOSPITAL LOCAL CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES	NO APLICA	CALLE 9A CARRERA 17 ESQUINA 3215387972 Curumani	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
ESE HOSPITAL TAMALAMEQUE	NO APLICA	CALLE PRINCIPAL ESQUINA 3162917492 Tamalameque	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
HOSPITAL SAN JUAN BOSCO E.S.E	NO APLICA	CARRERA 16 No. 20-60 5778029 – 5778302 Bosconia	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS	NO APLICA	CARRERA 6 No. 2F - 12 5790314 Manaure	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
HOSPITAL HERNANDO QUINTERO BLANCO E.S.E	NO APLICA	CARRERA 6 No. 3-60 5530416 El Paso	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
ESE HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA	NO APLICA	CARRERA 7 No 2-160 5651854 Aguachica	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
ESE HOSPITAL LOCAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA	NO APLICA	CL 2 6B-40 5645021 San Alberto	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.

HOSPITAL HELI MORENO BLANCO E.S.E	NO APLICA	CL 7B N=. 5 – 123 9552870 Pailitas	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES	NO APLICA	CRA 1E No 6-30 5769055 La Jagua de Ibirico	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
ESE HOSPITAL SAN JOSE	NO APLICA	CRA 1 NO 1A-10 5768012 Becerril	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	NO APLICA	CRA 20 No 43 – 63 5842828 Valledupar	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel II Mediana complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
ESE HOSPITAL INMACULADA CONCEPCION DE CHIMIHCAGUA	NO APLICA	CRA 8 N 8-83 5280667 Chimichanga	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ E.S.E	NO APLICA	CRA 9 # 20 – 01 5548319 San Martin	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
HOSPITAL SAN JOSE ESE	NO APLICA	CRA 9 No. 2-60 5683072 – 3205414318 La Gloria	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.
ESE HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ	NO APLICA	KR 6 # 6 – 15 5770016 La Paz	Ofrecer diferentes programas en promoción y prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial. Nivel I baja complejidad.	Ruta de Atención Integral en Salud.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL DEL CESAR	NO APLICA	Transversal 18 19-65 5713080 Valledupar	Ofrecer diferentes programas en atención integral para la población niños y adolescentes con derechos, amenazados y/o vulnerados con discapacidad mental y cognitiva.	Ruta de Atención Integral en Salud.

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

El índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) de la población cesarense, en 2018 (último censo DANE), fue de 46,5 Esta situación se concentra, en especial, en la zona rural. De la población del campo, el 62,71% tiene alguna necesidad básica insatisfecha, mientras en las zonas urbanas es el 32%, de acuerdo con el informe de la Gobernación. A pesar de ser un departamento con tradición de vocación agraria, la falta de alimentación es uno de los principales problemas de su gente. Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el 51,8% de los hogares en Cesar no tiene asegurada su alimentación, mientras que a nivel nacional el promedio es de 40%. Esto se refleja en la desnutrición crónica del 15% de los niños de Cesar, cuando el promedio en el país es del 12%.

La pobreza y la desigualdad del departamento se reflejan en los estados de salud y educación, como lo señala el documento de la Gobernación: la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años en el departamento es de 16 por cada 1.000 niños nacidos vivos, mientras 2.230 menores padecen desnutrición. A su vez, el 8,5% de los niños tienen talla y peso bajos para su edad, lo que refleja un retardo en su crecimiento. El promedio nacional de niños con bajo peso es de 10%. La deficiencia en el manejo de la salud se observa también en la cantidad de adolescentes embarazadas (25% de las adolescentes entre 15 y 19 años han sido madres).

Cesar es el departamento con la segunda mayor diversidad étnica y cultural del país. Los pueblos indígenas, que representan el 4,9% del total de la población departamental, atraviesan difíciles situaciones de violencia, discriminación y falta de reconocimiento de su territorio, lo que los pone en condición de vulnerabilidad. La calidad de vida de los pueblos indígenas es inferior a la del promedio de la población cesarense. Mientras el 18,9% de los jóvenes de 15 a 24 años de la zona rural del departamento no saben leer ni escribir, en los indígenas este índice asciende a 32%, según el documento de Objetivos de Desarrollo del Milenio para Cesar. Al igual que las comunidades afrocolombianas, los pueblos indígenas han sufrido las consecuencias de la falta de reconocimiento de su cultura y de su territorio. Los 105.412

afrocolombianos que habitan en el Cesar, representan el 11,9% de la población del departamento, y se encuentran rezagados en su desarrollo. El 64,5% del total de la población afrocesarense se concentra en siete municipios, especialmente en Valledupar (42.379 personas), El Copey (17.309) y Tamalameque (8.883). En el municipio de El Copey los afrocolombianos representan el 71% del total de la población municipal.

Existen barreras institucionales y barreras administrativas Referidas a la descoordinación respecto a las funciones de las entidades territoriales y las del orden nacional derivadas de una asignación de responsabilidades difusas en la ley y la falta de un mecanismo de priorización de las necesidades de ciertos sectores: acceso a servicios de salud, registro de tierras, asistencia humanitaria, vivienda, entre otros. Una subcategoría es la insuficiencia en el presupuesto para la atención, la cual implica una pobre capacidad de ejecución en los entes territoriales.

Uno de las principales limitantes para acceder a los programas, Implica la no suficiencia de recursos económicos de la víctima para costear los costos indirectos que generan los trámites de acceso a la ruta de atención. Si bien, los beneficios a víctimas son totalmente gratuitos, la población que pretende beneficiarse debe cubrir costos de transporte hasta las entidades encargadas de orientarles, así como otros gastos de papelería e incluso alimentación, puesto que la jornada de declaración puede abarcar desde las 8:00 a.m. hasta las 3:00 p.m. o más. De acuerdo con el Auto 219 de 2011, cerca del 47% de los hogares registrados en el RUPD no tienen un ingreso que supere la línea de indigencia y solamente un 5,8% de los hogares registrados en el RUPD posee al menos una fuente de ingresos autónoma. La población desplazada, por lo general, proviene de zonas con poca o nula presencia del Estado o de dinámicas concentradas en lo local-comunitario. Al llegar a la ciudad, su relación con el estado está mediada por estructuras burocráticas consolidadas que responden a lógicas de papeleo y registro de información que estructuran conocimiento y producen rutinas de interacción (Barrera, 2011).

Existen factores asociados a los daños ocasionados por el conflicto que necesariamente, además de poner en una condición visible de necesidad material y psicosocial a las víctimas, generan daños a nivel generando una discapacidad funcional las cuales apuntan a un nuevo significado a la realidad. Los daños generan también una extinción generalizada de lo vivo, poniendo en riesgo su capacidad de supervivencia y en una situación de sensación de inferioridad. Esa sensación de inferioridad la sienten las víctimas al interactuar con los funcionarios, cuando el vigilante del edificio les impide el ingreso, cuando los funcionarios les hacen preguntas o explican algo en términos que no comprenden. En conversaciones informales con las victimas declarantes que se encontraban en la Unidad, salían a relucir frases como “Yo solo quiero que me atiendan como a una persona, ¿no?”. Ese sentimiento de inferioridad que pueden experimentar las víctimas es alimentado por ciertas actitudes de los funcionarios que las infantiliza, lo que limita el intercambio y establece una relación de superioridad: el funcionario protege y ordena, y la víctima es

“cobijada”. (Andrade, 2014).

El gran problema del desplazamiento tiene una complejidad tal que ni los gobiernos municipales, ni los regionales poseen la suficiente capacidad de maniobra para la negociación de políticas de paz o para asumir los programas que exigen cumplir cabalmente con las exigencias de la Corte Constitucional. Ante este oscuro panorama, la esperanza tan solo puede estar cifrada en que se dé un progresivo cambio de actitud frente al «otro», gracias al cual se empiece a renovar la confianza perdida en el prójimo y podamos emprender el proyecto de reconstrucción del espacio público y de construcción del ideal común de sociedad democrática y pluralista.
Existen unas debilidades puntuales que limitan el proceso y se describen a continuación:

- Falta de información y de conocimiento de la ley 1448 e3 2011 por parte de los funcionarios públicos.
- Organización de datos de la población víctima.
- Falta sentido de pertenencia y empoderamientos de líderes de Mesa de Participación Efectiva de Victimas
- Falta de reconocimiento institucional
- Falta de focalización y caracterización de las víctimas para la atención en salud.
- Difusión de rutas de atención a la población victima
- Re victimización de las víctimas por parte de instituciones gubernamentales.

Con todo el análisis descrito anteriormente se puede resumir que en el departamento del Cesar existen muchas barreras de acceso para los servicios en general a las víctimas, partiendo históricamente en la vulneración de los derechos de las poblaciones con enfoque diferencial, donde la lucha de poderes y el poder económico son las principales razones del detonante de la guerra. Las victimas hoy en el departamento se encuentran muy organizadas y empoderadas de los temas de la Ley 1448 de 2011, pero también susceptibles a los cambios de gobiernos y a la voluntad política que está detrás del poder. Hacer las cosas y que le llegue la inversión del gobierno nacional, cabe resaltar que los acuerdos de Paz vislumbran un camino que permitirá derribar todas las barreras que se puedan presentar e impidan la atención a la población víctima, se observa el compromiso del gobierno local y nacional en mejorar las condiciones de la población víctima, esto en la medida que cada vez se observa la inversión social para mejorar la calidad de vida de los habitantes del departamento del Cesar

Adicionalmente existen riesgos de salud por causa de la COVID-19 en el territorio, particularmente, para comunidades confinadas o desplazadas, quienes son víctimas de estigma y discriminación por casos confirmados, sospechoso, por vinculación con personal de salud. También riesgos de salud para excombatientes en los antiguos espacios territoriales de capacitación y reincorporación, donde comparten áreas comunes y puede haber una posible

estigmatización por considerarse un foco de transmisión para comunidades aledaña y el limitado acceso a agua y productos de higiene por las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad (refugiados, población confinada, desplazada y en extrema pobreza, comunidades étnicas, comunidades rurales aisladas), lo cual puede limitar los esfuerzos de prevención de la propagación del virus y control de infecciones.

7. Estado de emergencia sanitaria por Covid 19

Mediante decreto 000080 del 13 marzo de 2020, el Gobierno de Luis Alberto Monsalvo declaró emergencia sanitaria en el Departamento del Cesar y se adoptó medidas de preparación, contención y mitigación del riesgo causada por el coronavirus (COVID-19).

En el marco de la declaratoria, se instala de manera permanente un puesto de mando unificado para el monitoreo en tiempo real, relacionado con la prevención y contención del COVID19, ubicado en el Centro de Regulación de Urgencias y Emergencias – CRUE. También se ordena a las diferentes sectoriales adoptar el Plan de Acción Departamental para la atención del estado de emergencia sanitaria por efectos del coronavirus (COVID-19.
Mediante el decreto se ordena a las alcaldías municipales que apliquen el Código Nacional de Policía y Convivencia Ciudadana y expidan los actos administrativos a que haya lugar, para evitar reuniones, aglomeraciones, actividades económicas, sociales, cívicas, religiosas, deportivas, políticas, entre otras.

La Gobernación del Cesar y la Alcaldía de Valledupar presentaron el Equipo de Respuesta Inmediata, ERIC, que se divide en tres áreas: Comunicaciones, que ha dispuesto las líneas telefónicas 3106332291 y 3205653159 para que la ciudadanía pueda entrar en contacto con profesionales y conozca las rutas de atención, el grupo de Respuesta Inmediata Móvil que cuenta con una ambulancia equipada y el grupo de Vigilancia Epidemiológica que se encargará de hacer las visitas y el seguimiento a los casos sospechosos.
“El ERIC está liderado por el CRUE, de este grupo esperamos recibir la información pertinente de personas que puedan presentar síntomas primarios del COVID y así a través de ellos poder identificar y tratar algún caso en forma adecuada y oportuna”. Puntualizó el Gobernador.
El grupo de Vigilancia Epidemiológica del ERIC está integrado por 30 personas de ambas instituciones entre los que se encuentran profesionales de salud especializados en epidemiología, pediatras ginecólogos, internistas, y personal técnico.

Siguiendo las directrices y los protocolos impartidos desde el ministerio de salud, la secretaria de salud del cesar, da a conocer la ruta y la red de atención para pacientes COVID-19 a través de la cual los prestadores de servicio de

salud adoptan los lineamientos para la detección y manejo de casos de COVID-19

Con esta ruta se establecen los lineamientos y el paso a paso que se debe realizar, según sea el caso, para definir la Atención de pacientes probables caso COVID-19 y la red de atención al cual sea remitido según sea su condición clínica.

La región sigue en alerta roja hospitalaria, la **colegiatura de Médicos del Cesar** hizo un nuevo llamado a las autoridades para que contemplen la posibilidad de regresar a una cuarentena estricta, que permita **frenar los contagios por el Covid-19.** Según los médicos del departamento, cada vez son más los pacientes que requieren de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), por eso, **les preocupa que colapse la atención,** toda vez que la ocupación alcanza el 75%, con 141 camas que, al día de hoy, ocupan pacientes con diferentes enfermedades.

Cabe destacar que el 6% de los pacientes que tienen el Covid-19 y que **ocupan esas Unidades de Cuidados Intensivo**, provienen de otros departamentos como La Guajira y Magdalena, por eso, el llamado es también para los mandatarios de esos territorios, para que, en conjunto, ayuden a mitigar la propagación del virus y así disminuir la atención de pacientes críticos en el Cesar, que es el departamento que cuenta con más centros hospitalarios para la atención de la pandemia.

Con el fin de reforzar las medidas económicas y sociales, en el marco de la declaratoria del Estado de Emergencia, se destinaron recursos, ayudas y donaciones de los diferentes programas de entidades de gobierno al departamento de Cesar, con el fin de cubrir la población más vulnerable.

La campaña `Ayudar nos hace bien´ liderada por la Primera dama, María Juliana Ruiz, que cuenta con el apoyo de la consejera para las regiones, Karen Abudinen, iNNpulsa y la empresa privada, ha logrado en tiempo record recolectar más 500.000 mercados de la canasta básica en todo el país, de los cuales se destinaron para el departamento de Cesar 20.259, que busca mitigar en parte esta emergencia social que afronta todo el territorio a causa de COVID-19.

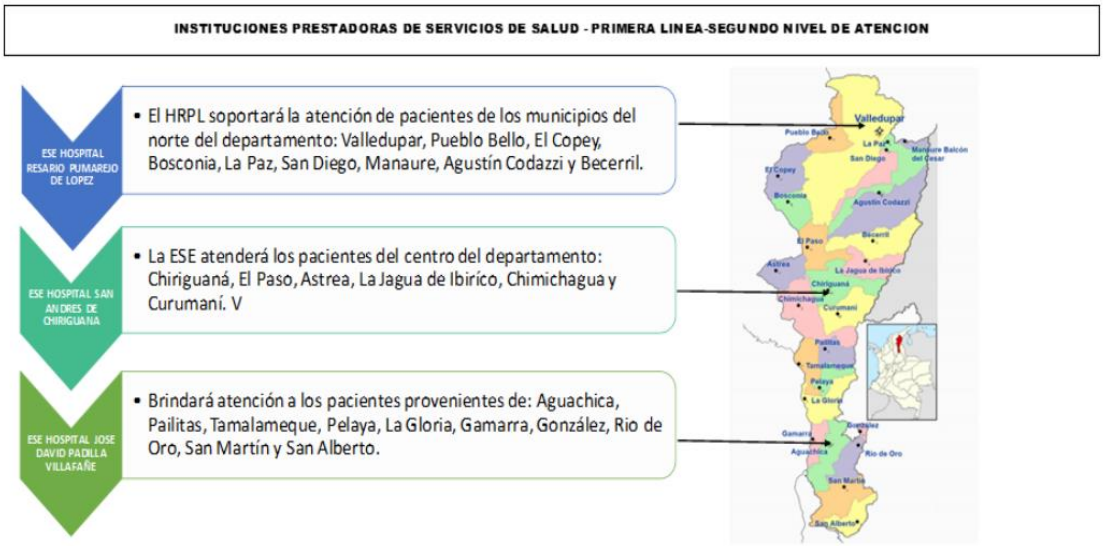
El Departamento para la Prosperidad Social (DPS), está llegando a la población que más lo necesita con dos programas sociales ya existentes como Familias en Acción (107.095 Beneficiarios) y Jóvenes en Acción (12.075 Beneficiarios) y la devolución del IVA que es la primera vez en la historia del país que un Gobierno corrige esta injusticia social, para que los pobres paguen menos que los estratos altos por impuestos a la canasta básica familiar (35.139 Beneficiarios).

A través del Ministerio de Salud y Protección social, al departamento de Cesar se le están entregando 52 ventiladores y monitores para atender la

emergencia, así como 41.469 elementos para protección del personal que trabaja en procedimientos relacionados con el cuidado de la salud tales como: máscaras de alta eficiencia N95/FPP2, mascarillas quirúrgicas, batas, careta de protección facial y guantes desechables.

Con la visita del Ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz Gómez, Analizando toda la situación que se viene presentando por COVID19 en el departamento del Cesar, y en particular en los municipios de mayor afectación, en el caso de Valledupar, Estamos seguros que con las acciones que venimos implementando, y todo el acompañamiento que nos van a brindar desde el Gobierno Nacional, sumado al compromiso de cada uno de los cesarenses con respecto al autocuidado y la disciplina social, vamos a lograr disminuir la velocidad de contagio, y vamos a mitigar el impacto del coronavirus, evitando que más personas fallezcan o lleguen a unidades de cuidados intensivos", afirmó el Gobernador (e), Wilson Solano.

Con respecto al apoyo que recibirá el departamento por parte del Ministerio, el INS y la Supersalud, se precisó la entrega, en los próximos días, de un robot de extracción automatizada que enviará el Instituto Nacional de Salud al Laboratorio de Salud Pública del Cesar, así como la entrega de elementos de protección personal para el recurso humano que allí labora. las mesas de trabajo que realizarán de la mano de la Supersalud, con las EPS, para que se integren efectivamente a la estrategia PRASS y cumplan con lo que les corresponde en esta respuesta a la pandemia, y la realización de una estrategia fuerte de comunicación del riesgo y cultura ciudadana, especialmente en sectores populares, para generar conciencia del autocuidado y la prevención



RED DE ATENCION I NIVEL COVID-19 DEPARTAMENTO DEL CESAR

MUNICIPIO	RED DE ATENCION MUNICIPIOS
AGUACHICA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE AGUACHICA JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE
AGUACHICA	ESE HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA
AGUSTÍN CODAZZI	E.S.E HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
ASTREA	ESE HOSPITAL SAN MARTIN
BECERRIL	ESE HOSPITAL SAN JOSE
BOSCONIA	HOSPITAL SAN JUAN BOSCO E.S.E
CHIMICHAGUA	ESE HOSPITAL INMACULADA CONCEPCION DE CHIMIHCAGUA
CHIRIGUANÁ	HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES DE CHIRIGUANA
CURUMANÍ	ESE HOSPITAL LOCAL CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES
EL COPEY	HOSPITAL SAN ROQUE ESE
EL PASO	HOSPITAL HERNANDO QUINTERO BLANCO E.S.E
GAMARRA	ESE HOSPITAL OLAYA HERRERA
GONZÁLEZ	ESE HOSPITAL SAN JUAN CRISOSTOMO
LA GLORIA	HOSPITAL SAN JOSE ESE
LA JAGUA DE IBIRICO	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES
LA PAZ	ESE HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ
MANAURE	ESE HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS
PAILITAS	HOSPITAL HELI MORENO BLANCO E.S.E
PELAYA	ESE HOSPITAL FRANCISCO CANOSSA
PUEBLO BELLO	ESE HOSPITAL CAMILO VILLAZON PUMAREJO
RÍO DE ORO	ESE HOSPITAL LOCAL DE RIO DE ORO
SAN ALBERTO	ESE HOSPITAL LOCAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA
SAN DIEGO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL SOCORRO
SAN MARTÍN	HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ E.S.E
TAMALAMEQUE	ESE HOSPITAL TAMALAMEQUE
VALLEDUPAR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA - SEDE LA NEVADA
VALLEDUPAR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA - SEDE SAN MARTIN
VALLEDUPAR	HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Referencias:

- https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos
- http://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis
- Defensoría del Pueblo. Informe de Riesgo de Inminencia. (2017) [en línea] disponible en http://www.verdadabierta.com/documentos/victimas-1/defensores-de-derechos.../1461--72

- Departamento Administrativo Nacional de Estadistica - DANE. (2018). *Censo General .* Colombia: DANE.

- Departamento Nacional de Estadística - DANE. (2018). *Proyecciones y series de.* Colombia: DANE.

- Departamento Nacional de Estadística. Censo General Colombia; 2018. Colombia.
- Congreso de la República. Ley 1448 de 2011. Colombia.

- Diagnostico Departamental Cesar. Recuperado de: http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_2173.pdf

- Dinámica reciente de la guerra. Ver en revista arcanos: ¿en qué está la guerra? corporación nuevo arcoíris. Diciembre de 2008. pág. 20 Ávila Martínez, Ariel
- Documento PAT territorial departamento El Cesara-2016-Gobernacion del Cauca.
- Generalidades del departamento del cesa En: prevencionviolencia.univalle.edu.co/observatorios/**cesar**/.../archivos/perfil_**cesar**.pdf

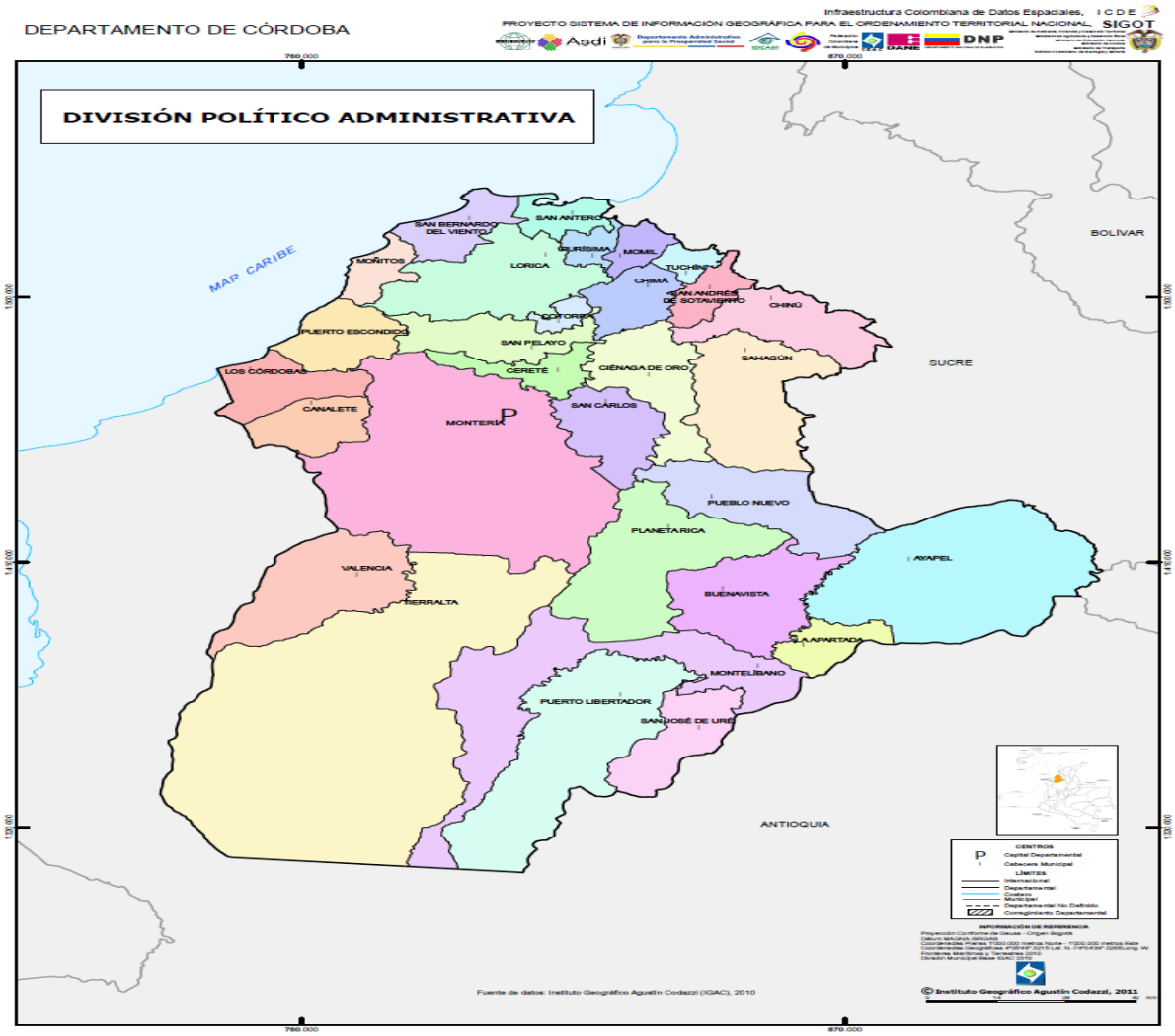
- Gerencia de Afrodescendientes. (07 de 06 de 2017). Obtenido de www.antioquia.gov.co: http://antioquia.gov.co/index.php/gerencia-afrodescendientes

- Gobernación de Cesar. Plan de desarrollo Cesar 2016-2019. Diagnostico población víctima del conflicto armado departamento de Cundinamarca-Anexo 5. Cundinamarca, Colombia.

- Gobernación de Cesar. (junio de 2017). *Gobernación* http://cesar.gov.co/index.php/urab%C3%A1

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE: CORDOBA



Contenido

1. Introducción

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el municipio.

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima.

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. (Niños, niñas y adolescentes, jóvenes, adultos mayores, mujeres, hombres e identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, población étnica (gitanos y afrodescendientes), personas con discapacidad).

7. Estado de emergencia sanitaria por COVID 19

1. Introducción

La Fundación Forjando Futuros en convenio suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social, está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) en la Región 1 conformada por los departamentos de Cesar, Bolívar, Sucre, Córdoba, Magdalena, La Guajira, Atlántico, Norte de Santander, Arauca, Guainía y Vichada. En el Departamento de Córdoba para la atención psicosocial a través del PAPSIVI, se priorizaron seis (6) municipios del Departamento: Montería, Montelíbano, Plantea Rica, Puerto Libertador, Tierralta y Valencia, en tal sentido para el presente documento se hará principal énfasis en estos Seis Municipios.

En este marco los equipos territoriales del Departamento de Córdoba y el equipo Coordinador Nacional del Convenio actualizan este documento durante el mes de septiembre del 2020, de acuerdo a las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Este documento contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial, la oferta institucional y rutas de atención y el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales evidenciadas para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, en el departamento de Córdoba.

Para la recolección de información se utilizaron fuentes primarias y secundarias que alimentan la construcción del documento. Este documento se analiza en un periodo temporal ubicado desde el año 2002 hasta el año 2020, para lo cual se acude a registros de prensa escrita, artículos académicos, y diálogos con servidores públicos, líderes y lideresas que trabajan en defensa de los DDHH de las Víctimas en su proceso de Reparación Integral. Las fuentes secundarias consultadas son: Plan de Desarrollo Departamental de Córdoba 2020- 2023, el informe de Sala Situacional de la Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia, se destaca que una fuente importante de este documento es el Análisis de contexto realizado por la Corporación Infancia y Desarrollo y el MSPS en el marco de la reparación en salud a víctimas beneficiarias de las 9 sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 2020.

Geográficamente, el departamento de Córdoba se localiza en la parte noroccidental de Colombia sobre la extensa llanura del Caribe (132.000 km²). El departamento de Córdoba políticamente está conformada en 30 municipios, dividida en 6 subregiones de acuerdo con la Ordenanza No 10 del 13 de noviembre de 1990, quedando de la siguiente manera: Bajo Sinú (Lorica, Momil, Chimá, Purísima, Cotorra); Sinú Medio (Montería, Cereté, San Pelayo, San Carlos y Ciénaga de Oro); Sabanas (Chimú, Sahagún, San Andrés de Sotavento y Tuchín); San Jorge (Pueblo Nuevo, Planeta Rica, Buenavista, Ayapel, Montelíbano, Puerto Libertador, La Apartada y San José de Uré); Costa (Puerto Escondido, San Antero, Moñitos, San Bernardo del Viento, Los Córdobas y Canalete), Alto Sinú (Tierralta y Valencia).

La estrategia de atención psicosocial a través del PAPSIVI, se ejecuta en el Departamento de Córdoba desde el año 2013, iniciando con 10 Municipios y a partir

del año 2014 se ha ampliado su ejecución a los 30 Municipios del Departamento, lo que ha permitido que se obtengan logros importantes en materia de reparación a las víctimas de lo que la medida de rehabilitación concierne.
Es importante resaltar que para el año 2019 el programa PAPSIVI fue implementado en el Departamento Córdoba por parte del Ministerio de Salud y protección social en convenio con la UT Cedavida Apoyar, donde hizo presencia en 6 Municipios a nivel departamental durante esta vigencia se atendieron a 39.356 víctimas del conflicto armado en las modalidades individual, individual grupal, familiar y comunitaria.

En el Departamento de Córdoba han hecho presencia varias organizaciones quienes han brindado atención con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado en el marco de la atención humanitaria. Algunas de las organizaciones que han ofrecido este tipo de atención han sido Pastoral Social, International Relief & Developmen, Global Communities, Programa ANDA, la Organización Internacional para las Migraciones y el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas-PAPSIVI.
Entre los logros más destacados en vigencias anteriores se puede resaltar la orientación en las rutas de atención psicosocial y en salud, orientación frente a las rutas de servicios territoriales, los conocimientos básicos de la ley 1448 de 2011, así mismo se han brindado espacios de intervención tanto individual, grupal como familiar a fin de mitigar el dolor y el sufrimiento vivido, por medio de la aplicación de estrategias u herramientas propias para un proceso de intervención satisfactorio, generando mayor aceptación y acogida por parte de la población víctima.

También se destaca la articulación con cada una de las entidades territoriales como Secretaria de Salud, Mesa Municipal de Victimas, Unidad de Victimas, Enlace de Victimas, Secretaria de Educación, Familias en Acción, Eps, Ips, ICBF, Comisaria de Familia, Policía Nacional, entre otras entidades que hacen parte del SNARIV.

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio.

De manera resumida la presencia de grupos guerrilleros, autodefensas y bandas criminales en Córdoba se define por los siguientes hitos:

- *Enfrentamiento liberal-conservador* **(1949-1959)** en Montería, Tierralta (incluyendo Saiza), Canalete, Montelíbano, Puerto Libertador, San Carlos, Chimá, Ayapel.
- *Expansión terrateniente* **(1960-1966)** en Montelíbano y Puerto Libertador.
- *Surgimiento desmovilización y frustración de la guerrilla de izquierda* **(1967 en adelante)** en el alto Sinú (Tierralta, Valencia), San Jorge (Puerto Libertador, Montelíbano, Ayapel, Planeta Rica, Buenavista, Pueblo Nuevo), Urabá cordobés (Canalete, Montería) y Sabanas (Chimú y San Andrés de Sotavento).
- *Presencia del narcotráfico y formación de grupos armados privados.* **(1980-1994)** en Montelíbano, Buenavista, Cereté, Canalete, Ayapel, Montería, Valencia, Tierralta.

- *Surgimiento y fortalecimiento de la contrainsurgencia privada* ligada con el narcotráfico y la dirigencia política **(1994-2003),** en la mayoría de los municipios.
- *Proceso de negociación del Gobierno con las Autodefensas Unidas de Colombia* **(2003-2006)** y la posdesmovilización **(2006- en adelante).**

En el Departamento de Córdoba el conflicto armado inició desde los años **1950** hasta nuestros días, es una región por donde los grupos armados han crecido en forma vertiginosa por la ausencia del estado y por su estratégica ubicación geográfica. Los grupos al margen de la ley que han hecho presencia en el departamento son las Fuerzas Armadas Revolucionarias-FARC, las Autodefensas Unidas de Colombia-AUC grupo con fuerte presencia en el Sinú y San Jorge. Sumado a lo anterior también operan las denominadas Bandas Criminales BACRIM, su accionar delictivo se resume en abigeato, secuestro y extorsión, homicidios, desplazamiento forzoso, masacres, desaparición forzada, entre otras.

En Córdoba confluyeron diversos grupos armados ilegales (GAI), en diferentes momentos de su historia e, incluso, fue el espacio propicio para el surgimiento de los paramilitares como organización. Desde la década de 1970 hizo presencia el Ejército Popular de Liberación (EPL), que se ubicó en límites entre Antioquia y Córdoba, entró en relación con movimientos sindicales y estudiantiles, y alcanzó un gran dominio (predominante en la década de 1960 y parte de la de 1970) en el departamento producto del conflicto social generado por el despojo de tierras que sufrieron los campesinos de la época. Esta guerrilla continúo en el departamento hasta su desmovilización en la década de 1990.

El Ejército de Liberación Nacional-ELN, durante la década de los 90, también hizo presencia en el Departamento con el frente Astolfo González, ubicándose hacia la zona del Alto Sinú. Esta guerrilla, no fue de las guerrillas más fuertes de Córdoba, puesto que en él confluyeron otros grupos armados ilegales de mayor poder.

Con el ingreso de las FARC a Córdoba, el dominio territorial que tenía el EPL disminuyó, pues las primeras, que ingresaron al departamento en la década de **1970**, se ubicaron en las zonas conocidas como Alto Sinú (municipios de Tierralta y Valencia) y Alto San Jorge (Montelíbano), en las que ya había estado asentado el EPL. Esta guerrilla se vio diezmada por las Farc, que en la década de **1990** se consolidó en el departamento a través de la presencia de los frentes 18, 36 y 58.

En los últimos años las Farc "actúan a través del bloque Noroccidental y de cuatro frentes principalmente: el frente 5, que tiene presencia en Tierralta, ríos Esmeralda y Verde; el frente 18, que hace presencia en área de Tierralta río San Jorge y Llanos del Tigre; el frente 36 en Puerto Libertador, Montelíbano y riberas de los ríos San Jorge y Río Sucio, el frente 58, que delinque en Tierralta, riberas del río Esmeralda, en Batatas, la Resbalosa, Río Verde, Guadual, Alto Joaquín, en el suroeste del municipio de Tierralta. Adicionalmente, tiene presencia la columna móvil Mario Vélez, actuando sobre las riberas de los ríos Sinú y Esmeralda al sur de Tierralta y la compañía Manuel

Cepeda Vargas, en el sector del Achote, comunidad indígena de Pita y en el río Esmeralda, también en Tierralta.

Actualmente esta guerrilla ha logrado retomar parte del Nudo de Paramillo, tras la desmovilización de las AUC y al parecer apoyados en algunos acuerdos de no agresión con las llamadas bandas emergentes, pues se han distribuido el territorio de tal manera que todos puedan obtener provecho de los cultivos ilícitos y, en general, del narcotráfico de la región Finalmente.

En cuanto a los paramilitares, éstos surgieron durante los años 80 y se consolidaron durante los años 90 en el Departamento; tomando inicialmente el término de autodefensas que "se refiere a las agrupaciones organizadas para defenderse de un agresor y mantener el control de un territorio, sin pretensiones de expansión del grupo." ya que la economía más fuerte era la ganadería, la gran cantidad de hacendados y ganaderos del departamento sintieron que las guerrillas eran una amenaza de la cual debían defenderse. Sus inicios se remontan a la década de **1980**, cuando Fidel Castaño se hiciera reconocer entre la población por su grupo armado "Los Tangueros." Progresivamente se consolidaron en Autodefensas Campesinas de Córdoba y Urabá (ACCU) y fueron tomando un carácter más paramilitar con "operaciones de limpieza política y consolidación militar". Es así como "las ACCU fueron inicialmente financiadas por Fidel Castaño, pero recibieron apoyo político y contribuciones de los ganaderos de Córdoba"[1]

Los hermanos Castaño Gil fueron los encargados de dar comienzo al desarrollo Político y militar de los grupos de autodefensa, "los temidos jefes paramilitares Fidel Castaño, Carlos y Vicente Castaño Gil, llegaron al Alto Sinú a mediados de la década de **1980**, donde fundaron las Autodefensas Campesinas de Córdoba y Urabá. Carlos Castaño recordaba de la siguiente forma su llegada a la región "necesitábamos una zona equidistante, un eje en donde nuestra autodefensa pudiera expandirse. Aspirábamos a tener salida al mar y frontera con los departamentos de Córdoba, Antioquia y Chocó, definimos la nueva zona donde nacer, en el Alto Sinú existía guerrilla hasta llegar a Montería, pero estar cerca de la capital del departamento de Córdoba, conlleva sus ventajas. Nos ofrecía extensiones de tierra abandonadas, a buenos precios, y, sobre todo, fértiles"[2]

Los grupos de Autodefensa consolidaron en este Departamento una de sus áreas fuertes de influencia a Nivel Nacional. Sus acciones se desplegaron a través de cuatro bloques. El Bloque Córdoba, con Salvatore Mancuso como líder en todo el Departamento, el bloque Héroes de Tolová, dirigido por Diego Murillo alias Don Berna con centro de acción en Valencia, el bloque Mineros, al mando de alias Cuco Vanoy actuando en Puerto Libertador, Montelíbano, La Apartada y Ayapel, y el bloque Elmer Cárdenas,

1 Romero, Mauricio. 2003 Paramilitares y autodefensas, 1982-2003. Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales, IEPRI y Editorial Planeta Colombiana, S.A., p. 38.

2 Ibíd.

coordinado por alias el alemán actuando en los Municipios de Canalete, Los Córdobas, Arboletes y San Juan de Urabá.

El accionar de estos grupos generó una situación de desconocimiento y violación de los Derechos Humanos en el Departamento en cuanto a tendencias del Homicidio, masacre, secuestro, desplazamiento forzado y uso de minas antipersonal. La ubicación geográfica del departamento es de especial relevancia, la zona del Nudo Del Paramillo que ha vivido al ritmo de las constantes luchas territoriales entre los grupos insurgentes FARC, ELN, ERP, EPL, de la Autodefensas (ACCU y AUC) las BACRIM conocidas como los Traquetos, los Vencedores de San Jorge, y últimamente con asentamiento la Banda de Don Mario.

Respecto de las masacres perpetradas en Córdoba por grupos al margen de la ley, se referencian las siguientes por parte del Observatorio del Delito del departamento de Córdoba

Masacre	N° de personas víctimas	año
Buenavista en el Caserío Mejor Esquina	27 personas	
Vereda del el Tomate	15 personas	1988
Saiza (Tierralta)	13 personas	1999
Naín (Tierralta)	11 personas	2000
Chimú	4 personas	2003
Tierradentro (Montelíbano)	20 personas	2006
Los Córdoba	4 personas	2006
Montelíbano comunidad Zenú	4 personas	2010
Planeta Rica	4 personas	2012

Fuentes: Observatorio del Delito Gobernación de Córdoba.

En Córdoba, se han llevado a cabo iniciativas de paz en torno al post acuerdo, lideradas por el Gobierno Nacional a través de la Alta Consejería para el Posconflicto y apoyadas por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En primer lugar, está “Manos a la Paz”, orientada a fortalecer las capacidades de construcción de paz de los territorios, vinculando a ciudadanos y ciudadanas comprometidos con el desarrollo del país. En segundo lugar, se desarrolla el proyecto Diálogos y capacidades para la construcción de paz, que también busca fortalecer las capacidades de los territorios. Por otra parte, como una apuesta por la construcción social y territorial de paz y con el fin de establecer una hoja de ruta hasta el año 2030, la Universidad de Córdoba impulsó el Plan Paz Córdoba, cuyos ejes son el mejoramiento del acceso a la educación superior, la lucha contra la pobreza, la optimización del uso de la tierra y la seguridad alimentaria. (Citado por Corporación Infancia y Desarrollo (2019).

Según datos del Registro Único de Víctimas (RUV), durante el 2019 se recibieron 2.546 declaraciones por diferentes hechos victimizantes, de los cuales 2.337 corresponden a desplazamiento forzado en 6 eventos masivos; enfrentamientos entre grupos armados ilegales, amenazas, homicidios selectivos y otros ataques contra la población civil, han sido las principales causas de los desplazamientos. En la región son comunes los desplazamientos interveredales e individuales, tanto en comunidades

campesinas como en las comunidades indígenas zenúes y Emberá Katíos; por lo cual en la mayoría de los casos no se denuncian por temor a represalias de los grupos armados, situación que invisibiliza estos hechos.

Por otro lado las autoridades locales han manifestado que tienen una capacidad débil para brindar una atención inmediata en caso de presentarse una emergencia; igualmente, las autoridades de los municipios de Tierralta, Montelíbano y Puerto Libertador (sur de Córdoba) han manifestado que existen limitaciones de acceso a las instituciones del Estado por el entorno físico, los recursos limitados y las condiciones de seguridad, lo cual no permite brindar garantías de seguridad ni condiciones adecuadas para el retorno. Todos los municipios del sur de Córdoba se mantienen en alerta ante posibles nuevos desplazamientos, motivados por los constantes combates entre las autodenominadas Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC) y los Caparrapos.

Otro riesgo de desplazamiento está asociado al desalojo por parte de empresa Minerales de Córdoba a la comunidad "Minas el Alacrán" en el municipio de Puerto Libertador; esta comunidad actualmente cuenta con el título para la exploración de la mina, poniéndola en una situación de vulnerabilidad debido a que, las mesas de concertación no han arrojado acuerdos entre las partes de esta conflictividad. La Defensoría del Pueblo, a través del Sistema de Alertas Tempranas advirtió el riesgo para la población civil de los municipios de Tierralta, Montelíbano, Puerto Libertador y San José de Uré. Bajo este contexto se cree que están en riesgo más de 26.000 personas entre campesinos e indígenas de las poblaciones mencionadas quienes han visto una intensificación en el actuar de los grupos armados quienes según estas alertas, las organizaciones criminales actúan con mayor crueldad a través de ejecuciones públicas, decapitaciones y torturas, quema de viviendas y ordenes de desplazamiento.

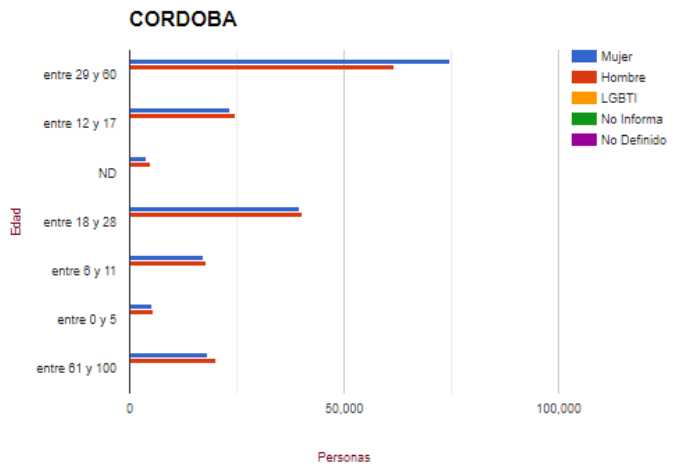
De acuerdo con información del Sistema de Alertas Tempranas (SAT) en el año 2019 de la Defensoría del Pueblo, en algunos municipios del sur de Córdoba, especialmente Puerto Libertador, Montelíbano, Tierralta y Valencia (Sur de Córdoba), los GAO reclutan y utilizan a niños, niñas y adolescentes (NNA), e incurren en el delito de trata de personas. Este último fenómeno es difícil de cuantificar, pues no existen estadísticas oficiales; existe un subregistro por la falta de denuncia y casi siempre se manifiesta cuando los NNA se desvinculan de los grupos armados. En el departamento existen otros factores estructurales que propician esta problemática y requieren atención en términos de protección: las dificultades para ingresar permanecer en el sistema educativo y la ausencia y /o baja permanencia de profesores limitan el acceso a servicios y oportunidades laborales y generan una mayor participación en el trabajo en las economías ilícitas a temprana edad, como apoyo para el sustento de cada núcleo familiar. Las comunidades de sur de Córdoba, padres, madres y cuidadores y los mismos NNA manifiestan el alto riesgo y el aumento de uso y utilización de estos por parte de grupos armados. También se reconoce como problemática adicional contra este grupo poblacional el alto consumo de sustancias psicoactivas.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el municipio.

Respecto de la población víctima del conflicto armado en el Departamento de Córdoba, de acuerdo a los datos de la Red Nacional de Información con corte al 01 de enero del año 2020 se encuentran 182.219 mujeres y 175.220 hombres, como a continuación se ilustra disgregándolo por ciclo vital. Se identifica que el mayor número de mujeres se encuentra entre el rango de edad de 29 a 60 años, así como el mayor número de hombres se encuentran en este rango de edad.

GENERO	PERSONAS
Mujer	182.219
Hombre	175.220
LGBTI	185
Intersexual	28
No Informa	3

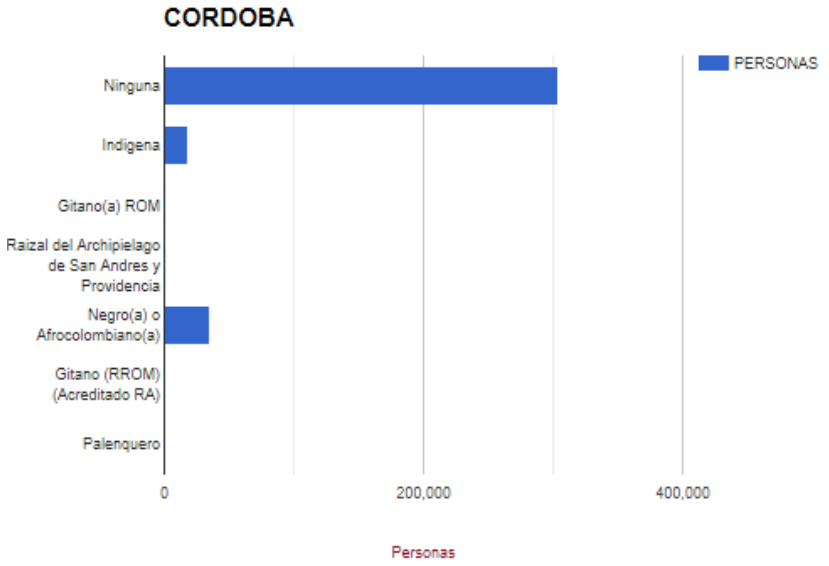
Edad actual	Mujer	Hombre	LGBTI	No Informa	No Definido
entre 29 y 60	74.581	61.783	84		
entre 12 y 17	23.300	24.697	12		
ND	3.860	4.915	1	2	
entre 18 y 28	39.732	40.339	57		
entre 6 y 11	17.113	18.003	23		
entre 0 y 5	5.295	5.500	1	1	
entre 61 y 100	18.338	19.983	7		



Fuente: Registro Nacional de Información, https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Victimizaciones

La población víctima del conflicto armado del departamento de Córdoba, que pertenece a grupos de especial protección, entre ellos las comunidades étnicas se visualiza a continuación, destacando que la comunidad afrodescendiente (35.465) es la que tiene mayor presencia en el territorio, seguida de la comunidad indígena (17.788).

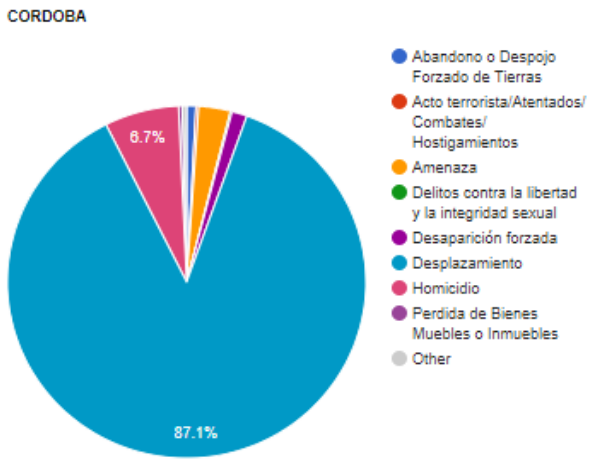
ETNIA	PERSONAS
Ninguna	303.609
Indigena	17.788
Gitano(a) ROM	275
Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia	434
Negro(a) o Afrocolombiano(a)	35.465
Gitano (RROM) (Acreditado RA)	32
Palenquero	52



Fuente: Registro Nacional de Información, https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Victimizaciones

Respecto de los hechos victimizantes sufridos por las comunidades en el departamento de Córdoba, se encuentra que el desplazamiento (332.859) es el hecho que se presentó con mayor ocurrencia, como a continuación se ilustra y el de menor ocurrencia tortura (120)

HECHO	PERSONAS
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	3.177
Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos	951
Amenaza	10.894
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	580
Desaparición forzada	5.245
Desplazamiento	332.859
Homicidio	25.610
Lesiones Personales Fisicas	146
Lesiones Personales Psicologicas	169
Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo	276
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	1.241
Secuestro	519
Sin informacion	243
Tortura	120
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes	58



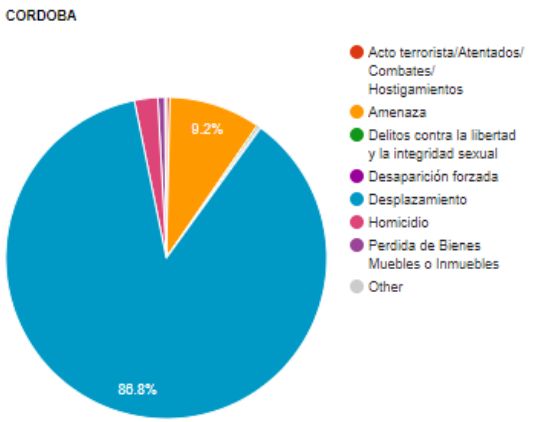
Fuente: Registro Nacional de Información, https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Victimizaciones

De acuerdo al documento Análisis del contexto respecto de la Medida de Reparación en Salud a víctimas beneficiarias de las 9 sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en Córdoba se refiere que "Las explotaciones legales se realizan a través de las empresas CERROMATOSO (Níquel), en Montelíbano y de CARBONES DEL CARIBE S.A. (Carbón) en Puerto Libertador. Mayoritariamente la explotación de oro (San José de Uré, Ayapel, Puerto Libertador, Montelíbano) se hace de manera ilegal, al igual que la explotación de otros recursos como el caucho y la madera, es importante tener en cuenta estos factores que inciden en la generación de hechos

violentos, tales como desplazamientos, homicidios, explotación sexual, entre otros, aumentando de esta manera la población víctima en el país."

Frente a personas o comunidades reconocidas en órdenes y sentencias judiciales en Córdoba se encuentra lo ilustrado a continuación, evidenciando que el mayor número de personas por hecho victimizante, corresponde al desplazamiento (49.834) y el menor número de personas son de los hechos de lesiones personales psicológicas (2).

HECHO	PERSONAS
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	15
Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos	209
Amenaza	5.300
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	131
Desaparición forzada	97
Desplazamiento	49.834
Homicidio	1.348
Lesiones Personales Fisicas	23
Lesiones Personales Psicologicas	2
Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo	7
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	400
Secuestro	13
Sin informacion	13
Tortura	10
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes	6



Fuente: Registro Nacional de Información, https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Victimizaciones

Según el Registro Nacional de Información, actualizado a fecha 1º. De enero de 2020; El desplazamiento forzado es el hecho victimizante de mayor ocurrencia. La tenencia y concentración de la tierra en Córdoba siempre ha sido un factor de conflicto en el Departamento, pues ha originado luchas que dieron origen a manifestaciones de intento de reforma agraria violentas y no violentas en la región. Sin embargo, actualmente según el Instituto IGAC-Agustín Codazzi, EL 71% de los predios de Córdoba menores de 20 hectáreas ocupan el 15.7 de la superficie, mientras que el 4.5% de los predios

mayores de 100 hectáreas ocupan el 51% de la superficie. Asimismo, el INCORA, en los 40 años que funcionó en Córdoba, (1963-2003) tituló 387.391 hectáreas de baldíos y adjudicó 134.174 hectáreas por otras modalidades, de los cuales cerca del 40% de estas tierras habían sido apropiadas de manera irregular y forzada; el INCODER por su parte recibió del INCORA 2.948 solicitudes de familias desplazadas aspirantes a subsidios de tierras, de las cuales 969 (32.8%) dejaron abandonadas 38.738 hectáreas tanto en Córdoba, como en el Urabá antioqueño y chocoano; en el INCODER reposan 141 solicitudes de campesinos y pequeños propietarios que pidieron protección para 4.338 hectáreas que poseen en distintos lugares del departamento. [3]

Córdoba es uno de los departamentos con mayores experiencias en reubicaciones de población desplazada. Entre **1997** y finales de 2001, el INCORA había adquirido seis predios en Montería, Valencia y Montelíbano., con un área de 2000 hectáreas para 128 familias (proceso de Reubicación de población desplazada por la violencia en predios de municipio de Montería. Víctor Negrete. ACNUR Fundación del Sinú.2002.).[4] Así mismo, durante el **2001 y 2017**, se presentaron algunos casos de retornos masivos de población en Tierralta y de reubicaciones en Montería, Valencia y Montelíbano, Por su parte, en la zona rural de Montería, a partir de la problemática presentada se adquirieron predios para la reubicación de familiar desplazadas en los corregimientos de las Palomas y Nueva Lucia, cuyos predios fueron llamadas el Quindío o Palencú, (61 familias) y los Llantos divididos en la Duda Tomate o Valle encantado 8 para 15 familias de Córdoba, Antioquia, Chocó y Guajira) y la Duda Nuevo Horizonte (para 111 familias de Antioquia, Córdoba y Choco). (Desplazamiento En el sur de Córdoba Víctor Negrete).

En el Departamento de Córdoba reside un total de 1.828.104 personas según DANE Julio de 2020, el 92% se encuentra afiliada al SGSSS y 152.478 habitantes NO se encuentra afiliada a este Sistema representando el 8.0% de los habitantes.

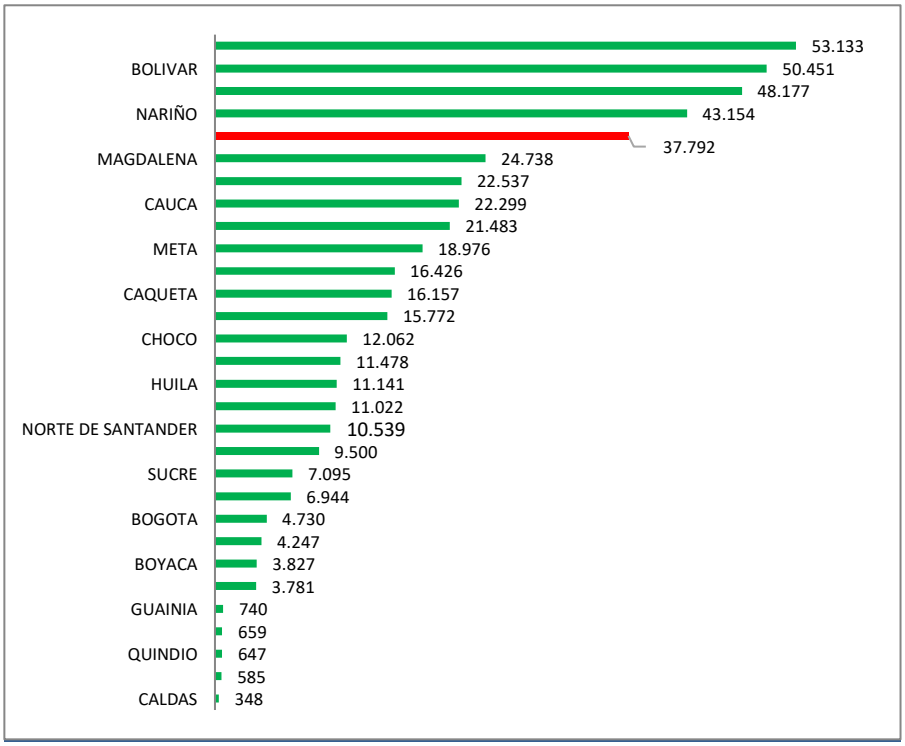
	Nacional			Departamento Córdoba			Municipio Todo		
	diciembre 2018	diciembre 2019	julio 2020	diciembre 2018	diciembre 2019	julio 2020	diciembre 2018	diciembre 2019	julio 2020
Sisbén 1	27.140.038	27.867.556	26.603.855	1.512.535	1.527.327	1.394.956	1.512.535	1.527.327	1.394.956
Sisbén 2	2.787.974	2.920.321	3.633.125	42.661	51.397	106.767	42.661	51.397	106.767
PPNA	525.698	312.696	0	25.774	15.374	0	25.774	15.374	0
Contributivo	22.378.384	22.909.679	22.213.269	294.807	308.780	299.585	294.807	308.780	299.585
Subsidiado	22.658.108	22.808.930	24.396.149	1.315.710	1.311.525	1.335.937	1.315.710	1.311.525	1.335.937
Excepción & Especiales	2.138.117	2.244.341	2.217.332	41.161	39.965	40.104	41.161	39.965	40.104
Afiliados	47.174.609	47.962.950	48.826.750	1.651.678	1.660.270	1.675.626	1.651.678	1.660.270	1.675.626
Población DANE	49.834.240	50.374.478	50.686.723	1.788.507	1.813.854	1.828.104	1.788.507	1.813.854	1.828.104
Cobertura	94,66%	95,21%	96,33%	92,35%	91,53%	91,66%	92,35%	91,53%	91,66%

[3] *IGAC*

[4] *Negrete, Víctor y ACNUR Fundación del Sinú.2002.*

Fuente: www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

En cuanto a la población que ha recibido atención psicosocial en el departamento, se detalla en la siguiente gráfica el número de personas atendidas en el componente de PAPSIVI, según departamento de residencia desde el año 2013 hasta el primer periodo del 2020, evidenciando que en la población del Departamento de Córdoba han sido atendidas 37.792 víctimas del conflicto armado.



Fuente: Aplicativo Ministerio de Salud y Protección Social. Septiembre de 2020

Por otro lado el Departamento de Córdoba estaba ocupado por aborígenes que se dividían en dos familias básicas: la barlovento, denominada caribe, localizada en el área costera, y la de los zenúes, también conocidos como sinúes o Señores del Valle del Sol, asentados en las cuencas de los ríos Sinú y San Jorge, una de las más importantes que habitaron la parte septentrional de Sudamérica.

En la actualidad, en Córdoba existen 3 resguardos indígenas legalmente constituidos, con una población aproximada de 75.000 habitantes, distribuidos así:
Resguardo de San Andrés de Sotavento – Indígenas zenúes
Resguardo Karagabí Alto Sinú – Indígenas Embera
Resguardo de Quebrada Cañaveral Alto San Jorge- Indígenas Embera.
La población indígena en el Departamento de Córdoba asciende a un total de 202.601 de personas, a diferencia que en el año 2005, esta población a tenido un incremento del 34, 1%.

El pueblo indígena Zenú se encuentra ubicado en los resguardos de San Andrés de Sotavento, en el departamento de Córdoba y de El Volao, en Urabá. A su vez, hay varios asentamientos pequeños en Sucre, Antioquia, y Chocó. Sin duda el mayor centro de asentamiento del pueblo Zenú se encuentra en el departamento de Córdoba, en el Resguardo de San Andrés de Sotavento (municipio de Tolú Viejo). Por otra parte, en Sucre tienen presencia en el Resguardo del Alto San Jorge. Así mismo, existen numerosas comunidades que están en proceso de legalización de predios adyacentes al ya mencionado Resguardo de San Andrés de Sotavento. No obstante, las organizaciones locales aseveran números no determinados superiores a los arrojados a través del censo DANE 2019. Además, existe un alto porcentaje de población indígena del pueblo Zenú que se encuentra asentada en áreas urbanas. La región donde habitan los Zenú se caracteriza por ser una zona con relieve de colinas y lomas de terrenos secos y erosionados. La temperatura está entre los 24 y los 30 grados centígrados. En esta región existen dos periodos de invierno, de abril hasta noviembre y de diciembre a marzo. Sin embargo, se pueden presentar lluvias en épocas de verano. Igualmente, se presentan temporadas de sequías que terminan siendo desastrosas para los cultivos, lo que genera grandes pérdidas en las plantaciones de maíz, yuca, ñame, frijol y caña flecha. Esta región se compone también de un sistema hidrográfico compuesto principalmente por los arroyos: Mochá, Mapurincé y Petaca, de los cuales dos desembocan en la Ciénaga Grande y uno en el mar Caribe (Serpa, 2000).

La población Embera Katío está ubicada sobre los ríos Sinú, Esmeralda y Rio verde, con área de influencia en el Nudo de Paramillo del municipio de Tierralta en límites con Antioquia. Como cultura, se asientan en caseríos y se consideran hombres de río a lo largo del cual construyen sus tambos (viviendas), siendo éstos una parte importante de su razón de ser al igual que la tierra, como medio de vida y desarrollo de su cultura. La Asociación de Cabildos indígenas Embera Katío del Alto Sinú está conformada por 16 comunidades agrupadas en seis cabildos, legalmente constituidos desde 2009. Cuenta con aproximadamente 1.200 personas, ubicadas el 70% en zona rural y urbana del municipio, y el 30% en el Resguardo Embera Katío del Alto Sinú. Dentro de la estructura organizativa están jerárquicamente representadas por un Gobernador Local y estos a su vez por un NOKO Mayor (Cacique).

La región del alto San Jorge se ubica en el sur del departamento de Córdoba y abarca los valles de los ríos Sinú y San Jorge, donde se ubican mayoritariamente los asentamientos indígenas y de colonos. El territorio indígena tiene 2.815 hectáreas y se caracteriza por un sistema de serranías y valles medianamente estrechos. Fue constituido resguardo indígena el 19 de febrero de 1985, pero no solo es un territorio colectivo, sino que conserva tierras de propietarios y poseedores individuales, con presencia permanente de colonos desde la década de 1970. Son 15 asentamientos dispersos, con una población estimada de 684 indígenas pertenecientes a 164 familias, conformadas estas por un 49% de mujeres y 51% de hombres, mayoritariamente en edades infantil y juvenil. Muchos de ellos están excluidos del sistema de salud (aprox. 394 indígenas) y carecen de documentos legales (aprox. el 13% de ellos). Están distribuidos así:

a) Sector Ibudó: Comprende las comunidades asentadas en la vereda Tres Playitas o Ibudó: Barranco, Origuiadó y Egorobadó, Soledad o Biduadó, San Felipe y Rogero; este último es un predio campesino por reconocer. Estas comunidades son los lugares

más próximos a los límites del resguardo, habitados por grupos de familias. b) Sector Dochama: Comprende las comunidades de Dochama, Batatado y El Bosque. c) Sector Narindó – Mongaradó: Comprende las comunidades de Mongaradó, Narindó, Candelaria, Nueva Estación y la comunidad Santa Elena. Estas comunidades están compuestas por pocas familias. d) Sector Nejondó – Dopawara: Comprende las comunidades de Nejondó y Dopawará. e) Sector casco urbano y dispersos: Se incluyen aquí las familias que habitan en el casco urbano de los municipios Puerto Libertador, Montelíbano y San José de Uré y en el departamento de Antioquia. También, los indígenas que no se incluyen en los anteriores sectores y cuyas familias recientemente se han desplazado a estos sitios, y los ubicados en Tarazá, Riosucio y Puerto López, en Antioquia, y Río Verde y Tierra Alta, en Córdoba.

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio.

En el año 2016 con el apoyo del profesional de la salud del PAPSIVI y la referente de Víctimas de la Secretaría de Salud Departamental se inició la socialización del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, el cual se empezó a diseñar con la participación de las personas víctimas, enmarcadas dentro de las medidas de asistencia, y rehabilitación que buscan la garantía del derecho de la atención integral en salud física, mental y psicosocial.

En ese mismo año la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) implementó en el Municipio de Montería el proyecto áreas demostrativas, mediante el cual también se realizó el levantamiento de información que fortaleciera la construcción del protocolo.

Para el año 2018 el MSPS es apoyado por OIM, el cual nombran la referente territorial en córdoba para la implementación del protocolo en Salud priorizando los municipios de Montería, Ciénaga de Oro, y Planeta rica, socializando la resolución 1166 del 3 de abril circular 145 del 2018 para incluir el talento humano de las entidades prestadoras de salud, así como las IPS públicas empezando con jornadas de formación a las mismas y mayor empoderamiento de estas entidades e instituciones.

En el año 2019 la referente territorial a cargo de la implementación del protocolo en Salud empezó su articulación con la CID, PAPSIVI, Gobernación de Córdoba, MSPS y Cedavida Apoyar para llevarlo a cabo en los municipios priorizados por cada organización o entidad.

En los tres Municipios priorizados la OIM ha realizado jornadas de capacitación para la implementación del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial con las Mesas de Participación Efectiva de Victimas (MEPV) y seguimiento a las EPS donde se había realizado su implementación y jornada de formación.

En cuanto a la entidad de salud – la EPS con mayor cobertura de personas víctimas en el Departamento de Córdoba, es la Nueva EPS a la fecha actual con la socialización del nuevo protocolo de atención en Salud Integral para las víctimas, la entidad ha realizado

el cruce de bases de datos para identificar el número de afiliados a la misma, este cruce de bases de datos fu realizado con la UARIV vigencia 2020 el cual le permite identificar el número real de víctimas afiliadas, en la entidad al principio tuvieron dificultad para solicitar usuario y contraseña a la UARIV, ya que el proceso fue demorado para el envío del mismo y así acceder al RUV , las demás Eps como mutual ser también cuenta con base de datos la cual realizaron el debido cruce con la UARIV solicitaron usuario y contraseña y así acceder al RUV, la EPS Coosalud cuenta con base de datos de víctimas ya que hicieron el debido cruce de bases de datos con la UARIV solicitaron usuario y contraseña a la unidad de víctimas nacional y así acceder al RUV, las demás EPS existentes en el departamento están en ese debido proceso.

Las entidades prestadoras de Salud que cuentan con referente de víctimas son la Nueva EPS, Coosalud, Mutual Ser CajaCopi, Salud Total, Comparta de igual forma las Secretarias Municipal de Salud de los municipios priorizados para la implementación del protocolo.

Con estas entidades se está en constante articulación de acuerdo a las necesidades en salud requerida por la población víctima y de esta manera se le pueda brindar un servicio con calidad y oportunidad.

Desde el año 2016, El MSPS y la Secretaría de Salud Departamental, han realizado jornadas de asistencia técnica, que permitieron generar capacidades y habilidades en el talento humano, de diferentes actores del SGSSS (DLS, EAPB e IPS), sin embargo, la constante movilidad o cambio de funcionarios, de alguna forma afecta el proceso. Como la socialización e implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud.

El último proceso de socialización del Protocolo de Atención psicosocial y Salud Integral se desarrolló en noviembre de 2019, las formaciones estuvieron apoyadas por funcionarios del MSPS, el área de Promoción Social de la Secretaría de Salud Departamental y se denominaron “formación de formadores” al talento Humano de las EPS, IPS Publicas como los Hospitales, Direcciones local de Salud y así dejar capacidad instalada en estas entidades e instituciones y a la vez sean multiplicadores de la información, ésta fue realizada por el Ministerio de salud, la CID, con el apoyo del SENA, y la participación de Cedavida Apoyar, en esta formación participaron funcionarios de las entidades presentes en el municipio.

Para esta socialización del protocolo de atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas del Conflicto Armado, los Municipios priorizados fueron los siguientes Montería, Montelíbano, Puerto Libertador, Tierralta y Valencia.

En estos momentos de manera general se evidencia que los actores del SGSSS de las localidades priorizadas para la intervención, cuentan con personas que han recibido formación relacionada con la prestación de los servicios integrales en salud con enfoque Psicosocial, lo cual se traduce en una fortaleza en aras de dar cumplimiento a las ordenes constitucionales, sin embargo; por la falta de continuidad de los procesos de articulación entre dichos actores, ha sido mucho más lento la traducción de los resultados en el servicio de atención a víctimas. Se requiere apuntar al fortalecimiento

de las competencias de cada uno de los actores de acuerdo con los lineamientos del Protocolo de Atención Integral en Salud desde un Enfoque Psicosocial.

Cabe resaltar que en los Municipios objeto de intervención, los prestadores de servicios de salud – IPS que atienden el mayor número de personas víctimas del conflicto son las Empresas Sociales del Estado – ESE o CAMU de baja complejidad de atención en salud, las cuales ofertan los programas de Promoción y Prevención en salud, consulta externa, consulta de urgencias, odontología, entre otros. En esa medida, es una gran oportunidad continuar con el fortalecimiento de esta red de prestadores en aras de la implementación efectiva y de calidad de la atención integral en salud a víctimas en el marco de las Medidas de Reparación en Salud.

Se refiere que las IPS de baja complejidad que atienden mayor número de víctimas en los municipios priorizados son:

Municipio	ESE
Montería	ESE Vida Salud
Canalete	ESE Camu Canalete
Cereté	ESE Hospital San Diego
Los córdobas	ESE Camu Los Córdobas
Montelíbano	ESE Hospital Montel
Planeta rica	ESE Hospital San Nicolás
Pueblo nuevo	ESE Camu Pueblo Nuevo
Puerto libertador	ESE Camu Puerto Libertador
Tierralta	ESE Hospital San José De Tierralta
Valencia	ESE Hospital Sagrado Corazón De Jesús

Fuente: Secretaria de Salud Departamental

Fuente: Análisis del contexto-9 sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2019

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI, se viene implementando en el Departamento de Córdoba, desde el año 2013. En esa primera fase de atención se priorizaron 10 Municipios (Montería, Tierralta, Puerto Libertador, Valencia, Montelíbano, Planeta Rica, San Pelayo, Cereté, Los Córdobas y Ayapel al 2017, a partir de la segunda fase del Programa en el año 2014 y hasta el 2017, el PAPSIVI se ejecutó en los 30 Municipios del Departamento, obteniendo resultados favorables en el proceso de mitigación de las afectaciones psicosociales de las víctimas atendidas.

De acuerdo a la información reflejada en el aplicativo PAPSIVI, En el Departamento de Córdoba se ha realizado atención psicosocial a 37.792Víctimas hasta el 31 de julio del 2020; las cuales se clasifican por modalidad en el siguiente cuadro:

MODALIDAD DE ATENCION	**VICTIMAS ATENDIDAS**
INDIVIDUAL	3563
FAMILIAR	18191

COMUNITARIA	17030
TOTAL	**37.792**

Lo anterior le ha permitido la mitigación de las afectaciones psicosociales de las personas atendidas, además el empoderamiento del ente territorial y de las instituciones de salud, han conllevado a garantizar un mejor acceso a los servicios de salud de la población víctimas.

Entre los principales logros y retos del programa, se encuentran:
Aceptación de las víctimas para ser atendidas por los equipos psicosociales.

Articulación del equipo con las entidades del SNARIV para el desarrollo de las actividades.

Identificación de necesidades de atención en las modalidades individual familiar y comunitaria.

Disposición y atención de las víctimas para facilitar el desarrollo de las actividades desde la caracterización hasta el cierre del proceso acompañamiento psicosocial.

La implementación de la metodología de manera lúdica recreativa, motivó a las familias y comunidades a disponerse a esperar las diferentes fechas acordadas para continuar desarrollando las sesiones del acompañamiento psicosocial.

Las victimas atendidas lograron mitigar los daños causados por los hechos victimizantes causados por el conflicto armado, ubicándose en un presente con nuevas oportunidades para continuar su proyecto de vida personal familiar y social.

En lo referente a las Medidas de Reparación ordenadas en 9 sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos se cita que el Plan de Atención Territorial (PAT) del Departamento de Córdoba, que contiene planeación anual de programas y proyectos en la contribución del goce efectivo de los derechos de las víctimas del conflicto armado. Este plan se refleja en diferentes municipios de acuerdo a su nivel de priorización de acuerdo a cada necesidad de la localidad, de los cuales podemos mencionar a Canalete, Los Córdobas, Montería, Planeta Rica, Montelíbano, y Puerto Libertador. La actividad principal enfocada en la asistencia en salud es la ampliación del centro regional y el montaje de un punto de atención rural (en la región de Leticia), la cual es de suma importancia ya que permitirá que un mayor número de víctimas tenga acceso a servicios de orientación y notificación, también se lograrán enlaces de asistencia y reparación con las diferentes entidades que exponen sus programas y beneficios para esta población vulnerable.

Es importante destacar la participación de la Alcaldía de Montería, mediante la Secretaría de Salud municipal, quienes han hecho presencia con su equipo psicosocial desde 2016, conformado por un jurídico, dos psicólogas, una trabajadora social y un profesional en salud, quien a su vez es el coordinador del equipo. Este equipo logró

cumplir con las ordenes de sentencia (del tribunal de Antioquía) que beneficiaron a 404 familias de la zona rural: Santa Paula, Cedro Cosido, San Tropel, El Levante y Mundo Nuevo; lo que ha ameritado un reconocimiento por parte del MSPS.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

Para el sector salud, se describe que la capacidad de atención en salud en el departamento es de baja y mediana complejidad, la red de prestadores en la ciudad de Montería, tiene como unidad principal la ESE Vida Salud, que también presta servicios integrales a toda la población del Municipio y su área de influencia en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud. (Corporación Infancia y Desarrollo, MSPS, 2019).

El departamento cuenta con 45 sedes de consulta externa, en la zona urbana 5 hospitales:

- Hospital Amparo
- Hospital La Granja
- Hospital la Gloria
- Hospital Cantaclaro
- Hospital Camilo Torres

9 centros de salud:

- Centro de salud Dorado
- Centro de salud Edmundo López
- Centro de salud Mogambo
- Centro de salud Rancho Grande
- Centro de salud Simón Bolívar
- Centro de salud Sucre
- Centro de Salud Villa cielo
- Centro de salud Los Garzones
- Centro de salud Kilometro 12

También se cuenta con 1 casa materna y servicios amigables para jóvenes y adolescentes.

En la zona rural se cuenta con 29 Centros de salud:

- Centro de Salud Boca la Ceiba
- Centro de salud Buenos Aires
- Centro de salud Caño Viejo
- Centro de salud el Cerrito
- Centro de salud de Guasimal
- Centro de salud de Guateque
- Centro de salud de Jaraquiel
- Centro de salud La Manta
- Centro de salud La Victoria
- Centro de salud Las Palomas
- Centro de salud Leticia

- Centro de salud Loma verde
- Centro de salud Maracayo
- Centro de salud Martinica
- Centro de salud Mochila
- Centro de salud Morindó central
- Centro de salud Nueva lucia
- Centro de salud Nueva esperanza
- Centro de salud Nuevo paraíso
- Centro de salud Patio bonito
- Centro de salud Pueblo bujo
- Centro de salud El sabanal
- Centro de salud San Anterito
- Centro de salud San Isidro
- Centro de salud Santa Clara
- Centro de salud Santa Isabel
- Centro de salud Santa Lucia
- Centro de salud Tres palmas
- Centro de salud Tres piedras.

De igual forma, los municipios cuentan con la presencia de diferentes EAPB responsables de administrar los recursos para la garantía de la atención de la población afiliada al Sistema de Salud.

Frente a la oferta institucional identificada, diferente a la capacidad para la atención en salud se encontraron las siguientes entidades y programas, para que las personas víctimas del conflicto armado accedan a sus programas:

- **Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema**: Red unidos con un promedio de 56 cogestores y Mujeres ahorradoras.
- **Unidad de restitución de Tierras (URT):** Restitución de predios despojados desde 1 de enero de 1991. Algunas de sus actividades son: Proceso de educación con las víctimas, Atención psicosocial, Acompañamiento de la víctima en proyectos productivos.
- **Unidad para la atención y reparación integral a Victimas UARIV:** Lideran el proceso de participación, conformación de mesa de víctimas y asesoría a ministerio público. Ofrece atención de emergencias humanitarias, declaración y formatos de declaración, registro Único de víctimas, medidas de reparación colectiva e individual, atención de emergencia por atentados terroristas, atención en la emergencia de los desplazamientos masivos, indemnización por vía administrativa, Indemnizaciones judiciales retornos y reubicaciones colectivos,
- **Centro de Memoria Histórica:** Recuperar material y testimonios relativos a violaciones con ocasión del conflicto armado interno (tema de víctimas y restitución de Tierras)
- **Banco Agrario**: Desarrolla operaciones propias de un establecimiento bancario y financia las actividades relacionadas con el sector rural, agrícola, pecuario, pesquero y agroindustrial.

- **Punto de atención a víctimas:** atención y orientación a la población víctima, toma de declaraciones, ayudas humanitarias.
- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF:** programa de asistencia alimentaria en etapa de transición a los hogares desplazados, programa de ayuda humanitaria, y atención psicosocial y nutricional, restablecimiento de derechos, por otro lado, trabajan todos los hechos victimizantes que tienen que ver con las poblaciones de Niños, niñas y adolescentes.
- **INCODER.** Brinda asesoría a la población víctima para la convocatoria de subsidios para la compra de tierras.
- **Oficina de Gobierno:** algunas de sus funciones son convocatoria y seguimiento al comité territorial de justicia transicional, organización y acompañamiento a las víctimas en el día nacional de la memoria y solidaridad con las víctimas.
- **Comando de Policía:** los programas que llevan con la población victima son: protección a la víctima y ruta de prevención, para esto desarrollan actividades como asistencia inicial, que consiste en garantizar el mínimo vital (hospedaje, alimentación, salud, elementos de aseo).
- **Secretaria de Planeación:** Oficina de vivienda: gestionan subsidios de vivienda para población vulnerable, no hay un dato específico de subsidios para la población víctima.
- **Secretaria de Salud Municipal:** ejecutan un programa de Intervención territorial para la promoción social de la población víctima de conflicto armado en Montería, algunas funciones son: Focalización de víctimas, Talleres de la ley de víctimas, Capacitación en salud, Red de mujeres víctimas.
- **Personería Municipal:** brindan asesorías, acompañamientos, trámites y toma de declaraciones, pero no sólo se limitan a esto; los Comités de Justicia Transicional, tienen un coordinador en salud, que lidera programas interesantes que benefician a esta población vulnerable, tales como:

    - **Programa Personería contigo, que** lleva entidades hasta la zona rural: SISBEN, Registraduría, Alcaldía, Unidad de víctimas, defensoría del pueblo, entre otras.
    - **Programa Doy todo por Montería,** que realiza actividades lúdicas, de educación en salud, en deberes y derechos, en educación a comunidades con población víctima. (4 actividades anuales)
    - **Escuela de formación a víctimas del conflicto,** en la cual se desarrollan temas de legislación, deberes y derechos y rutas de acceso a la reparación integral. (se realiza cada 2-3 meses)

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

El acceso a los servicios (que está referido en términos de posibilidad, facilidad y oportunidad), es uno de los retos más importantes que tienen principalmente los

sistemas de salud locales, ya que se debe asegurar la atención en salud de las personas, como un derecho constitucional y como prioridad para las victimas desde la subsistencia mínima, contemplada en la ley 1448 del 2011.
Encontrar población con negativas a su asistencia en el sistema de salud es algo que se debe revisar, para reducir el impacto de todas estas barreras y lograr resolver las necesidades de los deseos individuales o colectivos.
Se reconoce que si bien, la cobertura del sistema es casi universal, existen barreras que impiden que los usuarios puedan acceder y que se incrementan si los costos y la complejidad del tratamiento son mayores. Las principales barreras que se identificaron en los municipios.
Falta de acciones complementarias a la oferta entidades del nivel nacional que faciliten el proceso de apoyo psicosocial para la reparación integral.
Desconocimiento de las rutas de atención, la exigencia de las fichas técnicas cuando se van hacer las afiliaciones siendo esta no primordial y por último la demora en los procedimientos relacionados con la entrega de medicamentos, autorizaciones y otros procedimientos.
Presencia de grupos armados por las amenazas que generan intranquilidad para desarrollar los programas con personas víctimas del conflicto armado y desplazamiento forzado.
No se materializa el enfoque diferencia en la atención de grupos étnicos que han sido afectados por el conflicto armado.
No hay acciones que conlleven a reparar a las víctimas de manera simbólica.
No existe un programa o proyecto con acciones específicas que garanticen la no repetición.
La población víctima del conflicto armado en ocasiones se abstienen de solicitar acceso a programas por temor a ser re victimizados y estereotipados.
La ubicación geográfica de las víctimas, impide su desplazamiento al caso urbano, por la distancia y el costo de transporte.
En el área de la educación se retrasan un poco los procesos principalmente en los niños, niñas y adolescentes en la medida en que no cuenten con la documentación reglamentaria, su restablecimiento del derecho tiende a impedir el ingreso de manera oportuna.
Las víctimas en su gran mayoría son estigmatizadas o rechazadas por quienes no han vivido el conflicto de manera directa, aún existe la segregación.

En el documento de análisis de contexto, en el marco de la implementación de la medida de reparación con las víctimas de las 9 sentencias de la CIDH se relacionan las siguientes barreras:

Barreras físicas:

Ubicación geográfica de los prestadores de servicio. Es importante anotar que la distancia no solo es espacial, sino que también puede ser económica o social, debido a falta de recursos o al desconocimiento de cómo desenvolverse en ciertas zonas de la ciudad. (aspecto crítico en el caso de la población rural)

Barreras comunicacionales:
Desconocimiento del sistema por parte de los funcionarios. (en cuanto al uso de buzones de reclamos y sugerencias)
Desconocimiento de deberes y derechos en salud de parte de los funcionarios.

Barreras actitudinales:
Desconfianza y falta de credibilidad en el sistema y en los tratamientos autorizados. (especialmente en poblaciones de grupos étnicos)
Características de los usuarios. (descuido y despreocupación por su salud)

Barreras administrativas:
Demora y muchos tramites al momento de solicitar el subsidio de transporte a las EPS, en especial cuando se solicita con acompañante.
Demora en la solicitud de medicamentos o servicios no POS.
Poca disponibilidad de profesionales o de servicios.
Red insuficiente de la EPS y limitaciones en los contratos con las IPS.
Poca oferta de la medicina especializada.
Tiempos de espera prolongados.

En cuanto a los niños y niñas y adolescentes, las principales barreras de acceso al servicio de salud, son la falta afiliación al sistema, generalmente esta situación se presenta con aquellas víctimas que se residencian en el municipio y no realizan el proceso de traslado de EPS , además de lo anterior, se denota la dificultad económica para transportarse desde sus hogares hasta el lugar de las citas médicas, como también las vías en mal estado son una barrera para las personas que habitan en la zona rural y deben trasladarse a los centros urbanos a recibir la atención. La falta de oportunidad en las citas médicas especializadas es una barrera que guarda gran importancia para que las víctimas en estas edades no accedan al servicio de salud.
Los adolescentes al ser remitidos a servicios amigables no acuden por tabú de los mismos padres ya que aducen que no es necesidad que ellos asistan a orientación sobre salud sexual y reproductiva.
Con relación a la población en situación de discapacidad, tienen dificultades para transportarse hacia los centros médicos o de servicios de salud, ya que, a falta de recursos económicos, algunos no cuentan con ayudas para su movilización, como es una silla de ruedas.

En cuanto a los demás grupos de personas, sujetos de especial protección, se puede evidenciar que las barreras de accesos descritas anteriormente, son comunes o generales a estas, ya que también padecen, para acceder a un servicio de calidad y oportunidad como lo exige la Ley.

7. Estado de emergencia sanitaria por COVID 19

MARCO JURIDICO DEL ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA

www.suin-juriscol.gov.co

DECRETO NACIONAL 457 del 22 de marzo 2020 **Aislamiento Preventivo Obligatorio** del 25 de marzo al 13 de abril del 2020

DECRETO NACIONAL 531 del 08 de abril extendió el aislamiento preventivo obligatorio a partir del 14 de abril hasta el 26 de abril del 2020

DECRETO NACIONAL 593 del 24 de abril del 2020 extendió el Aislamiento Preventivo Obligatorio a partir del 27 de abril del 2020 hasta el 11 de mayo del 2020

DECRETO NACIONAL 636 del 06 de mayo del 2020 extendió el Aislamiento Preventivo Obligatorio a partir del 12 de mayo l del 2020 hasta el 25 de mayo del 2020

DECRETO NACIONAL 689 del 22 de mayo del 2020 prorrogo la vigencia del decreto nacional 636 del 06 de mayo del 2020 hasta el día 31 de mayo del 2020

DECRETO NACIONAL 749 del 28 de mayo del 2020 extendió el Aislamiento Preventivo Obligatorio a partir del 01 de junio hasta el 01 de julio del 2020

DECRETO NACIONAL 847 del 14 de junio del 2020, modifico el decreto nacional 749 del 28 de mayo del 2020, entre otros con el fin de habilitar escenarios Deportivos para la práctica de Deportiva individual, y servicios religiosos que no impliquen aglomeración.

- ordenar medidas restrictivas de la movilidad, medios de transportes, o personas en la zona afectada o de influencia incluidas las de tránsito por predios privado

-Decretar el toque de queda cuando las circunstancias así lo exijan
-Restringir o prohibir el expendio y consumo de bebidas alcohólicas
-Organizar el aprovisamiento y distribución de alimentos, medicamentos y otros bienes, y la prestación de los servicios médicos, clínicos y hospitalarios
Coordinar con las autoridades del nivel nacional, la aplicación y financiación de las medidas adoptadas, y el establecimiento de mandos unificados
-Las demás medidas que consideren necesarias para superar los efectos de la emergencia, calamidad, situaciones extraordinarias de inseguridad, y prevenir una situación aún más compleja

CIRCULAR 0030 del día 06 de marzo del 2020 emitida por la secretaria del Desarrollo de la Salud declaro la **ALERTA AMARILLA,** por ser de público conocimiento las implicaciones y riesgo para la salud y la vida humana del COVID -

Decreto NACIONAL 878 del 25 de junio del 2020 prorrogo la vigencia de las medidas dad**a**s por el decreto 847 del 14 de junio del 2020 hasta el 15 se julio del

2020

DECRETO NACIONL 990 del 9 de julio del 2020 extendió el Aislamiento Preventivo obligatorio a partir del 15 de julio del 2020hasta el día 1 de agosto del 202O

DECRETO NACIONAL 1076 del 28 de julio del 2020 extendió el aislamiento preventivo obligatorio a partir del 1 de agosto hasta el día 01 de septiembre

DECRETO No 0021 del 2020

Por medio del cual se adoptan unas instrucciones dadas **por** el Gobierno Nacional en virtud de la **emergencia sanitaria** generada **por** la pandemia **COVID-19**, y la pandemia **COVID-19**, y el mantenimiento del orden público en el **Departamento** de **Córdoba** y

Artículos antes situaciones de emergencia y calamidad 14 y 202 en la ley 1801/2016 se adopta el poder extraordinario para prevención del riesgo mitigar los efectos de desastres, epidemias**,** calamidades, situaciones de inseguridad y disminuir el impacto de sus posibles consecuencias por lo cual se ordenan las siguientes medidas, con el fin de proteger y auxiliar a las personas y evitar prejuicios mayores se ordena

-Ordenar la suspensión de reuniones, aglomeraciones, actividades económicas, sociales, cívicas, religiosas, o políticas entre otras

- ordenar medidas restrictivas de la movilidad, medios de transportes, o personas en la zona afectada o de influencia incluidas las de tránsito por predios privado

-Decretar el toque de queda cuando las circunstancias así lo exijan

-Restringir o prohibir el expendio y consumo de bebidas alcohólicas

-Organizar el aprovisionamiento y distribución de alimentos, medicamentos y otros bienes, y la prestación de los servicios médicos, clínicos y hospitalarios

Coordinar con las autoridades del nivel nacional, la aplicación y financiación de las medidas adoptadas, y el establecimiento de mandos unificados

-Las demás medidas que consideren necesarias para superar los efectos de la emergencia, calamidad, situaciones extraordinarias de inseguridad, y prevenir una situación aún más compleja

CIRCULAR 0030 del día 06 de marzo del 2020 emitida por la secretaria del Desarrollo de la Salud declaro la ALERTA AMARILLA, por ser de público conocimiento las implicaciones y riesgo para la salud y la vida humana del COVID -19 al haberse confirmado el paciente 1 en el territorio nacional

El 11 de marzo del presente la OMS declaro como pandemia el coronavirus COVID - 19 instando a los estados a tomar acciones urgentes, y decidas para la identificación, confirmación aislamiento y monitoreo de los posibles casos, y el tratamiento de los casos confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas, con el fin de insistir en la mitigación del contagio.
- RESOLUCIÓN 385 del 11 de marzo del 2020 el MSPS declaro la EMERGENCIA SANITARIA POR CAUSA DE CORONAVIRUS hasta el 30 de mayo del 2020 y adopto medidas sanitarias con el objeto de prevenir y controlar la propagación del coronavirus covid 19 en el territorio nacional y mitigar sus efectos
En la Resolución 385 del 11 de marzo el Ministerio de Salud señala que la OMS declaro que el brote de covid 19 es una pandemia esencialmente por la velocidad de su propagación y a través de un comunicado de prensa anuncio que a la fecha en más de 114 países existen casos de propagación y contagio más de 4291 fallecidos por lo que insto a los estados a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, confirmación, aislamiento, y monitoreo de los posibles casos confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas, todo lo cual debe redundar en la mitigación del contagio
medidas adoptadas por la Gobernación de Córdoba – Secretaria de Salud Departamental.

-**DECRETO NO 000172** de fecha 12 de marzo del 2020 la Gobernación de Córdoba adopto las medidas del Gobierno nacional e impartió medidas sanitarias y acciones transitorias de policía para la preservación de la vida y la mitigación del riesgo.

-**DECRETO 000180** del 16 de marzo del 2020 Decreto el toque de queda en el Departamento de Córdoba, y adopto medidas tendientes a prevenir la propagación del covid.

-**DECRETO NO 453** del 18 de marzo del 2020 el Gobierno nacional en cabeza del presidente duque declara el estado de Emergencia Social, Ecológica, y Económica debido a la evolución del COVID 19.

-**Resolución 418** el Ministerio de Salud y Protección Social ordeno como medida sanitaria obligatoria preventiva y de control en todo el territorio nacional, la clausura de los establecimientos y locales comerciales de esparcimiento y diversión; de baile; ocio ; y entretenimiento y de Juegos de azar y de apuestas tales como casinos, bingos, y terminales de juegos de videos, así como también las ventas de comidas y bebidas permanecerán cerradas al público y solamente podrán ofrecer estos servicios a través de comercio electrónico o por entrega a domicilio para su consumo fuera de los establecimientos exceptuando los servicios prestados en establecimientos hoteleros

-. **Resolución 464** del 18 de marzo del 2020 adopto la medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo para proteger a los adultos mayores de 70 años ordenando el aislamiento preventivo para los mayores de 70 años a partir del 20 de marzo del 2020 a las 7:00 a.m. Hasta el 30 de mayo del 2020 a las 12 de la noche

-El 18 de marzo del 2020 organización internacional del trabajo afirma que el covid 19 tendrá grandes repercusiones en el mercado laboral, así mismo el virus y la consiguiente crisis económica repercutirán adversamente en el mundo del trabajo, y la salud de los trabajadores

-**DECRETO NO 418** del 18 de marzo del 2020, el gobierno nacional en aras de prevenir la propagación del COVID -19 en sus territorios impartió instrucciones a los alcaldes y gobernadores para expedir normas en materia de orden público, en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia covid - 19 y con esto garantizar el acceso y abastecimiento de las poblaciones de los bienes y servicios de primera necesidad

-**DECRETO 000191** del 20 de marzo del 2020, fue declarada la Urgencia Manifiesta en el Dpto. de Córdoba

--**DECRETO 000191** del 20 de marzo del 2020, fue declarada la Calamidad Publica en el Dpto. de Córdoba

-**Resolución 000071** del 27 de marzo, se asignó temporalmente una función en el director de Inspección, Vigilancia y control de la Secretaria de Desarrollo de la Salud para la Atención integral del covid -19 en el Dpto. de Córdoba

-**DECRETO 000207** del 30 de marzo del 2020 se crea la Mesa Departamental de Coordinación para el abastecimiento y la Seguridad Alimentaria para articular los diferentes actores relacionados con el abastecimiento de alimentos e insumos de primera necesidad evitando acaparamiento de dichos productos en coordinación con las instancias que para tales fines ha dispuesto el Gobierno Nacional desde el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural
-Memorando del 07 de abril del 2020 dice que el 31 de marzo del 2020 se alcanzó un total de 906 casos de contagio en el país de los cuales 144 se encontraban en estudio fecha para la cual se evidencio que en ese seguimiento el 10% no fue posible establecer la fuente de infección por la cual el país finalizo la etapa de contención e inicio la tapa de mitigación de la pandemia por COVID- 19 en la cual cualquier persona es potencialmente portadora del virus

-Memorando 202022000077553 del 07 de marzo del 2020, el MSPS considera la Ampliación del Periodo de la Cuarentena, para disminuir el riesgo y retardar la propagación de los casos al disminuir la posibilidad de contacto entre las personas si no que permite coordinar las acciones para garantizar el Fortalecimiento de la Red de Prestadores de Servicios de Salud con el fin de bridar una atención oportuna y de calidad.

Ante el anterior y actual pronunciamiento la OMS recomienda el USO MASIVO DE TAPABOCAS para combatir la propagación de la pandemia COVID-19, por lo cual el Gobierno Nacional estipulo para la población general el uso de tapabocas convencional obligatorio en los siguientes lugares:
.1 Buses, Transmilenio, Taxis y áreas donde haya afluencia masiva de personas (plazas de mercados, Supermercados, Bancos, Farmacias entre otros) donde no sea posible mantener la distancia mínima de 1 metro
. 2 personas con Sintomatología Respiratoria
. 3Grupos de Riesgo (O Personas adultas mayores de 70 años, Personas con enfermedades -.4Cardiovasculares, Enfermedades que comprometan su sistema inmunológico, Cancero, VIH, Gestantes, y Enfermedades Respiratorias Crónica, por todo lo anterior y debido al comportamiento del virus el Gobierno nacional dispuso el siguiente Decreto. (531 del 08 de abril)

- **DECRETO NACIONAL 531** del 08 de abril del 2020 extendió el Aislamiento Preventivo Obligatorio hasta el 26 de abril a las 11:59 p.m. para todos los habitantes de la Republica de Colombia e impartió medidas para mitigar la expansión del Coronavirus COVID -19.

En el DPTO de Córdoba se hace necesario adoptar las medidas que corresponden a la fase actual de mitigación del virus para mantener el Orden Público, Extender, Reforzar y unificar las medidas anteriormente adoptadas con el fin de Preservar la Salud y la Vida, evitar el contagio y la Propagación del CORONAVIRUS COVID-19 en todo el dpto. de Córdoba y para garantizar el abastecimiento y disposición de alimentos de primera necesidad, y servicios que por su propia naturaleza no deben interrumpirse ya que puede afectar el derecho a la vida, a la salud, y a la supervivencia de los habitantes.

-Memorando 2020220000083833 del 21 de abril del 2020 expedido por el MSPS a la fecha no existen medidas farmacológicas, como la vacuna y los medicamentos antivirales que permitan combatir con efectividad el COVID-19 ni tratamiento alguno por la cual se requiere adoptar medidas no farmacológicas, un impacto importante en la disminución del Riesgo de transmisión del CORONAVIRUS COVID-19 de humano a humano se encuentra la HIGIENE RESPIRATORIA y el DISTANCIAMIENTO

SOCIAL, medida que además ha sido recomendada por la organización Mundial de la Salud.

-**DECRETO NACIONAL 457** del 22 de marzo del 2020 Aislamiento Preventivo obligatorio del 25 de marzo al 3 de abril del 2020 para todos los habitantes de la república de Colombia e impartió instrucciones para que todas las autoridades de manera unificada, coordinada, y organizada las medidas y acciones necesarias para mitigar la expansión del CORONAVIRUS COVID-19.

-**DECRETO 000201** del 24 de marzo del 2020 adopto lo dispuesto por el anterior decreto, y regulo las medidas de cuidado para preservar la salud y la vida, evitar el contacto y la propagación del CORONAVIRUS COVID.-19 y garantizar el abastecimiento y disposición de alimentos de primera necesidad y servicios que por su misma naturaleza no deben interrumpirse, para garantizar el derecho a la vida y la supervivencia de los habitantes, y dentro de las medidas de orden público, se adoptaron Horarios de pico y cedula para evitar aglomeraciones en los establecimientos de Comercio.

-**Resolución 000071** de 27 de marzo del 2020 se asignó temporalmente la función de un director de inspección, vigilancia, y control de la Secretaria Desarrollo de la Salud para la ATENCION INTEGRAL del COVID- 19 en el Dpto. de Córdoba
-Decreto 000207 del 30 de marzo del 2020, se crea la Mesa Departamental de coordinación para el Abastecimiento y la Seguridad Alimentaria, para articular con los diferentes actores relacionados con el abastecimiento de alimentos e insumos de primera necesidad, evitando así el acaparamiento de dichos productos, en coordinación con las instancias evitando el acaparamiento de dichos productos en coordinación con las primeras instancias que para tales fines ha dispuesto el Gobierno Nacional desde el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural

-**DECRETO 507** DEL 01 de abril del 2020 por el cual se adoptan medidas para favorecer el acceso de los hogares más vulnerables de la canasta básica como medicamentos, alimentos, y dispositivos médicos en el marco de la emergencia Económica, Social, y Ecológica mediante el Decreto 417

DECRETO 417 del 2020 el gobierno nacional estableció el apoyo de la función de la inspección vigilancia y control en las variaciones significativas de precio en las entidades territoriales así:

Articulo 6 reporte de información por parte de las entidades territoriales. Los gobernantes y alcaldes del país deben apoyar la función de inspección, vigilancia, y

control mediante el reporte a la superintendencia de Industria y Comercio de aquellas eventuales variaciones significativas y atípicas en los precios de los productos, el reporte debe hacerse a través de lo canales de comunicación que determine la Superintendencia de Industria y Comercio

Circular externa de la industria de Cámara y Comercio No 004 del 2020, exhortó a los alcaldes para que en el territorio de su jurisdicción se adelanten acciones de inspección y vigilancia para verificar si los productores y proveedores de acuerdo a su actividad están vulnerando los derechos de los consumidores, con conductas tales como el acaparamiento, las ventas atadas, la publicidad engañosa, y la información engañosa.

-**DECRETO NO 000212** del 2 de abril del 2020 se modificó el PICO Y CEDULA que estaría vigente hasta el 12 de abril en el Dpto. de Córdoba, para dar oportunidad a todas las personas con los horarios.

ESTADO ACTUAL DE LA PANDEMIA POR COVID- 19 EN LA REGION

La tasa de letalidad se mantiene por encima del 10 por ciento y su variación tiende a aumentar con el pasar de los días, a raíz de la propagación acelerada de la enfermedad y los efectos mortales que causa

la Secretaría de Salud Departamental señala que 8.507 personas sufren de coronavirus y 817 han fallecido por cuenta de las complicaciones sufridas.
Montería, la capital de Córdoba es la más afectada con el virus. Tiene 5.387 positivos y 431 fallecidos.
Agamenón Quintero, vicepresidente de la Federación Iberoamericana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, considera que la curva de contagios en el departamento solo empezará a descender a mediados del próximo mes de septiembre, siempre y cuando se mantengan los programas de contingencia.
En cuanto a las EPS, sugiere un mayor compromiso en su labor, teniendo en cuenta su papel protagónico en el muro de contención de las autoridades de salud.
Una de las causas principales de la propagación del covid -19 y de muertes por dicha enfermedad es la falta de atención médica; pero muchos de los casos obedecen a que los pacientes no acuden oportunamente a los centros de salud correspondientes.
139 personas han fallecido en sus casas del territorio cordobés por la negativa de hacerse ver de un médico.
Quienes han muerto en sus casas sin ningún tipo de atención profesional son, en gran porcentaje, personas mayores de 60 años con morbilidades.

La directriz dada a todas las Eps es que le hagan seguimiento a los adultos mayores y control con oximetría.
El grupo poblacional más golpeado por el nuevo coronavirus en el departamento de Córdoba es el de las amas de casa, con 131 víctimas y en su mayoría mujeres mayores de 40 años.
El segundo grupo poblacional con más decesos es de quienes se dedican a oficios varios, con 100 personas fallecidas.
Siguen los comerciantes con 30 muertes, los pensionados con 21, quienes se dedican a obras civiles con 18, los conductores y quienes se dedican a las labores del campo con 9 cada uno, los profesionales de la salud con 6 pérdidas, la Policía y Fuerza Pública con 4, los estudiantes y los secretarios administrativos y ejecutivos con 3 cada uno y los guardias de protección con 2
- La capacidad diaria del departamento para realizar pruebas rápidas de detección de covid-19.
Actualmente en Córdoba se realizan en promedio 800 pruebas diarias para diagnóstico del virus y en esta fase de la pandemia es necesario que se llegue a 1.700 en un solo día.
Otra estrategia clave para esta fase es el fortalecimiento del trabajo con juntas de acción comunal y ediles para que se multiplique el mensaje de autocuidado en los barrios. Así mismo, promover la formación de la ciudadanía, involucrando al sector empresarial y gremial.
De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud Municipal de Montería, en esa ciudad existen 4.293 personas en aislamiento preventivo obligatorio, algunos confirmados y otros a la espera de resultados por presentar síntomas sospechosos asociados al coronavirus.
1.662 están a la espera de resultados por parte de las entidades prestadores de salud
a administración local utiliza la estrategia Pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible (Prass) recorriendo barrios y sectores de la ciudad de Montería que inicialmente no estaban en cercos epidemiológicos. Realizan atención médica, pruebas PCR y de serologías para identificar casos sintomáticos y asintomáticos.
-Con ese método implementado por el gobierno nacional en todas las regiones, se realizan pruebas, rastreo y aislamiento selectivo y sostenible. www.cordoba.gov.co

MARCO JURIDICO DE LA PANDEMIA EN LA REGION

DECRETO 000221

Por la cual se adoptan unas instrucciones dadas por el gobierno nacional en virtud de la emergencia sanitaria generada por la PANDEMIA DEL COVID 19 y el MANTENIMIENTO DEL ORDEN PUBLICO, y se dictan otras disposiciones

Previo a la expedición del presente decreto, este fue coordinado con el Ministerio del Interior, así mismo con las autoridades militares y de policía con asiento en la jurisdicción del Dpto. de Córdoba

CIRCULAR EXTERNA 2020-25-DMI-1000 del Ministerio del Interior de acuerdo a lo anterior expuesto Decreta: AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO

ARTICULO 1 se ordena aislamiento preventivo obligatorio, en todo el territorio del DPTO de CORDOBA Prohibiendo libre circulación de las personas de la siguiente manera:
-Menores de edad durante las 24 horas del día, a partir de la expedición del presente decreto hasta el 31 de mayo del 2021.
-Mayores de 70 año durante las 24 horas del día a partir de la expedición del presente decreto hasta el 31 de mayo del 2021.
-Personas entre 18 y 69 años, a partir de la expedición del presente decreto hasta el 26 de abril a las 11:59 p.m. o hasta que lo determine el gobierno nacional.
-Personas entre 18 y 69 años, a partir del 27 de abril hasta el 31 de mayo del 2020 en los siguientes horarios de 8:00 p.m. a 6:00 a.m.

ARTICULO 2 se harán excepciones en la MEDIDA DE AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO las personas casos o actividades. Como:
1-Asistencia y Prestación de servicios de Salud.
2-Adquisicion de Bienes de primera Necesidad como: Alimentos, Bebidas, Medicamentos Dispositivos Médicos y mercancías de ordinario consumo en la población, Aseo, Limpieza.
3- Desplazamiento a servicios Bancarios, financieros y de operadores de pagos a servicios notariales.
4-Asistencia y cuidado a niños niñas y adolescentes, personas mayores de 70 años, personas con discapacidad, y enfermos con tratamientos especiales que requieren asistencia de personal capacitado.
5- Las labores de las misiones medicas de las Organización Panamericana de la Salud (OPS), y de todos los organismos internacionales de la Salud, la prestación de los servicios profesionales administrativos, operativos, y técnicos de salud públicos y privados.
6-La cadena de producción, abastecimiento, almacenamiento, transporte, comercialización y distribución de medicamentos, productos farmacéuticos, insumos, productos de limpieza aseo, desinfección, y aseo personal para hogares, y hospitales, equipos y dispositivos de tecnologías en salud al igual que el mantenimiento y soporte para garantizar la continua prestación de servicios de salud.

El funcionamiento de establecimientos y locales comerciales para la comercialización de los medicamentos, productos farmacéuticos, insumos, equipos y dispositivos de tecnologías en salud.
6-Las actividades relacionadas con los servicios de Emergencias, incluidas las emergencias veterinarias.
7-Los servicios funerarios y cremaciones.
8-La cadena, de producción, embalaje abastecimiento, almacenamiento, Distribución de; insumos para producir; bienes de primera necesidad – alimentos, bebidas, medicamentos, dispositivos médicos, aseo, limpieza de ordinario, de ordinario consumo en la población; alimentos y consumos para mascota, y demás elementos y bienes necesario para atende la emergencia sanitaria.
9-La cadena de siembra, cosecha , producción, embalaje, importación, exportación, exportación, transporte, almacenamiento, distribución, y comercialización de semillas, insumos, y productos agrícolas, piscícolas, pecuarios, agroquímicos- fertilizantes, plaguicidas, fungicidas, herbicidas, alimentos para animales, mantenimiento de la sanidad animal, el funcionamiento de centros de procesamiento primario y secundario de alimentos, la operación de in infraestructura de comercialización ,riego mayor y menor para el abastecimiento de agua poblacional y agrícola y la asistencia técnica, se garantizara la logística, y el transporte de las anteriores actividades.
10-La comercialización de productos de primera necesidad se hará en mercados de abastos, bodegas, mercados, supermercados mayoristas y minoristas, y mercados al detal en establecimientos y locales comerciales a nivel nacional, y sus productos podrán ser comercializados en plataformas de comercio electrónico y o domicilio.
11- Las actividades de los servidores públicos y contratistas del estado, quesean estrictamente necesarias para prevenir, mitigar, y atender la EMERGENCIA SANITARIA POR CORONAVIRUS COVID-.19, y garantizar el funcionamiento de los servicios indispensables del estado.
12-Las actividades de las fuerzas militares, policía nacional, y organismos de seguridad del estado, así como la industria militar y de defensa.
13-Las actividades de los puertos de servicios públicos y privados especialmente para el transporte de carga.
14-La ejecución de obras de infraestructura, y obra pública.
15-El funcionamiento de la infraestructura critica- computadores, sistemas computacionales, redes de comunicaciones, datos.
16- El funcionamiento de los centros de llamadas, los centros de contactos, los centros de soporte técnico, y los centros de procesamiento de datos que presten servicios en el territorio.
17- Funcionamiento de la prestación de los servicios de seguridad y vigilancia privada
18- Las actividades necesarias para garantizar, mantenimiento, almacenamiento, y abastecimiento de la prestación de servicios públicos de acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, alumbrado público, aseo gas natural entre otros.

19-Garantizar la prestación e servicios bancarios y financieros.
20- El abastecimiento y distribución de bienes de primera necesidad como alimentos, bebidas, medicamentos, dispositivos médicos, aseo, limpieza, y mercancía de ordinario consumo en la población, en virtud de programas sociales del estado y de personas privadas.
21-Las actividades del sector inter religioso relacionados con los programas institucionales de emergencia, ayuda humanitaria, espiritual, y psicológica.
22-El desplazamiento estrictamente necesario del personal directivo, y docente de las instituciones educativas públicas y privadas para prevenir, mitigar, y atender la emergencia sanitaria por causa del CORONAVIRUS COVID-19.
Las personas que desarrollen las actividades antes mencionadas deberán cumplir con todos los Protocolos de Bioseguridad.

ARTICULO 3: PICO Y CEDULA: Con el objeto de evitar aglomeraciones y hasta tanto se mantenga el AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO el cual indica la circulación de una persona por núcleo familiar en el horario de 8:00 p.m. a 6:00p.m, de acuerdo al último digito de la cedula como se encuentra en el presente artículo, únicamente para las siguientes actividades.

-Adquisición de bienes de primera necesidad como alimentos, bebidas, medicamentos, dispositivos médicos, aseo, limpieza, y mercancía de ordinario consumo en la población.
-Desplazamiento a servicios bancarios, financieros, y de operadores de pago y a servicios notariales.
La medida se mantendrá hasta tanto este vigente el AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO.
-En la aplicación de esta disposición deberán tenerse en cuenta las excepciones, y situaciones establecidas en el artículo 2 del presente decreto.
- Se deberá disponer del jabón antimaterial, y aspersores de alcohol para los pies en las entradas y salidas de los establecimientos.

ARTICULO 4. Utilización de SERVICIOS A DOMICILIOS PARA EVITAR DESPLA ZAMIENTOS
Que los habitantes del Dpto. de Córdoba en la medida de sus posibilidades eviten desplazarse para adquirir productos de primera necesidad en los supermercados y en lugar de ello lo hagan telefónicamente aprovechando los servicios de domicilio con que cuentan dichos establecimientos.

ARTICULO-5. SUSPENSIÓN DE CLASES PRESENCIALES
A Través de la secretaria de educación Departamental, se adoptarán los lineamientos correspondientes a la escolaridad con los planes metodológicos no presenciales de

estudio, para ser desarrollado desde casa de conformidad con la suspensión de clases adoptadas por el Gobierno Nacional.

DECRETO 000300 por medio de la cual se imparte instrucciones para los municipios, con mayor incidencia COVID- 19 en el DPTO DE CORDOBA, se modifica el Decreto Departamental 000277 del 2 de mayo del 2020 y se imparten otras disposiciones.
-Protocolo de Bioseguridad a través de la Resolución 666 del 24 de abril del 2020 y vigilancia y cumplimiento de estos protocolos de bioseguridad.
-Estado de emergencia Económica. Social, y Ecológica en todos los territorios nacionales, mediante Decreto 637 del 20 de mayo del 2020.
-Toque de Queda mediante decreto 000267 del 22 de mayo del 2020.
-Prorrogación de la emergencia sanitaria causada por el covid 19 a través de la resolución 844 del 26 de mayo del 2020.
- Se extendió el aislamiento preventivo a través del Decreto 749 del 28 de mayo del 2020.
-Toques de queda y picos y cedula a través del decreto 000227 del 31 de mayo del 2020 Ley seca y restricción del consumo de bebidas embriagantes.
-Desarrollo de actividades física individual al aire libre a personas entre 18 y 69 años
-Garantías para el personal médico y del sector de la salud.
-Control por la fuerza pública.
-Verificación de las excepciones circulación.
Garantizar la movilidad del servicio público terrestre, fluvial entre otros.

DECLARATORIA DE ALERTA ROJA EN EL DPTO DE CORDOBA

DECRETO DEPTAL 000319 del 2 de julio del 2020 extiende aislamiento y medidas por alerta roja.
Se estableció la Alerta Temprana en el Dpto. de Córdoba para el manejo hospitalario de la emergencia causada por la pandemia Coronavirus Covid 19.

RESOLUCION 0941 del 5 de julio del 2020, el Secretario de Salud Departamental dado al porcentaje de ocupación camas uci con 81.8% el día 4 de julio del 2020 se declara LA ALERTA ROJA para el manejo hospitalario causado por la PANDEMIA COVID-19.

ARTICULO 6. PUESTOS DE CONTROL SANITARIOS DEPARTAMENTAL
Ordenar a la fuerza pública la instalación de puntos de control especiales en los límites del DPTO de Córdoba, para adelantar labores sanitarias de identificación, control, prevención, tamizajes de personas, y desinfección de vehículos provenientes de otros Departamentos y territorios del país. Con el fin de prevenir el Contagio y la propagación del CORONAVIRUS COVID-19 .

Las labores sanitarias de prevención, mitigación, y control serán adelantadas por la Policía Nacional con apoyo del Ejercito Nacional, y con el personal Sanitario y técnico Departamental para la cual que designe la Secretaria de Desarrollo de la Salud, por lo cual el DPTO en cabeza del señor Gobernador suministrara los elementos suficientes de bioseguridad al personal de la policía y fuerza pública que apoyan esta labor en los puestos de control sanitario en el DPTO de CORDOBA

Para adelantar los controles sanitarios la Gobernación de Córdoba informara a los DPTOS vecinos la implementación de las presentes medidas sin perjuicio de su aplicación

-La Secretaria del DESARROLLO DE LA SALUD DPTAL adelantara las actividades de qué trata el presente artículo y las quesean necesarias para prevenir, mitigar, controlar y tratar el riesgo de contagio al interior del DPTO conforme a criterios médicos, científicos, y técnicos atendiendo de esta manera lo dispuesto por el MSPS
-La medida de restricción de movilidad recaerá únicamente sobre vías del orden municipal por factor de competencia, excluyendo las vías Departamentales y/o Nacionales

-**ARTICULO 8**: PROHIBICION DE ADOPCION DE MEDIDAS DE HECHO:
Se ratifica la prohibición de cualquier medida por vías de hecho por la fuerza para restringir, limitar y bloquear el acceso de las vías de comunicación dentro y fuera de los municipios

DECRETO 000342
Por medio del cual se decreta un toque de queda, se adoptan unas medidas en virtud de la emergencia sanitaria generada por LA PANDEMIA DEL COVID-19, como es orden público en el DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA y se dictan otras disposiciones.
Al 31 de agosto Córdoba llegó 8507 infectados por COVID-.19
Al 31 de agosto 817 fallecidos
Gobcórdoba.micolombiadigital.gov.co

FACTORES DE RIESGO
Las personas de cualquier edad con las siguientes afecciones **tienen mayor riesgo** de enfermarse gravemente a causa del COVID-19
-Cáncer
-Enfermedad Renal
-Epoc (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
-Enfermedad Renal Crónica
-Personas Inmunodeprimidas

-Obesidad
Afecciones Cardiacas Graves, tales como insuficiencia cardiaca, enfermedad de la arteria coronaria o miocardiopatías
-Enfermedad de Anemia de Células Falciforme
-Diabetes Mellitus Tipo 2

El COVID-19 es una nueva enfermedad. Por el momento, se dispone de datos e información limitada acerca del impacto de las afecciones subyacentes y acerca de si estas aumentan el riesgo de enfermarse gravemente a causa del COVID-19. De acuerdo con lo que se conoce hasta el momento, las personas con las siguientes afecciones podrían tener un mayor riesgo de enfermarse gravemente a causa del COVID-19:
-Asma (moderada o grave)
-Enfermedad Cerebro Vascular (afecta los vasos sanguíneos, y el suministro de sangre hacia el cerebro)
-Fibrosis Quística
Personas avanzadas de Edad
-Hipertensión Arterial o Presión Alta
-Personas Inmunodeprimidas (Sistema inmunitario debilitado) a causa de trasplantes de medula ósea, deficiencias inmunitarias, VIH, uso de corticoides, o el uso de otros medicamentos que debiliten el sistema inmunitario
-Afecciones Neurológicas como la Demencia
-Enfermedad Hepática
-Embarazo
Fibrosis Pulmonar (como tener los tejidos del pulmón dañados o cicatrizados)
-Fumar
-Talasemia (trastorno de la sangre
-Diabetes Mellitus Tipo 1
-Personas con Obesidad
www.mayoclinic.org.es
Los Niños con complejidades médicas, que tienen afecciones neurológicas, genéticas o metabólicas, o una enfermedad cardiaca congénita podrían tener mayor riesgo de enfermarse gravemente a causa del COVID-19 que otros niños.
El número de afecciones subyacentes tiene la finalidad de brindar información a los médicos clínicos para que se proporcione la mejor atención posible a los pacientes, y para informar a las personas acerca de cuál es su nivel de riesgo para que de este modo puedan tomar decisiones individuales acerca de la prevención de la enfermedad. Todos los días aprendemos más acerca del COVID-19.

OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD

La Secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba para efectos de la regulación, y modulación de la Prestación de servicios de Salud dispondrá de toda la Red Hospitalaria tanto pública como Privada, como también de los prestadores de servicios de transporte asistencial básico, y medicalizado y de atención prehospitalaria que se encuentren habilitados para operar en el DPTO de Córdoba.

DEBER DE INFORMACIÓN Y REPORTE DE DISPONIBILIDAD

Los prestadores de servicios de salud, tanto públicos como privado a partir de la publicación y o comunicación del Decreto de este decreto en el marco de la emergencia sanitaria, y mediante Resolución 00941 deberán informar diariamente en los términos señalados por la secretaria de desarrollo de la salud de Córdoba su capacidad disponible, ocupación, censo de pacientes con procedencia, ventiladores entre otra información que sea requerida en el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, con el fin de garantizar la atención de la población con Infección respiratorias Aguda, ocasionada por COVID 19, como para la población con Patologías no COVD-19 así mismo deberán adaptar su capacidad de ofertas de servicios de acuerdo con las necesidades de la población, en tal sentido se adelantara el plan de Reconversión y Expansión de Servicios según el comportamiento de la demanda y las necesidades de tratamiento oportuno, que será regulado, gestionado, y modulado por el CRUE de la Secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba.

PROCESO DE REFERNCIA Y CONTRREFERENCIA

Para el proceso de Referencia y Contrarreferencia de los pacientes para los servicios de salud señalados no se requerirá la autorización por parte de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o Entidades obligadas a compensar -EOC y demás entidades responsables de pago, por lo cual las IPS deberán gestionar con la disponibilidad existente al momento de la referencia, la aceptación del paciente debe ser de manera inmediata, y sin dilaciones.

La Secretaria de Desarrollo de salud de Córdoba deberá adelantar las actuaciones administrativas necesarias cuando se adviertan discrepancias entre la información de disponibilidad reportada y la negación de un paciente, de lo actuado se dará traslado de forma inmediata a los entes competentes.

En cuanto a los prestadores de servicios de salud, tanto públicos como privados, estos deberán informar diariamente en los términos señalados por la Secretaría de Desarrollo de Salud de Córdoba, su capacidad disponible, ocupación, censo de pacientes con procedencia, ventiladores, entre otra información que sea requerida por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias -CRUE, con el

fin de garantizar la atención de la población con Infección Respiratoria Aguda ocasionada por covid 19, como para la población con patologías No Covid .
Así mismo, deberán adaptar su capacidad de oferta de servicios de acuerdo con las necesidades de la población, en tal sentido se adelantará el Plan de Reconversión y Expansión de Servicios según el comportamiento de la demanda y las necesidades de tratamiento oportuno, que será regulado, gestionado y modulado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias -CRUE- de la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba.

OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS EAPB

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB de acuerdo a la responsabilidad de aseguramiento adelantaran todas las Gestiones Administrativas en el marco del sistema de referencia y contrarreferencia, de la gestión centralizada de las unidades de cuidados intensivos, y de las unidades de cuidados intermedios asignadas por la Secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba, y en consecuencia de los servicios Erogados(distribuidos durante la estancia hospitalaria se cancelaran de acuerdo con los mecanismos, procedimientos, y presupuestos definidos por el Ministerio de Salud de la Protección Social, y por ende ajustarse a los términos para el pago definido por la Normatividad Vigente.
Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, promoverán estrategias para la Prevención, Contención, mitigación, tendientes a la detección temprana de casos de la enfermedad, la disminución de las complicaciones asociadas a la patología, Hospitalizaciones y en consecuencia del aumento de la mortalidad con ocasión del COVID-19.
Las estrategias buscaran reforzar sus modelos de atención ambulatoria, con monitoreo permanente y tomas de muestra de la población con Infección Respiratoria Aguda, ocasionada por COVID-19 y según priorización de riesgo para lograr mejores condiciones de salud de la población y minimizar complicaciones.
Así mismo se reforzarán acciones de educación e información a toda su población afiliada con relación a medidas de aislamiento, bioseguridad y el autocuidado
Suspensión de Procedimientos de Baja Complejidad.
Dispuesto en el artículo 6 dice que se deberán suspender o reprogramar los procedimientos de baja complejidad, así mismo se suspenden las cirugías programadas, y otras actividades que generen ocupación de las CAMAS DE UCI y Hospitalarias, como estrategias para liberar camas hospitalarias, y así dar prelación a la atención a los pacientes con COVID-19.

IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS RESTRICTIVA
S ARTÍCULO 7

Reforzar las medidas restrictivas que propendan la efectividad de las medidas, en pro de evitar la propagación del Covid-19 en el DPTO tales como: toque de queda, más estrictos, ley seca, evitar aforos de más de 10 personas, uso obligatorio de tapabocas, lavado de mano, e implementación de manuales de bioseguridad

Todo lo anterior se rige en el artículo 8 del presente decreto a partir de su publicación, y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias

OFERTA DE SALUD Y SOCIOSANITARIA

A continuación, se presenta un esquema de la oferta en salud y sociosanitaria de los municipios priorizados, recopilando las diferentes rutas, componentes e instrumentos que han realizado los entes territoriales, para atender los diferentes factores a los que se enfrenta la población durante la pandemia. Cabe anotar, que cada equipo presente en los municipios priorizados realizó un mapeo de la oferta en salud sociosanitaria que se encuentran en cada municipio priorizado.

Existen programas del Gobierno, administrados por las Oficina de Prosperidad Social de la Presidencia de la República, a través del cual los habitantes pueden acudir en caso de necesitar apoyo económico durante el estado de Emergencia Sanitaria por Covid-19 (Prosperidad Social 2020). así mismo, la Unidad para las Víctimas concertó la forma de obtener ayudas humanitarias, y así responder a los compromisos que fueron adquiridos por el Gobierno Nacional en el marco de la Emergencia Sanitaria Esta oferta es acompañada por ayudas económicas directas como la devolución del IVA a familias identificadas, beneficio en el no pago del servicio de agua durante 3 meses desde que inicio la emergencia sanitaria.

Las Rutas para notificar y hacer la debida atención a los casos sospechosos de CORONAVIRUS COVID 19: durante la emergencia sanitaria, está a cargo de las entidades gubernamentales y es responsabilidad del ente territorial dar cumplimiento a los directrices dispuestas por el Gobierno Nacional. Por lo cual se debe realizar articulación con las entidades que hacen presencia en los territorios priorizados, con el objetivo de establecer las medidas sanitarias que permitan superar los efectos negativos de los eventos circunstancia critica generada por la pandemia. COVID-19 a través de la circular 005 de 2020, el Ministerio de Salud y la Protección Social creo las directrices para detectar tempranamente, el control y la atención ante el posible contagio del nuevo coronavirus (Covid-19) e implementar elaboración de planes que den respuesta al riesgo de contagio en los diferentes territorios priorizados donde se han realizado planes de contingencia que ayudan al manejo adecuado y oportuno de la emergencia sanitaria. Por CORONAVIRUS COVID-19 en el Dpto. de Córdoba

La Prestación de los servicios de salud se hace a través de:

-Tele consulta

- atención domiciliaria por parte de equipos multidisciplinarios de salud del departamento. el cual se encuentran en las diferentes entidades EPS, IPS Públicas y Privadas, para algunos casos en que no puedan ser atendidos a través de tele consulta virtual, se realiza la atención de forma presencial en la IPS primaria

Todas las Entidades prestadoras de salud como EPS, IPS.

Es de mencionar que todas las entidades prestadoras de salud e instituciones como EPS, IPS del Dpto. de córdoba sobre todo en los municipios priorizados para la ejecución del proyecto se han ceñido por las directrices impuestas por el Ministerio de Salud de la Protección Social y han dispuesto las Rutas de Atención de forma general, bajo el IVC de la Secretaria de Salud Departamental y Municipal.

En las Rutas dispuestas por las diferentes entidades, el usuario, y beneficiario que presenta sintomatología COVID- 19 debe:

-1. Comunicarse inmediatamente a las líneas de atención dispuestas por las EPS y así ser orientado por un profesional en el área de la salud como Medico, Enfermero(a). Auxiliar de Enfermería.

-2. una vez atendida la llamada se procede a verificar datos de identificación, corroborado estos datos, proceden a la aplicación de una encuesta de consulta, verificando sintomatología, y así confirmar si es susceptible, para la realización de la prueba por COVID-19 ya sea Prueba Molecular o por Hisopado Si el caso confirmatorio es negativo, realizaran seguimiento diario a tra ves de llamadas telefónicas.

-3. en caso que el resultado sea positivo, el prestador contratado por las EPS, a través de un equipo multidisciplinario, hará la valoración por medicina general domiciliaria, realizara historia clínica y proceder a la toma de prueba viral, inmediatamente se darán las indicaciones pertinentes como el aislamiento preventivo, se harán las recomendaciones necesarias y posteriormente seguimiento diario por medio de llamadas telefónicas

-4. Si el caso se presenta en una institución de salud, se le dará manejo clínico por el equipo Multidisciplinario de la misma. Institución ya sea Secretaria de Salud Departamental de Córdoba o alcaldía Municipal.

-5. Si el Resultado es Positivo se le brindara la atención oportuna en la Entidad correspondiente para atender la emergencia sanitaria por COVID- 19 la Gobernación del Departamento de Córdoba aumentara la capacidad instalada esperando recibir camas para el servicio de hospitalización y UCI, las instituciones realizaron etapa de alistamiento de acuerdo a las necesidades requeridas dispuesto por los protocolos del Instituto nacional de salud .

Las alcaldías Municipal, en articulación con la Secretaría de Salud Departamental, EAPB IPS hicieron búsqueda activa de pacientes asintomáticos y con Covid-19, conformado por equipos multi disciplinarios entre otros, encargados de buscar personas con sintomatología, para identificarlos y hacerles el respectivo seguimiento.

También se realizaron visitas de inspección y Vigilancia a los supermercados, centros comerciales donde se identificaban afluencia de personal.

En el Dpto. de Córdoba se habilitaron todas las líneas de atención durante las 24 horas en los 45 centros de atención que dependen del Camú esa vida Sinú en donde se encontraba un equipo multidisciplinario capacitado para realizar tomas de temperatura, pruebas COVID- para personas con sintomatología viral y realizar el seguimiento correspondiente a la persona que lo solicite en el municipio donde este se encuentre.

Dando continuidad a la normatividad establecida por el Gobierno Nacional, y DPTAL las Secretarías de Salud Municipal, y Secretaria de Salud Departamental solicitaron a las EAPB, IPS y ESE de los municipios planes de contingencia para la atención en salud en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19.

salud@cordoba.gov.co

LÍNEAS DE ATENCIÓN EPS COVID-19

Para atender la emergencia sanitaria por COVID- 19 Secretarias de Salud Departamental y Secretaria de Salud Municipal, EPS, CRUE, y Hospitales, presentes en el Dpto. de Córdoba dispusieron las siguientes líneas de atención

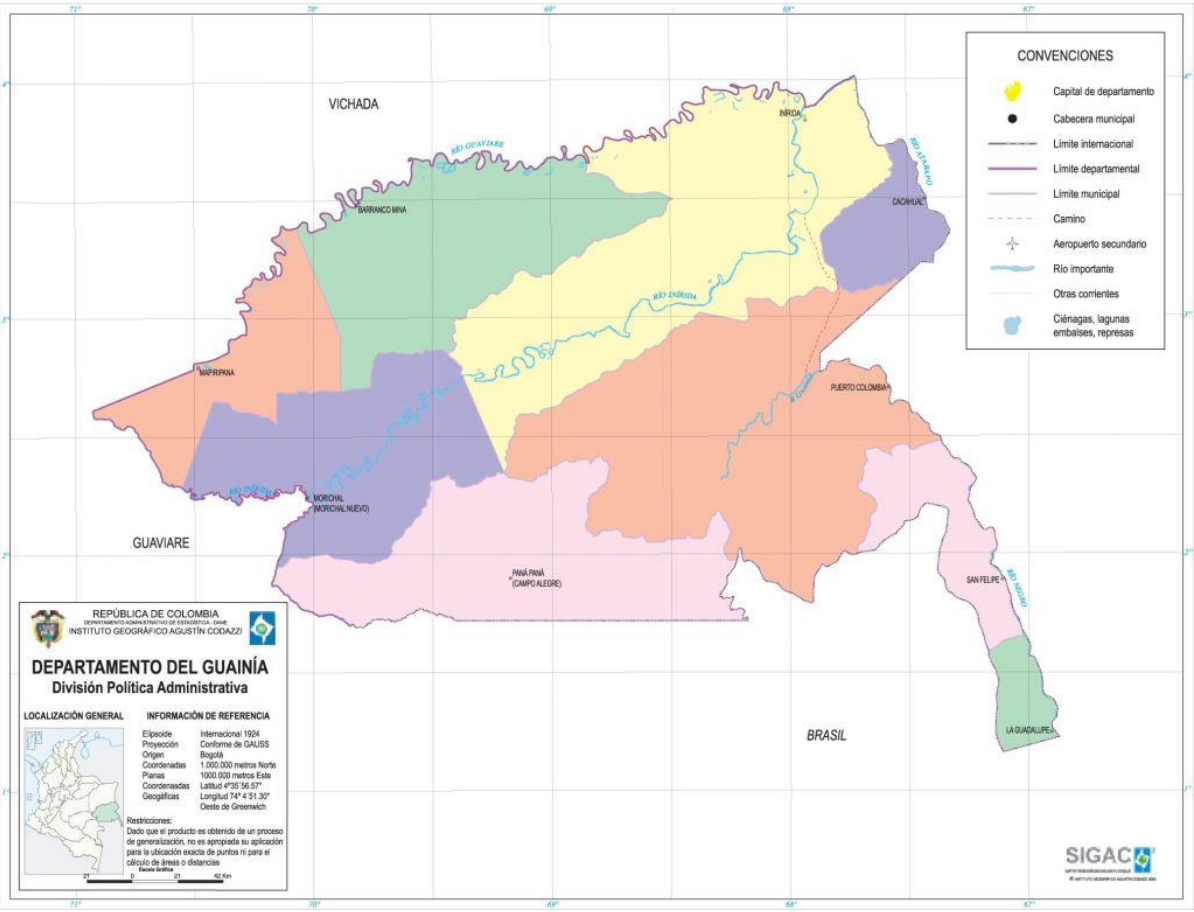
LINEAS DE ATENCION EPS COVID-19
DEPARTAMENTO DE CORDOBA

EPS	LINEAS DE ATENCION
NUEVA EPS	018000930100
MUTUAL SER	018000116882 - 3218153776
COMPARTA	018000114440
CAJA CAPI	018000111446 -3183439485-3174349207
COOMEVA	3004480554-3107446940-018000930779 opción 8
COOSALUD	*922 opción 0-3164740322
SANITA EPS	*018000919100
SALUD TOTAL	7848949 - 018000110438
AMBOUQ EPS	018000914625 EX 140-3105315684
MEDICINA INTEGRAL	018000180249
HOSPITAL AMPARO	3165364303-3183498786-3223971167
HOSPITAL CANTA CLARO	3165330492
HOSPITAL LA GLORIA	3165365306 – 3185693864-3218143267
EPS	**LINEAS DE ATENCION**
HOSPITAL CAMILO TORRES	3165623470
HOSPITAL SAN JERÓNIMO	018000180454 -7894698
CRUE	018000955590

SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD DE CÓRDOBA	**018000-955590 -3168751277 línea 192**
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL	**018000944944424 – 3176427964 3205508209 - 7910720**

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE:
GUAINIA



Fuente: http://www.guainia.gov.co/mapas/mapas-territoriales

Contenido

1. Introducción

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el municipio.

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima.

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. (Niños, niñas y adolescentes, jóvenes, adultos mayores, mujeres, hombres e identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, población étnica (gitanos y afrodescendientes), personas con discapacidad).

7. Estado de emergencia sanitaria por COVID-19

1. Introducción

En este documento se presenta el análisis del contexto del departamento de Guainía, partiendo de las orientaciones por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Su objetivo es realizar un acercamiento y análisis donde se reflejen los procesos de violencia del conflicto armado en el departamento de Guainía, y a todos aquellos procesos que surgen alrededor de los hechos victimizantes y hoy por hoy con la situación de emergencia sanitaria por el virus del Covid-19, teniendo en cuenta que esta situación ha llevado al mundo a hacer muchos cambios de vida dentro de una orden de confinamiento, que también ha llevado a las personas a despertar muchas emociones y sentimientos que seguramente se habían adormecido tras la intensidad de las actividades y los compromisos del diario vivir, generando situaciones de estrés, tristeza, angustia y emocionalidades a las que quizás no habíamos querido enfrentarnos.

Dentro del recorrido que se hace para poder analizar y comprender la situación actual de las víctimas de Guainía, iniciamos por un pequeño resumen de la historia y el desarrollo de los distintos procesos que han ido reflejando el conflicto armado en el departamento, dentro de los cuales se observa su proceso de colonización, el desarrollo y auge de los cultivos ilícitos de coca, la falta de presencia del estado, su ubicación geográfica siendo un punto neurálgico por pertenecer a las zonas selváticas, lo cual propicia mayor concentración de grupos armados al margen de la ley o llamados disidencias.

La historia del País en los últimos sesenta años ha estado marcada por el conflicto armado, por factores predominantes como la desigualdad en la distribución de tierras y la falta de espacios para participación política a la población menos favorecida, dando origen al uso de la violencia y lucha armada. Con el proceso de paz, el 26 de septiembre del 2016 se firmaron acuerdos, y con ello el Ministerio de Posconflicto priorizó 322 municipios Posconflicto, a pesar de la marcada violencia por parte de los diferentes grupos al margen de la ley en el departamento de Guainía sus municipios no fueron incluidos. Hoy día las comunidades asentadas en dicho territorio continúan viviendo en medio de esta dinámica de conflicto que los ha afecto durante tanto tiempo.

También se hace un análisis sobre la situación actual frente a la nueva situación de salud respecto a la Pandemia del Covid 19 y su dinámica actual, teniendo en cuenta que muchas de las personas infectadas son funcionarios públicos del ente departamental, lo cual de alguna manera ha impedido obtener más información y así mismo un análisis de contexto más profundo respecto a la poca información recabada y obtenida durante el tiempo de elaboración de este documento.

Se da una mirada al escenario cultural, social, político y económico actual del departamento y como todos estos procesos de conflicto siguen generando atraso en la región y de alguna manera influyen en las distintas situaciones de revictimización con las que se enfrentan las diferentes comunidades del

departamento, se ha dificultado el análisis de la situación actual de Guainía en cuanto a la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población, ya que nos hemos enfrentado a las barreras de acceso por la nula respuesta de las instituciones que garantizan este derecho.

Para finalizar realizamos un análisis acerca de las barreras evidenciadas en departamento, frente a la población victima sujeto de especial protección, todo esto con el fin de poder tener una comprensión y al mismo tiempo saber cuál es la dinámica social en la cual se desarrolla el trabajo de atención psicosocial por medio del programa PAPSIVI. Según información referida por el enlace de víctimas de la Secretaria Departamental de Salud, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI) se Implementó en el municipio de Puerto Inírida en la vigencia de 2017-2018, según el registro del aplicativo fueron atendidas 759 personas víctimas del conflicto armado; a través de las 3 modalidades de atención psicosocial, 29 personas en la modalidad individual, 420 en la modalidad familiar, y 310 en la modalidad comunitaria. Posterior a ello la población victima a través de los líderes de las Mesas de Participación ha gestionado la oportunidad de que se ofertara nuevamente el programa, manifestando la necesidad de las víctimas de acceder a este derecho.

Es de vital importancia que por último se destaque que, dentro del trabajo realizado para obtener la información de la comunidad para realizar este análisis de contexto, las victimas manifestaron un alto interés frente a lograr el acompañamiento del programa PAPSIVI en las zonas rurales, aprovechando la posibilidad de hacerlo de manera telefónica y por medios virtuales como videoconferencia, debido a que en estas zonas existe un alto número de población víctima y que generalmente son los que menos tienen acceso al acompañamiento psicosocial por las distancias que existen para llegar a ellos.

Guainía es un departamento fundamentalmente apropiado y poblado por pueblos indígenas. 94% de su territorio es resguardo y 65% de su población es de un variado origen indígena. Su territorio involucra multi-variedad de formaciones ecosistémicas, al estar localizado en un eco-tono que integra características hidrográficas orino censes y la influencia geológica del escudo guyanés, complejidad que debe ser comprendida y respetada. Adicionalmente, se trata de un Departamento de carácter fronterizo, en las dos acepciones de la literatura: es tanto una frontera de la sociedad andina como una frontera internacional.

Desde el punto de vista político administrativo, actualmente tiene dos municipios Inírida y barranco minas, que fue declarado municipio el 1 de diciembre de 2019, tiene numerosos resguardos, pero sus corregimientos departamentales fueron eliminados en la Constitución de 1991, por lo cual sus pobladores se encuentran sumidos en una indefinición institucional que les impide beneficiarse de recursos del sistema presupuestal descentralizado que rige en Colombia.

Respecto al régimen político, fue un tránsito institucional de territorio

administrado desde el gobierno central en la modalidad de Comisaría en la década de 1960 y erigida en departamento en 1991; este proceso de descentralización y de autonomía regional y local, con sus respectivas elecciones, la pone rumbo a la descolonización interna y en tránsito de frontera a región en un proceso de construcción de identidad regional. La historia del departamento Guainía comparte aspectos importantes de la historia de la región amazónica y parcialmente de la Orinoquía. Las fechas de la ocupación temprana del noreste de la Amazonia colombiana pueden superar los 7.000 años antes del presente. Este gran territorio que se extiende entre las naciones actuales de Colombia, Venezuela y Brasil, constituye un enclave de pueblos de estirpe Arawak-Maiúre. La historia de Guainía data de tiempos prehispánicos y está unida a los procesos de poblamiento de este territorio. Su condición de ser una zona de transición entre la sabana y la selva, "ofrecía un hábitat variado a las naciones indígenas que tenían una red de relaciones con alcance regional e interregional que les permitía acceder a gran cantidad de recursos" (Salazar, 2006:13)

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio.

La definición de sus contornos actuales estuvo asociada a los procesos de conquista y colonización de esta región que se fueron delineando, en la competencia entre la monarquía española y portuguesa. Desde esas épocas, las poblaciones indígenas no sólo se confrontaron entre ellas mismas, sino que hicieron parte de un proceso de expansión territorial de las dos monarquías ibéricas. Estas naciones y pueblos fueron los que encontraron los conquistadores y misioneros ibéricos a su arribo y sobre las cuales ejercieron variadas estrategias de conquista que combinaban la cruz y la espada, hasta que su presión decayó a causa de las crisis de la corona portuguesa y española (Salazar, 2006). Más tarde, Guainía se consideró como parte del antiguo Gran Vaupés que, a su vez, fue parte de los llamados "territorios nacionales", bajo la visión neocolonialista de la república independizada de la monarquía española.

Al término de la Segunda Guerra Mundial en 1945 se desestimuló el comercio del caucho y la región asumió su patrón inicial de poblamiento: distribución de grupos indígenas a lo largo del territorio que viven de la caza, pesca y de la agricultura itinerante. La influencia de las misiones, una de las poderosas instituciones de frontera del imperio español, fue importante, pero posiblemente no definitiva. En cambio, la influencia de una líder espiritual proveniente de los Estados Unidos, Sofía Muller, desde los años 1940 ha dejado una huella evangélica, marcando la vida social de numerosos indígenas. Efectivamente, la llegada de corrientes migratorias de nuevos evangelizadores fue de gran importancia en las comunidades Puinaves y Curripacos.

En este contexto es posible diferenciar tipos específicos de los procesos de colonización: a) los inducidos por las bonanzas del caucho, oro y la coca; b)

los derivados de la intervención estatal, en particular con la creación de la Comisaría de Guainía en 1964. A la vez que se distinguen resultantes de desplazamientos de las regiones vecinas como el Guaviare y el Vichada, directamente relacionados con el conflicto armado y la expulsión de personas de la región central del país. Todo lo cual ha incidido directamente en la configuración territorial actual de la Zona.

Según lo encontrado en la página Web de la Gobernación de Guainía (2020): *"A partir de la década de los 60, empezó a fortalecerse el coloniaje que ya tenía sus raíces en los años 50 cuando, fruto de la violencia partidista, se desarrolló un éxodo masivo de personas de distintos lugares del país para poblar zonas del bajo Guainía, ríos Inírida, Guaviare y caño Guarivén, con el fin de emprender actividades agrícolas y de tipo extractivo".*

La colonización buscó ampliar la frontera agrícola y motivó al colono a adentrarse más en la selva para escapar de los temores de la guerra y usufructuar los recursos naturales. Sin embargo, la explotación de estos recursos trajo rivalidad y enfrentamiento armado por el control de territorios y disputa del negocio y ganancias de los mismos.

Esto se manifestó entre explotadores y comerciantes de la fibra de chiqui-chiqui, a comienzos de los 60, que propició la creación de un grupo de bandoleros disuelto por el ejército y la rebelión de los tigrilleros o canaguaros, a comienzos de los años 70, movimiento insurreccional comandado por Álvaro Linares, por el control de las ganancias que generaba la comercialización de pieles y carne de animales silvestres.

A partir de la década de los 60 cuando se produjo la segregación del territorio del Guainía de la Comisaría Especial del Vaupés, se dio comienzo a la bonanza institucional que atrajo el desplazamiento de empleados del sector oficial para la adecuación de la que sería su actual capital."

En Guainía, el actor armado ilegal de predominio histórico han sido las Farc, pues han aprovechado las "áreas de fronteras selváticas que son usadas para el repliegue, como plataformas de abastecimiento y como corredores para el tráfico de drogas y de precursores químicos. Los ríos Guaviare, Inírida, Guainía y Vaupés, que comunican con Venezuela, Brasil y Perú fueron –y son hoy en menor grado- un instrumento de la confrontación" (PNUD, 2007). Las Farc se constituyeron desde la década de 1990 mediante la consolidación de su frente 16 perteneciente al Bloque Oriental al mando de Eliseo Prieto alias Esteban González, quien fue reemplazado tras su muerte en 1999 por Tomás Medina Caracas alias El Negro Acacio (Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH. 2007, p. 2.). Este frente ha favorecido fuertemente la economía ilícita de las Farc pues ha vigorizado el negocio del narcotráfico con el aumento de cultivos ilícitos, de laboratorios para el procesamiento de la coca y mediante el aprovechamiento de sus zonas fronterizas para la comercialización del alcaloide; además este frente tiene a su cargo el ingreso de armas para fortalecimiento del grupo.

El frente 16 de las Farc se vio fuertemente golpeado por la Fuerza Pública mediante la Operación Sol Naciente, que tuvo como principal logro la muerte de su comandante alias El Negro Acacio: “después de un bombardeo en un campamento ubicado a orillas del río Guaviare, a 130 kilómetros de San José, en el 2007. Tras esta operación, el frente 16 pasó al mando militar de Efraín Méndez alias Guillermo o Cochornea mientras que los asuntos financieros del narcotráfico fueron asumidos por Géner García Molina alias Jhon 40 conocido comandante del frente 43 conocido como el “el rey de la coca” y quien se consideraría el más apto para asumir los negocios ilícitos dejados por alias el Negro Acacio. Además, del duro golpe propinado por la Fuerza Pública al frente 16; la Armada, el Ejército y la Policía se han ido fortaleciendo poco a poco en el departamento, llevando a cabo algunos controles sobre el narcotráfico en materia de erradicación de cultivos ilícitos y destrucción de laboratorios. El primer acercamiento al tipo de violencia generado en Guainía se puede hacer mediante la comparación de indicadores tales como el nivel de muertos civiles en eventos de conflicto y el nivel de homicidios. Entre 1997 y 2017, Guainía registró siete muertos civiles en eventos de conflicto y 65 homicidios, lo que demuestra que el nivel de violencia asociada al crimen común ha sido mayor que la violencia asociada al conflicto armado.

La concentración del desplazamiento en estas zonas está vinculada en 3 dinámicas concurrentes, la mayor presencia de fuerza pública en su estrategia de recuperación territorial, la entrada de grupos paramilitares a la zona y el repliegue de las FARC en las zonas más selváticas en su propósito de mantener el control sobre los corredores estratégicos para lo movilización de tropas, el tráfico de armas y el control para los insumos del procesamiento de la Coca, así como su posterior comercialización. El fenómeno del desplazamiento forzado ha sido prevalente en los indígenas los cuales ha sido expulsados de sus territorios ancestrales a causa del conflicto armado, este es el hecho victimizaste es el más sobresaliente en un alto porcentaje por la dinámica de la región.

A pesar de la fuerte influencia de los actores del conflicto armado en el departamento de Guainía, en una búsqueda intensiva de bibliografía sobre el tema, no se encontró documentos que contenga el registro histórico de los hechos de violencia como son las masacres, atentados, desplazamientos masivos, etc que han ocurrido en el territorio, sin embargo esto no quiere decir que estos hechos no se hayan presentado, al contario la comunidad refiere que un gran porcentaje de los hechos de violencia se han perpetuado de manera masiva atentando contra comunidades indígenas y colonos. La unidad para las víctimas y restitución de tierras desarrolla iniciativas enmarcadas en la reparación colectiva, con acciones para la reparación de las víctimas y la dignificación de su memoria, entre estas ha tenido un fuerte impacto la estrategia de formación *“La estrategia de formación Participaz”* Unidad para las Victimas y Restitución de Tierras (2017). La entidad refiere que es una herramienta necesaria para el acompañamiento a la participación de las víctimas, y para el entendimiento de la ciudadanía en general sobre los temas relativos a la búsqueda de la paz, la reparación de las víctimas y la dignificación de su memoria, principalmente para los integrantes de las Mesas

de Participación Efectiva de Víctimas en el ámbito municipal y departamental quienes juegan un rol estratégico en la multiplicación de una cultura basada en el consenso, la reconciliación y el respeto de los Derechos Humanos.

La convivencia de las comunidades indígenas en los resguardos ha generado múltiples inconvenientes que tienen que ver principalmente con el hacinamiento y cada vez con la menor disponibilidad de recursos en el territorio para sostener a todos los indígenas, sobre todo de alimentos, esto ha generado múltiples problemas de convivencia y es clara la necesidad de reubicación o de consecución de un asentamiento temporal para la comunidad, pero las instituciones aseguran que no poseen recursos para la adquisición de tierras. El hecho de no tener un territorio propio también ha entorpecido programas e iniciativas de autosostenibilidad, saneamiento o vivienda, seguridad alimentaria, entre otros. Cabe resaltar que debido a estas condiciones de vida uno de los mayores problemas de salud de los indígenas tiene que ver con cuadros de desnutrición. Según un informe de médicos sin fronteras de sus visitas a las comunidades. Otras enfermedades más recurrentes son las diarreicas, respiratorias, parasitarias, dermatológicas y ginecobstetricias. Las enfermedades adquiridas por picadura de insectos serpientes, por ser una zona selvática.

También se han reportado vulneraciones a los derechos humanos relacionadas con la ocupación de bienes civiles, homicidios selectivos y amenazas cometidas por miembros de grupos armados no estatales. El reclutamiento forzado ha sido evidenciado incluso en los espacios escolares de internados, en los que Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) están aislados de sus familias. La principal respuesta del Estado ha estado relacionada con la acción de la Fuerza Pública. A finales de 2018, fuertes lluvias inundaron varias comunidades en el departamento. 13.757 personas (3.762 familias) resultaron damnificadas. La baja capacidad de respuesta de entidades gubernamentales locales y nacionales, y la poca presencia de organizaciones humanitarias en el territorio fueron evidentes en la respuesta a estos eventos. Las consecuencias de las inundaciones se extendieron hasta 2019. En este año se han reportado desabastecimientos e inseguridad alimentaria por pérdida de semillas, cultivos y animales; deserción escolar por el deterioro de las escuelas y por NNA (principalmente niñas) que empezaron a desempeñar otras actividades desde las inundaciones; y hacinamiento por averías en las viviendas.

Por último, hay población venezolana con necesidades humanitarias que ingresa al departamento a diario. Según Migración Colombia, desde 2019 se reciben en promedio 100 solicitudes para el acceso a permisos de permanencia en el país por día. Sin embargo, el número de personas puede ser mayor: la frontera entre este departamento y Venezuela es amplia y muchos la cruzan sin hacer un registro oficial. Por esta razón es posible que la mayoría de las personas venezolanas en el Guainía se encuentren en una condición irregular, lo que muchas veces les expone a riesgos relacionados con explotación laboral; y explotación sexual de niñas y mujeres. El riesgo de reclutamiento forzado de menores y adultos es permanente, como consecuencia de presencia de grupos armados no estatales en el

departamento y en la zona fronteriza.

Las poblaciones del margen oriental del departamento se han convertido en comunidades receptoras de familiares provenientes de Venezuela; como consecuencia de los escasos recursos, principalmente, alimentarios y de cupos educativos, se han generado tensiones entre la población venezolana y las comunidades de acogida. La discriminación y la xenofobia han sido evidentes. La dificultad de movilidad en el departamento la carencia de vías y los elevados costos del transporte fluvial y la falta de actividades económicas en las áreas rurales son algunas de las razones por las cuales la mayoría de migrantes se queden en el casco urbano de Inírida. Dentro de esta ciudad, los puntos de mayor concentración de venezolanos son asentamientos en barrios informales de zonas periféricas, donde ni colombianos ni extranjeros cuentan con acceso a servicios básicos ni condiciones dignas de vivienda.

El departamento de Guainía registra 8244 víctimas de los cuales 7539 son sujetos de reparación en este departamento. En Puerto Inírida registra 8030 víctimas de los cuales 7349 son sujetos de reparación. Los tres hechos victimizantes más relevantes registrados en el departamento de Guainía son: Desplazamiento Forzado 7874, Amenaza 485 y Homicidio 112.

En el país no se conoce un mapeo específico de iniciativas de Paz, sin embargo gobierno nacional y local diseñan estrategias y políticas públicas atendiendo a las características y capacidades de las organizaciones de la sociedad civil en las regiones afectadas por el conflicto a través del tiempo. Es así que en el departamento de Guainía, en el marco de los acuerdos de paz se han generado iniciativas que han sido confirmadas a partir de organizaciones étnicas, de mujeres, de campesinos y de jóvenes que participan de los diferentes espacios públicos y civiles que trabajan en la búsqueda de Paz para su territorio.

Entre las iniciativas de paz, reconciliación, reparación, en el 2018, se instaló el Consejo Territorial de Paz, Reconciliación y Convivencia del Guainía, que cuenta con más de 20 integrantes, entre los cuales se encuentra la ARN y otras entidades públicas y privadas con presencia en el territorio*, el gobernador de Guainía Javier Zapata refiere que "este consejo es una oportunidad para alcanzar un enfoque de democracia participativa, mejorar la implementación de las políticas de paz y lograr un enfoque práctico y real" .* (Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN), 2018). *"Guainía es un departamento en el que históricamente ha preservado la tranquilidad, sin embrago, estadísticas del Gobierno Nacional indican que la cuarta parte de la población es víctima del conflicto",* por lo tanto el plan de desarrollo departamental contiene profundas acciones que involucran a las personas en proceso de reintegración (ARN, 2018).

En cuanto a la Seguridad y Protección para Comunidades y Organizaciones en los Territorios, cabe menciona que pese a que en toda la región de Guainía existen varios grupos étnicos indígenas ubicados en su mayoría en zona rural dispersa ubicadas principalmente por el margen fluvial, el departamento no

tiene presencia de grupos de especial protección a comunidades étnicas, así mismo no se encontró información relacionada con grupos de protección de OSIEG.

En cuanto al tema de restitución de tierras, la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas refiere que, con el decreto de Ley 4633 de 2011 inicia el restablecimiento de los derechos territoriales del pueblo ancestral de los resguardos Minitas Mirolindo, Murciélago y la comunidad de Barranco Picure, pertenecientes al departamento de Guainía, donde el 21 de agosto de 2019, estas comunidades dieron su aval para que la Unidad de Restitución de Tierras (URT) comenzara los estudios preliminares para avanzar en la reparación de sus derechos territoriales. *"En este departamento se han adelantado 4 estudios preliminares que han recomendado la focalización de estos territorios para ser caracterizados"*, afirmó el director de la URT en Guainía, Rossvan Blanco Castelblanco (2019). La URT, desde la dirección territorial Bogotá afirma que continúan comprometidos para que el proceso de restitución les permita a estas comunidades conservar su identidad y sus prácticas espirituales, sociales, políticas y económicas.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el municipio.

Para efectos de su organización político administrativa, el territorio se distribuye en dos municipios actualmente (Inírida y Barranco Minas) y siete corregimientos departamentales, lo que hace al Departamento similar a Vaupés y a Amazonas con muy pocos municipios y corregimientos departamentales en una especie de limbo jurídico, debido a que la Constitución Política de 1991 abolió los corregimientos departamentales. Ellos son: Mapiripana, San Felipe, Puerto Colombia, La Guadalupe, Cacahual, Pana Pana y Morichal.

Según datos del Censo General 2005, realizado por el DANE, el total de población del departamento Guainía era de 35.230 personas, de las cuales 64,9% se auto reconocía como indígena (DANE, 2013). De acuerdo con la filiación lingüística, es posible identificar cuatro pueblos indígenas: Arawak (curripacos y piapocos); Puinave, Guahibo (sikuani); y Maku. Otros grupos minoritarios los constituyen los Banivas y Yeral (Salazar, et al., 2006). Las áreas de resguardo indígena corresponden a 96% del área total del Departamento y los centros poblados y comunidades indígenas están distribuidos según la trayectoria de los cuatro principales ríos: Atabapo, Guainía, Guaviare e Inírida que, con los numerosos caños y ríos, conforman una red fluvial básica de transporte y comunicaciones (Salazar, et al., 2006:17). Oficialmente existen 26 resguardos en el Departamento, pese a que aparecen 28 en algunas estadísticas. Nueve de ellos fueron constituidos en 1986; cinco en, 1987; siete, en 1989; tres, en 1993; uno, en 1998; y uno, en el año 2000

(Salazar, et al., 2006). Para el año 2005, el municipio Inírida contaba con 15.676 personas, de las cuales 48,8% eran mujeres, mientras que 51,2% eran hombres; 60,3% se auto reconocía como indígena (DANE 2013). del Departamento, la producción indígena se lleva a cabo con el modelo de economía itinerante propio de su cultura; cultivan yuca brava, piña, ají, algo de plátano, siendo estos elementos base de la alimentación indígena. La ganadería extensiva se realiza en las vegas del río Guaviare, "partiendo del corregimiento de Mapiripana hasta la desembocadura del río Inírida, en algunos sectores del caño Guaribén y en áreas aledañas a San Felipe, en el río Negro" (Instituto SINCHI, 2007:24). El recurso forestal se explota principalmente para aserrío, construcción de embarcaciones, talla de artesanías, así como para la construcción y renovación de viviendas tradicionales y las obras de infraestructura. La población total de Guainía se estima en 38.949 personas para el 2011, lo cual arroja una densidad promedio de 1,85 habitantes por Km2. Por su carácter de capital y mayor centro urbano, Inírida concentra 30,9% de la población total del Departamento.

En Guainía se reportan cifras actualizadas a agosto del presente año, un total de 12.704 víctimas declaradas, en su mayoría por desplazamiento forzado.

Hecho Victimizante	9760 VÍCTIMAS OCURRENCIA	12.704 VÍCTIMAS DECLARACIÓN	8255 VÍCTIMAS UBICACIÓN	7535 SUJETOS DE ATENCIÓN	10.845 EVENTOS
Acto terrorista ...	60	68	41	40	60
Amenaza	790	886	571	568	801
Delitos contra l...	19	21	18	18	20
Desaparición for...	141	58	61	53	148
Desplazamiento f...	9.153	12.283	8.049	7.340	9.500
Homicidio	140	93	122	109	151
Minas Antiperson...	1	1	2	2	1
Secuestro	45	9	14	13	45
Tortura	7	3	1	1	7
Vinculación de N...	24	9	10	10	26
Abandono o Despo...	0	0	7	7	0
Perdida de Biene...	75	66	58	58	77
Lesiones Persona...	3	1	3	3	3
Lesiones Persona...	6	0	6	6	6
Sin informacion	0	0	1	1	0

Fuente: Red Nacional de Información. Fecha Corte: lunes, 31 de agosto de 2020

La sentencia es una herramienta judicial de demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, "por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones"; la Red Nacional de Información reporta para el departamento de Guainía el siguiente registro con fecha de corte del 01 enero del 2020, que contiene el número de sentencias:



Fuente: Red Nacional de Información (2020.).

La Unidad de Respuesta Rápida (URR) del Consejo Noruego para Refugiados (NRC) ha hecho presencia en Guainía desde el segundo semestre del 2018 y ha implementado acciones humanitarias en 6 comunidades ubicadas en el oriente del departamento cercanas a la frontera con Venezuela: Comunidad Número de personas Área No Municipalizada (ANM) San Felipe Cabecera 2.400 ANM Puerto Colombia, Cabecera 5.000 ANM Cacahual, Cabecera 2.900 Comunidad Sabanitas (Resguardo Coco Coayare, Inírida) 155 Comunidad Coayare (Resguardo Coco Coayare, Inírida) 804 Municipio Inírida, Casco urbano 13.000 Fuente: Evaluaciones de Necesidades URR NRC y DANE, Proyecciones de población 2019.

La unidad víctimas en Guainía, más de 250 personas enaltecieron a las víctimas del conflicto armado, el evento de carácter cultural giró en torno a la memoria, valentía, fortaleza y empoderamiento de las víctimas, permitiendo enviar un mensaje de reconciliación a la sociedad a través de una variada agenda cultural y artística. La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas conmemoró en la capital del Guainía, el Día de la Memoria y la Solidaridad con las Víctimas del conflicto armado en Colombia, en las instalaciones del Colegio Nacional Custodio García Rovira. El evento de carácter cultural giró en torno a la memoria, valentía, fortaleza y empoderamiento de las víctimas, y permitió enviar un mensaje de reconciliación a la sociedad a través de una variada agenda. “En este departamento reside una población significativa de víctimas, fue importante para ellos que supieran que existe un día que rinde memoria a ellos. Escuchar los mensajes de reconciliación, las presentaciones culturales y las expresiones de los jóvenes permitieron que este día fuera inolvidable”, afirmó Diana Rivera, miembro de la Mesa Municipal de Participación Efectiva de Víctimas de Inírida.

Gracias al trabajo articulado de la Gobernación del Guainía con las instituciones del orden nacional, territorial, fuerzas militares, autoridades locales y pueblos indígenas, se adelantó con éxito la Feria de Servicios a Víctimas del Conflicto Armado en el Corregimiento de Barrancominas. La jornada de atención se desarrolló por primera vez durante dos días permitiendo que personas identificadas como población víctima llegaran desde comunidades y resguardos

aledaños como Pueblo Nuevo, Minitas, Miro Lindo, Laguna Colorada, entre otras para realizar el proceso declaratorio ante la Defensoría del Pueblo. Entre las cuales se destaca la casa gubernamental, el centro de salud bajo el nuevo modelo de atención para zonas dispersas, el aula de ciencia y tecnología con el programa ONDAS en el colegio Manuel Quintin Lame y el centro de desarrollo Integral (CDI) en la Comunidad de Minitas; todas estas obras con la respectiva dotación en equipos e insumos para el funcionamiento y servicio a la población del corregimiento.

Los pueblos indígenas accedieron a los servicios de la Secretaría de asuntos indígenas en la cual dimos a conocer los proyectos productivos para las comunidades, planes de vida, reglamentos internos, jurisdicción indígena, planes organizativos, proyección de infraestructura en la comunidad de Minitas y directrices para manejo de rubros en resguardos, indicó Elizabeth Barbudo, secretaría de Asuntos indígenas. La oferta institucional en el sector salud estuvo liderada por el hospital departamental a través de la jornada de especialistas en ginecología, medicina familiar, pediatría y optometría; por su parte la secretaría de salud, coordinada por Nelson Palomar prestó atención personalizada en la toma de muestras rápidas de VIH, hepatitis B y sífilis, desparasitación intestinal a población de dos a 15 años, tamizaje nutricional, búsqueda activa de sintomáticos respiratorios para tuberculosis, caracterización de sustancias sicoactivas a población escolar, promoción social al adulto mayor, derechos y deberes del usuario en salud.

Necesidades humanitarias prevalentes.

Alimentación y medios de vida Los principales retos actuales para asegurar la seguridad alimentaria en la región están relacionados con los desastres. Las inundaciones de finales de 2018 dejaron consecuencias humanitarias alimentarias relacionadas con la pérdida de cultivos, semillas y animales. Además, en zonas de frontera y noroccidental, se han presentado restricciones a la movilidad hacia zonas de cultivos, por el accionar de grupos armados y la crisis fronteriza. Por otra parte, la limitada diversificación de la horticultura, la falta de proyectos productivos y la transición alimentaria hacia alimentos procesados en comunidades cercanas a ofertas de mercado son problemáticas que contribuyen con la inseguridad alimentaria en el departamento. Respecto a la alimentación escolar, las instituciones no cuentan con acompañamiento profesional para garantizar alimentos nutricionales. Las instituciones son dotadas por el Estado con comidas enlatadas altas en químicos y alejadas de las dietas tradicionales. Adicionalmente, en la frontera se han presentado robos por parte de grupos armados no estatales de la alimentación escolar transportada por vías fluviales. Finalmente, en la zona de frontera, miembros de las comunidades se ven obligados a trabajar en actividades ilícitas relacionadas con grupos armados, cultivos de coca o minería ilegal. Para algunos, estas actividades son el único medio posible para conseguir recursos y alimentar a sus familias.

Agua, alojamiento e infraestructura, las viviendas de las comunidades, fuera del casco urbano de Inírida, son construcciones tradicionales en bahareque,

madera y techos de palma, por lo que las inundaciones de fines de 2018 dejaron afectaciones severas en su infraestructura. Hacinamiento, carencia de albergues temporales, y familias venezolanas en viviendas improvisadas en zonas de alto riesgo de inundación son las principales problemáticas de alojamiento. Además, la falta de separaciones e iluminación dentro de las viviendas limita los espacios de privacidad y seguridad para mujeres. En el departamento, sólo el 12 por ciento y el 17 por ciento de los hogares tienen acceso a servicios de alcantarillado y acueducto respectivamente6. En el área urbana hay servicio de acueducto y el Índice de Riesgo de Calidad del Agua (IRCA) es bajo. Las comunidades rurales se abastecen de agua sin tratamiento potabilizador de la lluvia, fuentes fluviales y, algunas, de pozos que necesitan de fluido eléctrico para su funcionamiento. La falta de toldillos, letrinas e instrumentos para almacenar agua son situaciones generalizadas. La ausencia de sistemas de recolección de residuos y las heces hechas cerca de las viviendas, a cielo abierto y sin precauciones, generan propagación de vectores y malos olores. En zonas de frontera se identificaron problemas asociados a la contaminación de fuentes de agua por la minería, así como restricciones para comprar materiales de construcción por extorsiones o prohibiciones de grupos armados. Tras las inundaciones de 2018, la Unidad Nacional para la Gestión de Riesgos de Desastres (UNGRD) entregó ayudas humanitarias del Banco de Materiales en varias comunidades, sin embargo, algunas personas manifestaron que no recibieron la ayuda o que los materiales recibidos no son utilizados tradicionalmente en las comunidades.

Según lo previsto en el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP y en el Plan Territorial de Salud, como de la estrategia de Atención Primaria en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social y, la Presidencia de la República firmaron el Decreto 2561 de 2014 que tiene como objetivo definir los mecanismos para mejorar el acceso a los servicios de salud de las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y el fortalecimiento del servicio en el Departamento de Guainía, teniendo en cuenta que el departamento por su dispersión poblacional, el tamaño de su población, las condiciones difíciles de transporte y los costos de prestación y administración del aseguramiento, no logra garantizar la demanda de operación mínima requerida y se busca adoptar un modelo de atención y prestación en salud para el Departamento de Guainía con un enfoque fundado en el principio de diversidad étnica y cultural, en que la familia y la comunidad sean los ejes fundamentales en el proceso, que articule los actores del SGSSS para garantizar el real y efectividad en el acceso.

“Respecto a salud, en el departamento hay un Hospital nivel II (mediana complejidad) en Inírida, un Hospital nivel I (baja complejidad) en San Felipe, 3 centros y 25 puestos de salud en las comunidades de mayor población. La falta de centros de salud en áreas rurales, las distancias y los costos de movilidad se traducen en una baja cobertura del derecho a la salud en zonas rurales”. (https://www.humanitarianresponse.info/)

Además de la falta de infraestructura y de sus malas condiciones, también se presenta carencia de personal profesional en salud y de dotación médica. Las

enfermedades más comunes son las gastrointestinales, diarreas, fiebres y alergias cutáneas, asociadas con la calidad del agua para consumo e higiene. También se presentan casos de paludismo y dengue; y en menor medida, brotes de sarampión. Algunas comunidades indígenas conservan prácticas de medicina tradicional con payés y tratamientos con plantas y prácticas espirituales propias; otras han perdido esta costumbre. Estas comunidades, ante la carencia de presencia estatal en salud, están desprovistas de cualquier tipo de atención. El desconocimiento de la población indígena de sus derechos y las rutas de atención en salud, la imposibilidad de atender urgencias médicas; asimismo la inexistencia de una estrategia de atención en salud mental y de rutas de atención física y psicológica para casos de violencia sexual limitan que las víctimas de delitos sexuales accedan y exijan atención. Por su parte, las mujeres no cuentan con seguimiento médico durante las prácticas de planificación familiar hormonal, ni durante los periodos de gestación y postparto. Tras dar a luz, deben realizar los trabajos físicos habituales en el campo y el hogar, con consecuencias para su salud física y emocional. Por último, hay comunidades fronterizas que aseguran están experimentando un aumento de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en su población.

La educación, en la mayoría de las comunidades hay acceso a educación primaria; en ocasiones con un(a) único(a) docente para los 6 grados (preescolar a quinto). Los únicos espacios educativos donde se puede cursar el bachillerato fuera de Inírida son los internados escolares que se encuentran en las comunidades de mayor tamaño. Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) de poblaciones pequeñas o medianas deben trasladarse al internado más cercano o a Inírida para acceder a la secundaria. Allí viven en hacinamiento y en infraestructuras no aptas para alojar a estudiantes menores de edad. Adicionalmente, los niños y niñas quedan expuestos a riesgos de reclutamiento forzado, consumo de Sustancias Psico-Activas (SPA) y violencia sexual. Como consecuencia, los niveles de deserción después de quinto grado son alarmantes: la cobertura neta en educación primaria es de 79 por ciento, en secundaria de 37 por ciento y en media del 9 por ciento10. Aunque en las comunidades indígenas las instituciones son operadas por Asociaciones Étnicas, los currículos de estudio son proporcionados por el Ministerio de Educación y carecen de un énfasis Etno-educativo. Sumado a esto, la falta de recursos para la educación en estas zonas, limitan la dotación de los centros educativos y la dotación pedagógica que requieren los docentes. En el segundo semestre de 2018, las inundaciones generaron afectaciones en las escuelas, varias instalaciones resultaron afectadas y en algunos centros educativos se suspendieron clases hasta por 45 días. Esta situación expuso a menores de edad a dinámicas de explotación laboral infantil y matrimonios precoces. En el 2018 se reportó un aumento en la deserción escolar, con mayor impacto en estudiantes de sexo femenino. A pesar de estas situaciones, las instituciones no cuentan con planes de respuesta a emergencias. En los corregimientos fronterizos, en medio de las capacidades limitadas de las instituciones, la matrícula de 2019 se incrementó por el incremento de menores de edad de nacionalidad venezolana.

El concejo Noruego para Refugiados (2019) en su publicación Contexto

humanitario de Guainía registró que “La población indígena desconoce sus derechos y las rutas de atención en el marco del conflicto armado. Asimismo, hay hombres y mujeres indígenas que afirman tener miedo de declarar o denunciar violaciones a sus derechos por posibles represalias, y por la desconfianza que tienen hacia las débiles entidades del Estado y hacia las rutas de atención que consideran descontextualizadas”.

En materia de género, sobre las mujeres recae una sobrecarga de trabajo que limita su participación en la vida pública y social comunitaria. Durante el trabajo con ellas, las mujeres plantearon ser víctimas de distintos tipos de violencia basada en género asociados a su vida familias: violencia sexual y psicológica, matrimonios precoces forzados y vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos. Además, se evidenció un desconocimiento de las rutas de atención. En relación con los menores de edad, las comunidades denunciaron el aumento en consumo de sustancias psicoactivas y su vinculación a redes de microtráfico en zonas urbanas y rurales; además se presentan altos niveles de deserción escolar en el oriente del departamento por migraciones económicas familiares, en buena parte hacia las minas auríferas venezolanas. En la frontera con Venezuela, la presencia grupos armados no estatales generan dinámicas de control social, restricciones a la movilidad, reclutamiento y vinculación de menores, desapariciones, violencias sexuales en el marco del conflicto y desplazamientos forzados individuales.

En cuanto a programas de promoción y prevención de la salud de las víctimas del conflicto armado, como se mencionó en la introducción, en el departamento de Guainía en el año 2018 se implementó una vigencia del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Personas Víctimas del Conflicto Armado” PAPSIVI”, durante 6 meses, con durante 2 ciclos de atención con un número de 759 personas atendidas, en la modalidad familiar se atendieron 420 personas, en la modalidad individual 29 personas, y en la modalidad comunitaria 310 personas. De la modalidad familiar 405 personas fueron atendidas en el nivel de consejería y apoyo, y 15 personas en el nivel terapéutico; en cuanto a la modalidad individual hubo 22 personas en el nivel de consejería y apoyo, 4 personas en el nivel de consejería y apoyo-técnica individual grupal; y 3 personas en el nivel terapéutico. El principal logro de estas atenciones fue promover el derecho a la reparación integral por los daños causados directa o indirectamente con ocasión a los hechos de violencia vividos, a través del acceso a esta medida de rehabilitación psicosocial y en salud integral de la población víctima del conflicto armado, que en su mayoría son personas pertenecientes alguna comunidad étnica de la Orinoquia colombiana, y que han sufrido la violación de Derechos Humanos y/o el Derecho Internacional Humanitario.

En el ejercicio de análisis en la dinámica de contexto cultural, social, político y económico del departamento de Guainía, hay un factor preponderante en relación a los proceso de violencia, y esté es la extracción de recursos naturales en territorios de pueblos indígenas, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en el Programa de “Gobernabilidad Democrática” en el año 2012, refiere el Caso Guainía “minería en territorios indígenas de la

Orinoquia y la Amazonia Colombiana", evidenciando conflictividad asociada a las industrias extractivas. Aun tratándose de extensos territorios legalmente constituidos en calidad de resguardos indígenas, la apertura estatal para que se acceda y extraigan sus recursos naturales se viene dando a expensas de los atributos y derechos colectivos de los pueblos que son titulares de la propiedad sobre estos territorios. En consecuencia, este territorio biodiverso y con riqueza étnico-cultural, ha significado la desprotección y el despojo de muchos de los pueblos indígenas que allí habitan, al punto que muchos de ellos se hallan actualmente en condiciones de extinción como pueblos diferenciados sin que se produzca una acción consistente y contundente por parte de la sociedad y el Estado colombiano, desafortunadamente la historia del país, en territorios como esté está relacionada con una serie de sucesos nefastos como lo fueron las caucherías, las guahibiadas y otros episodios en los cuales se propinó un daño irreversible a los indígenas de la Amazonia y la Orinoquia por cuenta de la extracción masiva de recursos y de la imposición del modelo económico hegemónico. PNUD (2012).

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio.

	Nacional			Departamento Guainía		
	diciembre 2018	diciembre 2019	agosto 2020	diciembre 2018	diciembre 2019	agosto 2020
Sisbén 1	27.140.038	27.867.556	26.603.855	8.224	10.437	10.844
Sisbén 2	2.787.974	2.920.321	3.633.125	1.247	1.951	1.939
PPNA	525.698	312.696	0	289	138	0
Contributivo	22.378.384	22.909.679	22.622.358	5.268	4.465	5.127
Subsidiado	22.658.108	22.808.930	24.197.577	38.166	41.377	41.332
Excepción & Especiales	2.138.117	2.244.341	2.205.071	880	834	832
Afiliados	47.174.609	47.962.950	49.025.006	44.314	46.676	47.291
Población DANE	49.834.240	50.374.478	50.731.595	43.446	44.134	44.605
Cobertura	94,66%	95,21%	96,64%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

Se identifican como principales logros y retos en la atención integral en salud a población víctimas

- Aseguramiento del 100% de la población víctima

- Articulación del sector con los entes territoriales y el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas – SNARIV.

- Procesos de coordinación con las diferentes entidades de la región. (Secretarias de Salud, EPS e IPS)

- Implementación progresiva y participativa del PAPSIVI con las víctimas del conflicto armado.

- La EPS que concentra la afiliación de la mayoría de personas víctimas es Coosalud.

En cuanto a la reparación desde la medida de rehabilitación por parte del ministerio cabe mencionar el Programa PAPSIVI, el cual en el Municipio de Puerto Inírida según información referida por la referente de victimas de Secretaria Departamental de Salud-Guainía, el programa se implementó en este municipio para vigencia 2017-2018, alcanzando una meta de atención de 623 personas víctimas del conflicto armado; en esta implementación se evidenció que en el municipio el mayor número de víctimas es población indígena; esto se relaciona con las características poblacionales del contexto, donde se refleja que 65% de la población pertenece a alguna etnia y su mayoría vive en zona rural dispersa.

De la vigencia anterior no se encontró registro de acciones de socialización del programa PAPSIVI, la información antes expuesta fue suministrada por la referente de víctimas de la Secretaria Departamental de Salud. Tampoco se encontró registro de información de socialización la resolución 1166/2018, por la cual se adoptan los lineamientos para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado; desde la política del buen cuidado que apoya a las entidades del SNARIV en la sensibilización y socialización para la formación en cuidado del talento humano.

El Plan de Acción Territorial (PAT), para la vigencia 2020-2023, contempla el proyecto “Unidos hacemos más por la convivencia social y la salud mental de los Iníridenses”, dicho proyecto se enfoca en la promoción de la salud mental y la convivencia social, adicionalmente a la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia.

Cuando se creó el PAT 2020-2023 no se tuvo en cuenta el componente de atención psicosocial del PAPSIVI 2020-2021 ya que no se encontraba en funcionamiento, según información suministrada por funcionario de Salud Pública de la Secretaria Departamental de Salud.

En la vigencia actual (2020-2021), el día 17 de Septiembre se socializó y articuló con la Administración Departamental y entidades del municipio focalizado la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas-PAPSIVI, vigencia 2020-2021, a través de la presentación

del convenio, de las generalidades (marco conceptual-metodológico) y del equipo de Coordinación Técnica, Articulador y Psicosocial del programa. Finalizando la vigencia se espera socializar y entregar resultados de la implementación del Programa.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

Oferta Institucional para Víctimas del Conflicto Armado en el Departamento de Guainía en el Municipio de Arauca.

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: el ICBF cuenta con diversos programas para niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos mayores y protección para los mismos. Además, tiene un programa de alimentación para hogares de víctimas del conflicto armado en la fase de transición; atención de trámite extraprocesal; y apoyo psicológico.
- Defensoría del Pueblo: Toma de declaraciones, asesorías jurídicas y atención psicológica.
- Procuraduría General: Vigila a las entidades públicas que deben atender a la población víctima para que cumplan con las normas constitucionales y legales que exigen la protección de los derechos de las personas víctimas del conflicto armado. Recibe toma de declaraciones de hechos victimizante en el marco de la Ley 1448 de 2011, orientando en derechos e informando las entidades a las que pueden acudir para que sean atendidos oportunamente.
- Sena Regional Guainía: Programa de atención a víctimas del conflicto armado; formación complementaria; formación titulada; jóvenes rurales emprendedores; servicio público de empleo; y, unidad de emprendimiento y evaluación por competencia.
- Departamento para la Prosperidad Social: el DPS tiene programas como: Más familias en acción, jóvenes en acción, operación prolongada de socorro y recuperación, incentivo a la capacitación para el empleo y capitalización micro-empresarial, mujeres ahorradoras en acción y música para la reconciliación. En el departamento se inicia con el programa de jóvenes en acción. Frente a la emergencia sanitaria, como iniciativa de la presidencia de la república, se realiza la entrega de incentivos a participantes de los programas Familias en Acción y Jóvenes en Acción de Prosperidad Social, como alivio para los hogares en condición de pobreza y vulnerabilidad en el marco de la emergencia por Covid-19.
- Instituciones Educativas: El departamento de Guainía cuenta con 36

instituciones educativas de educación básica primaria y secundaria, de los cuales 6 son en el área urbana y 30 en el área rural. Cabe mencionar un factor de riesgo para los estudiantes de avanzada edad, según refiere la comunidad, y es que en el territorio no hay una oferta flexible para la educación de adolescentes y jóvenes que se encuentran en extra edad, provocando mayores riesgos para la vinculación con grupos organizados armados.

- Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres: Realiza gestión ante la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres de la Presidencia de la República de Colombia (**UNGRD**) la entrega de ayuda de emergencias, y subsidios de arrendamiento como medida inmediata para atender a las familias y/o personas que víctimas de desastres, principalmente frente a la eminentes inundaciones a las que está expuesto el territorio por sus características geográficas.
- Capacidades Nacionales: La Cruz Roja Colombiana, se encuentra presente en el territorio realizando atención básica de salud en unidad móvil, con apoyo de la Cruz Roja Alemana.
- Capacidades Internacionales: La OPS y CRC brindan asistencia técnica en temas relacionados con agua y saneamiento básico, suministro de filtros familiares domiciliarios, mosquiteros y apoyar a la entidad territorial y nacional en la preparación y ejecución de un plan sectorial de respuesta.
- ONG: En Puerto Inírida no hay presencia permanente de ONG internacionales, ni Agencias ONU. No obstante, en el municipio tiene presencia la ONG Pastoral Social, que ha brindado ayuda humanitaria en el sector de alimentos.
- Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas: La UARIV es la responsable de la operación de la Red Nacional de Información para la Atención y Reparación a las Víctimas. De igual manera, es la responsable del funcionamiento del Registro Único de Víctimas. La UARIV cuenta con un equipo interdisciplinar formado para promover la participación efectiva de las víctimas en su proceso de reparación.

- En cuanto a la atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, la entidad territorial de Salud, la EAPB, E IPS no cuentan con un personal formado en atención en salud con enfoque psicosocial. Es por ello que la referente de víctimas de la Secretaria Departamental refiere que en la actual vigencia se hizo la solicitud de un curso de formación al MSPS para médicos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales del hospital y clínicas del departamento y municipio, y de esta manera se puedan coordinar las siguientes acciones para una adecuada implantación del protocolo de atención integral en salud.

- IPS: Inírida cuenta con el Hospital Manuel Elkin Patarroyo ESE de segundo nivel, ubicado en el casco urbano. Presta el servicio de consulta externa, urgencias, hospitalización, sala de partos, farmacia, ambulancia, ginecobstetricia y quirófanos. El Hospital atiende y presta una atención primaria de salud a pacientes del departamento y también de Vichada por facilidad de acceso de dicha población, también mucha población de migrantes venezolanos. Los pacientes son remitidos a Villavicencio cuando

la complejidad de la patología es mayor. Existen puestos de salud en Merey y en Cacahual para atención primaria el de Merey es atendido por un promotor de salud. La ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo es la única IPS que cumple con los criterios de habilitación para funcionamiento, ubicada en la cabecera municipal y Tres (3) Centros hospitales de salud y veinte nueve (29) puestos de salud; los servicios que ofrece el Hospital corresponden a actividades de baja y mediana complejidad, servicios de promoción y prevención y actividades de ejecución de los planes de intervenciones colectivas PIC en salud pública lo cual le corresponde atender a todos los habitantes del Departamento del Guainía.

- EPS: Coosalud: Es la única EPS en el departamento de Guainía, que administra los planes de beneficio en este departamento, siendo la encargada de hacer la afiliación, el registro de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el recaudo de los aportes que trabajadores y empleadores deben hacer por ley para acceder al servicio.
- Finalmente, siguiendo con la descripción de oferta institucional y rutas de atención para población víctima, no se encontró información relacionada a instituciones privadas, y talento humano en salud (profesionales en medicina, enfermería, psicología y trabajo social, entre otros; promotores o gestores comunitarios en salud, etc) que hagan presencia en el departamento con acciones dirigidas a la atención de población víctimas del conflicto armado.

Se adjunta directorio de entidades territoriales de orden departamental y municipal y entes de control:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	ENTIDAD	TELEFONO	CORREO
ELIANA PATRICIA PEÑA CAMARGO	SECRETARIA DE SALUD	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	3138894041	secretariasalud@guainia.gov.co
LUCERO LOPEZ	CORDINADORA DE PROMOCION SOCIAL SSD	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	3144650104	promocionsocialssdguainia@gmail.com
CHIRLI DULCEY HERNANDEZ	REF VICTIMAS. SSD	REFERENTE DEL PROGRAMA DE VICTIMAS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	3176754489	shirley.dulcey@gmail.com
LILIANA FALLA PADRON	SECRETARIA DE GOBIERNO MUNICIPAL	ALCALDIA	3226522785	secregobierno@inirida-guainia.gov.co
PAUDER VILLACORTE	ENLACE MUNICIPAL DE VICTIMAS	ALCALDIA	3125094718	
CLAUDIA ARANGO	SECRETARIA DE GOBIERNO Y ADMINISTRACION	GOBERNACION		secrateriagobierno@guainia.gov.co
ALVARO ENRIQUE MORALES	GERENTE	HOSPITAL MANUEL ELKIN PATARROLLO	fijo 5656500	girs.hmep@gmail.com
ALONSO MONTENEGRO	PUNTO DE ATENCION A VICTIMAS	DPS	3106259862	hector.montenegro@prosperidadsocial.gov.co
YUBER FABIAN TORRES BUSTOS	PERSONERO MUNICIPAL		3132591986-3208963604	personeriadeinirida@hotmail.com
EMMILY VIVEL SANTOS LARGOS	DEFENSORA DEL PUEBLO		3108539344	guainia@defensoria.gov.co
EFRAIN VARGAS CASTAÑEDA	REPRESENTANTE DE LA MESA DE PARTICIPACION DE VICTIMAS		3128137257	mdguainia2021@outlook.com
	coosalud	eps	3167449311	nvillegas@coosalud.com
MONICA PATRICIA PEÑA VAQUERO	COORDINADOR DE OPERACIONES REGIONAL LLANOS	EPS MEDIMAS	3012856574	mppenab@medimás.com.co
ICBF				correspondencia.guai@icbf.gov.co
POLICIA NACIONAL	SANIDAD,	POLICIA DEPARTAM	3505561112	degun.upres@policia.gov.co
COMISARIA DE FAMILIA			3104800128	comisariadefamiliainirida@gmai.com
CLINICA SAN GREGORIO HERNANDEZ	CENTRO MEDICO	CLINICA PRIVADA	3232213425-3232212180	ipscmsgh@gmail.com
CLINICA SALUD Y VIDA			3178774359	clinicasaludyvidasas@gmail.com
CATEDRAL INIRIDA	TEMPLO RELIGIOSO	IGLESIA,	3165302662	catedralinirida@gmail.com

Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

Para analizar las barreras con las que actualmente se enfrentan las personas que han sido víctimas del conflicto armado en Puerto Inírida Guainía, o que actualmente se encuentran en esta región debemos comenzar con el acceso, teniendo en cuenta que es un departamento en el que sus únicas vías de acceso son por medio fluvial o aéreo y está delimitado principalmente por selva, lo que ha dificultado que existan algunas vías terrestres que comuniquen el departamento al interior del país. Por vía aérea , los vuelos llegan al aeropuerto Cesar Gaviria Trujillo, en donde la única empresa que presta servicio comercial es Satena, empresa que antes de la pandemia por el Covid 19, hacia dos líneas semanales, actualmente no hay ingreso al departamento vía aérea hasta nueva orden según las disposiciones del Gobierno y de la aeronáutica civil, esto sin mencionar los altos costos de los pasajes de esta aerolínea hacia este destino teniendo en cuenta que se encuentra monopolizado y al no haber competencia los precios no son muy accesibles a la comunidad en general.

Al hablar de víctimas sujetos de espacial protección, como son los niños, niñas y adolescentes, es posible asegurar que han tenido que sobrevivir y aprender a sobrellevar el impacto que han generado los hechos victimizantes en sus diferentes áreas del desarrollo, y en su dimensión psicosocial, teniendo en cuenta los efectos que generacionalmente ha causado el conflicto armado en esta población y considerando que todas aquellas experiencias traumáticas a las que han sido expuesto aumentan la sensación de vulnerabilidad y desesperanza ante las instituciones que deben encargarse de garantizar sus derechos.

Las dificultades de acceso al territorio también han generado una barrera de acceso a las instituciones, situación que se ve reflejada en el constante acoso de grupos armados al margen de la ley (disidencias), en búsqueda de lograr el reclutamiento forzado de niños niñas y adolescentes, teniendo en cuenta muchos de estos no tienen contacto permanente con sus familias al encontrarse estudiando en internados y lo que facilita que las disidencias busquen la manera de acercarse a ellos y que estos a su vez no tengan un apoyo institucional a donde denunciar y buscar protección en estos casos especiales.

La falta de protección y acompañamiento interinstitucional hacia los jóvenes que han sido víctimas de reclutamiento forzado y que aún al ser desvinculados de los grupos armados, no han tenido la garantía de seguridad y protección de la información y siendo en muchos casos de conocimiento público, lo que hace que ante la población sean cuestionados y también señalados por haber sido parte de estos grupos sin tener en cuenta que son también víctimas del conflicto armado al haber sido reclutados de manera forzada siendo todavía menores de edad.

Algunas de las personas en situación de discapacidad refieren que permanentemente tienen que enfrentarse a barreras de acceso a la oferta institucional, principalmente en temas relacionados al sistema de seguridad social en salud, quienes en vez de tener un trato diferencial, experimentan limitaciones en su integración a la sociedad debido a que consideran que ni siquiera logran acceder a citas médicas básicas o garantizar su asistencia a estas cuando las obtienen, teniendo en cuenta las distancias entre sus lugares de vivienda y el hospital del municipio, adicionalmente refieren que en general no logran obtener respuesta pertinente en cuanto a las fórmulas médicas y la adquisición de los medicamentos básicos para sus tratamientos, esto sin ahondar en la posibilidad de tener acceso a citas con especialistas y tratamientos más especializados.

Dentro de la información recopilada con la comunidad también se logra establecer que las personas en situación de discapacidad no tienen actualmente un programa que les ayude por lo menos a tener acceso a sus tratamientos en búsqueda de una mejor calidad de vida, tampoco a programas de subsidios o enfocados al mejoramiento de su calidad de vida y mucho menos de sus cuidadores, haciendo que generalmente no sea solamente la persona en situación de discapacidad la afectada por la ausencia de estos programas, sino también su familia y principalmente sus cuidadores los cuales deben tener una inversión casi del 100% de su tiempo en la actividades de cuidado y protección de la persona en situación de discapacidad, esto sin tener en cuenta que cuando no existe un cuidador son personas que viven en estados lamentables de abandono y sin ningún seguimiento en su salud física y/o mental.

Las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado, han encontrado problemas institucionales de las entidades encargadas de investigar y judicializar los autores de estos hechos victimizantes, en donde muchos casos no han sido resueltos por la falta de presencia del estado en estos municipios para realizar buenos procesos de investigación y judicialización, obligándolas a vivir en ocasiones cerca o teniendo que ver a sus victimarios dentro de su comunidad y permitiendo que el miedo se apodere de sus vidas, evitando siquiera a hacer un seguimiento a sus procesos con tal de proteger su vida y a de sus familias.

En cuanto a la población de adultos mayores la comunidad manifiesta que son una población que también es muy poco el acompañamiento que tiene de parte del estado y otras instituciones, que una gran cantidad de ellos viven en condiciones de pobreza y abandono por encontrarse en veredas muy alejadas en las cuales muy pocas veces las entidades logran el ingreso y la intervención, adicionalmente que los pocos programas que existen tienen una gran carga de barreras administrativas que llevan a la gente a desistir de solicitar algún tipo de subsidio o ayuda económica.

Las comunidades étnicas, principalmente la indígena y afro son comunidades que han logrado un poco más de reconocimiento, teniendo en cuanta que más

del 65% de la población total de Guainía es indígena y han logrado una mayor representación en los programas del estado y ante la comunidad en general, estableciendo asociaciones que ante todo les han permitido mantener un vínculo cultural con sus prácticas y costumbres y que tras ser víctimas del desplazamiento forzado llegaron al municipio huyendo de la violencia o en la búsqueda de una mejor calidad de vida en la época del auge de los cultivos y comercialización de la hoja de coca.

Dentro de la comunidad de personas con orientaciones sexuales no hegemónicas se encuentran barreras de tipo actitudinales por parte de algunas personas de la comunidad del departamento, pero aun así han ganado mucho terreno en cuestiones de aceptación y respeto frente a la diversidad que tienen respecto a sus prácticas, preferencias y orientaciones sexuales que para muchos está en contra de lo que para ellos es reconocido como “normal” o aceptado socialmente.

6. Estado de emergencia sanitaria por COVID-19

Decreto 215 de 2020

" Por la cual se declara emergencia sanitaria en el departamento del Guainía y se adoptan medidas de preparación, contención y mitigación del riesgo causadas por el coronavirus (COVID-19), y se dictan otras disposiciones."

Decreto 0260 de 2020

Por la cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orfen público en el departamento de Guainía. Relacionado con disposiciones de movilidad y toque de queda para ríos Atabuapo y Guanía.

Decretos 220, 228, 237, 246 (marzo, abril y mayo): Se imparten instrucciones para emergencia sanitaria y el mantenimiento del orden público en Guainía.

Decreto222 (marzo): Se declara situación de calamidad pública en Guainía.
Fuente: https://reliefweb.int/

El 21 de marzo de 2020, la administración "Unidos hacemos más" da a conocer el decreto N° 054 del 20 de marzo de 2020, el cual se expide en coordinación con el Ministerio del Interior. Deja sin efectos los Decretos N° 051 del 17 de marzo de 2020 y el N° 052 del 18 de marzo de 2020 y se adoptan otras disposiciones. Finalmente, al ser un consenso entre el Gobierno Nacional y Municipal es de obligatorio cumplimiento, dando como resultado la normatividad definitiva en materia de orden público en Inírida para la prevención del COVID – 19. http://www.inirida-guainia.gov.co/

Para septiembre de 2020. Según página de la Procuraduría General de la Nación solicitó al Gobierno nacional apoyo inmediato para el departamento de Guainía, ante el aumento en un 326,2% de los casos de covid-19 y la ocupación al 100% de las 10 camas UCI con que cuenta el sistema de salud en ese territorio.

Precisó el Ministerio Público que para el 1 de septiembre el departamento tenía un reporte de 156 positivos para el coronavirus y 17 días después esa cifra se había incrementado a 353, lo que representa un promedio de 20,7 casos nuevos por día.
En comunicación al Ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz Gómez, la PGN solicitó que se garantice el incremento de camas de cuidados intensivos debidamente dotadas, para la atención oportuna y eficaz no solo de los habitantes de los 2 municipios y 6 corregimientos que tiene el departamento, sino los de la región, así como apoyo técnico interdisciplinario para controlar el alto porcentaje de personas contagiadas por el covid-19.

Así mismo, que se establezca un plan articulado con las entidades promotoras de salud que cuenten con población asegurada en ese ente territorial, “para garantizar el traslado oportuno de pacientes que requieran atención médica prioritaria y no puedan ser atendidos en la región dadas las limitaciones de infraestructura hospitalaria actual”. https://www.procuraduria.gov.co/portal

Plan Cubrimiento Extramural Para La Contención Covid 19 En Área Rural Del Departamento De Guainía

Este plan tiene como propósito garantizar grupos extramurales interdisciplinarios en el área rural del Departamento de Guainía y en la cabecera municipal de Inírida, que realicen acciones de prevención, control y contención de los eventos en salud pública, a través de las siguientes actividades:

- Búsqueda activa en los 8 de casos en los Corregimientos Departamentales (Mapiripana, Garza Morichal, Campo Alegre, La Guadalupe, San Felipe, Puerto Colombia y Cacahual y Barrancominas) y la localidad de Punta Tigre.
- Desarrollo de acciones para la detección y atención temprana del COVID-19 en el Municipio de Inírida.
- Registro de información de forma real, actual y oportuna.
- Implementación de la ruta para el manejo de casos COVID -19.
- Desarrollo de acciones en saneamiento básico encaminadas a la garantía de agua segura en los puntos establecidos.

Los equipos extramurales en el área rural dispersa del departamento, realizan acciones de prevención y promoción buscando reducir los riesgos de contagio y así que la población adopte medidas para reducir las probabilidades de expansión de la enfermedad. Son 9 equipos distribuidos en las comunidades indígenas del Departamento de Guainía, abarcando los corregimientos y comunidades más alejadas y próximas a fronteras y distribuidos por cuenca hidrográfica. El departamento de Guainía cuenta que más del 60% de la población pertenece a una etnia, es así se dentro de las medidas extramurales se contempló la socialización de la circular 0015 para grupos étnicos

Circular 0015. Medidas Preventivas Para La Propagación Del Covid-19.



Mapa conceptual extraído del plan-de-vigilancia-epidemiologica-operacion-municipio-y-cubrimiento-extramural-departamental de Guainía (2020).

Rutas de Atención en Casos De Presentar Síntomas Asociados A Covid-19, estas se activan por medio de las siguientes líneas de atención:

- Líneas de atención de las Secretaria de Salud Departamental: (8) 5656251-3117421983 – 3117447006.
- Líneas atención covid-19 departamento de Guainía: 3213945304-3213945302-3105755675.
- Ambulancia: 3168641411.

Bibliografía

Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN). (23 de 02 de 2018). Obtenido de GOV.CO: http://www.reincorporacion.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias/Paginas/2018/01/Guain%C3%ADa-ya-cuenta-con-Consejo-Territorial-de-Paz,-Reconciliaci%C3%B3n-y-Convivencia.aspx

"URT avanza en la reparación de derechos territoriales de las comunidades indígenas de Guainía" Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas (URT). (21 de agosto de 2019), Obtenido de GOV.CO: https://www.restituciondetierras.gov.co/search?p_p_id=com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet_mvcPath=%2Fview_content.jsp&_com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet_redirect=%2Fsearch%3Fq%3Dguain%25C3%25ADa&_com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet_assetEntryId=285909&_com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet_type=content&inheritRedirect=true

"En Inírida, Guainía, la Unidad para las Víctimas lidera el proceso de formación Participaz" (06 de diciembre del 2017), Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, obtenido en: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/participacion/en-inirida-guainia-la-unidad-para-las-victimas-lidera-el-proceso-de-formacion

"Invención, Colonización Y Memoria Indígena En La Narrativa De Fray Bernardino De Sahagún (2016)", Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de Posgrado en Estudios Latinoamericanos (PPELA-UNAM), México D.F. MéxicoScielo, enlace: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-26812016000100008

Historia del Departamento del Guainía, Gobernación de Guainía (2020), Obtenido en: http://www.guainia.gov.co/departamento/historia-del-departamento-del-guainia

Red Nacional de Información (2020), Fuente: RNI - Red Nacional de Información Fecha de corte: 01 ene. 2020, del enlace: https://cifras.unidadvictimas.gov.co/. Pueblo Curripaco pdf, Enlace: https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/upload/SIIC/PueblosIndigenas/pueblo_curripaco.pdf

Demografía y población- Dane (2013), Censo Nacional de Población: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion

"Estudio de caso Minería en territorios indígenas del Guainía en la Orinoquia y la Amazonia colombiana", PNUD (2012), obtenido en: http://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2013/04/PNUD_ESTUDIO-DE-CASO-_Miner%C3%ADa-en-el-Guain%C3%ADa_Diana-A.-Mendoza_Nov-1-2012.pdf

Consejo noruego para refugiados (2019), enlace: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/documento_sitrep_guainia1.pdf.

Gobernación de Guainía (2020), enlace: http://www.guainia.gov.co/

Unidad De Atención Y Reparación Integral Para Las Víctimas (Uariv). Registro Único De Víctimas, 2019. En El Enlace: Https://Bit.Ly/2j54z7w

Estado situacional Guainía Covid-19, Gobernación de Guainía, del enlace: http://www.guainia.gov.co/noticias/reporte-160-estado-situacional-coronavirus-en-guainia

Plan-de-vigilancia-epidemiologica-operacion-municipio-y-cubrimiento-extramural-departamental de Guainía (2020), PDF descargado del enlace: https://guainia.micolombiadigital.gov.co/sites/guainia/content/files/000561/28018_plan-

de-vigilancia-epidemiologica-operacion-municipio-y-cubrimiento-extramural-departamental.pdf

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE: GUAJIRA



Tomado de: Gobernación Guajira http://www.laguajira.gov.co/web/

Contenido

1 Introducción..... 3

2 Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento. 4

3 Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el Departamento. 7

4 Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio..... 15

5 Oferta institucional y rutas de atención para población víctima 17

6 Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 19

7 Estado de Emergencia Sanitaria Por COVID 19 21

8 Referencias bibliográficas 30

1 Introducción.

En el marco del Convenio de asociación 469 de 2020 suscrito entre la Fundación Forjando Futuros y el Ministerio de Salud y Protección Social, se está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) en la Región (1), conformada por los departamentos de Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Córdoba, Sucre, Cesar, Guajira, Magdalena, Guainía, Vichada y Arauca. En el Departamento de La Guajira para la atención a través del PAPSIVI, se priorizaron para la vigencia 2020, seis (6) municipios del departamento: Dibulla, Maicao, Riohacha, San Juan del Cesar, Urumita y Villanueva.

En este documento se presenta la actualización del análisis del contexto del Departamento de La Guajira, siguiendo las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en este sentido este documento contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Para la recolección de información se utilizaron fuentes primarias y secundarias que alimentan la construcción del documento. Las fuentes primarias consultadas son los reportes verbales de servidores públicos municipales y relatos de población víctima del conflicto armado obtenidos a través de entrevistas. Las fuentes secundarias utilizadas fueron: Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023, datos de la Red Nacional de Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, documentos diagnósticos de diferentes entidades que conforman el SNARIV, entre otros.

En la construcción de este documento participaron el equipo articulador de la Guajira, (Asesora, Psicosocial y Técnico en Salud), y fue revisado por la Coordinación, quienes son las responsables en esta vigencia de dar cuenta del proceso de implementación PAPSIVI, por lo tanto, este es un insumo clave para proyectar las acciones encaminadas a la garantía del cumplimiento de cada uno de las actividades del plan operativo PAPSIVI de la vigencia 2020 - 2021 a nivel nacional, aterrizado al territorio, en el marco de la emergencia sanitaria por Covid -19.

La Guajira es uno de los departamentos del Gobierno Nacional que ha priorizado municipios de postconflicto; de los 15 Municipios del Departamento, en la actualidad se priorizan ocho (8) (Albania, Dibulla, Hatonuevo, Maicao, Manaure, Riohacha, San Juan Del Cesar, Uribia)1 y de estos, en la vigencia

actual del PAPSIVI, se trabajará con cuatro (4): Dibulla, Maicao, Riohacha y San Juan Del Cesar. Adicionalmente, es importante referenciar que, “hasta ahora, tres municipios de ese departamento se han beneficiado con el avance de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial” (PDET) (2), de los cuales, en el PAPSIVI, para esta vigencia se intervendrá en Dibulla y San Juan del Cesar.

Entre los beneficios que el Gobierno ha planteado para La Guajira en el marco del restablecimiento de los derechos de las victimas el conflicto armado, a luz de la Ley 1448 de 2011 (Ley de Victimas y restitución de tierras) (3) y específicamente en términos de rehabilitación en salud física y psicosocial, se viene implementando en el Departamento el PAPSIVI desde el año 2014, inicialmente liderado por la Entidad territorial Departamental (2014 y 2015) donde se priorizaron los 15 municipios y luego por medio de operadores del MSPS desde el 2016 en adelante quienes priorizaron municipios con mayor número de víctimas del RUV, sentencias, hechos históricos de violencia, sujetos de reparación colectiva, masacres, atentados, desplazamientos masivos.

Para el departamento de la Guajira se priorizaron 7 municipios para el postconflicto Albania, Dibulla, Hatonuevo, Maicao, Manaure, Riohacha, San Juan Del Cesar, priorizados por la presencia de las Farc, las acciones armadas con participación de las Farc, desarrollo y pobreza, necesidades humanitarias y capacidades locales.

Con los avances en cada una de las vigencias implementadas del Papsivi, se ha logrado posicionar el programa en ante las distintas entidades del SNARIV, además con los líderes y lideresas, así como con las mesas de Victimas el Conflicto Armado, se cumplieron las metas de atención psicosocial con equipos psicosociales capacitados a quienes año tras año se le fortalecen sus capacidades. Se logro hacer incidencia para promover la implementación del protocolo de atención en salud con enfoque psicosocial en el Departamento, lo que facilito que se contratara a un equipo profesional en la secretaria departamental exclusivamente para avanzar en este aspecto.

2 Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento.

La Guajira es un territorio fronterizo y culturalmente diverso, cuya economía está sostenida en la minería extractiva, que durante más de 40 años ha estado sin encadenamientos productivos importantes con el resto de los sectores de la economía del departamento; el cual tiene 20.848 km2 de extensión de frontera; al norte cuenta con 354 kilómetros de costa que la sitúa en una esquina de oportunidades inmersa en la cuenca del Caribe insular y continental de la que hacen parte 28 territorios; ubicación geográfica que facilita el acceso a puerto ilegales para el contrabando y la definición de rutas del narcotráfico, para ingreso y salida del país. Por el sur limita con el Departamento del Cesar; por el oriente comparte 220 kilómetros con el Estado Zulia en la República Bolivariana de Venezuela, lo que ha generado un dialogo

y tránsito de la población venezolana y colombiana de un lado y del otro de la frontera, lo que tradicionalmente se ha traducido como puerta abierta al tráfico legal e ilegal entre los dos países; situación coyuntural para el desarrollo del conflicto armado (de Colombia) en la zona a través de los años hasta hoy, por la dificultad de vigilar el amplio límite con Venezuela facilita las actividades ilegales.(4)

Indiscutiblemente el conflicto armado en esta zona del país se constituye como el precursor del desplazamiento forzado, el cual se evidencia tácitamente por factores como el contrabando, la corrupción, la insurgencia paramilitar, el departamento de la guajira no fue ajena, convirtiéndose así en puerto de llegada de desplazados.

La fundación Paz y reconciliación en un reportaje realizado en febrero de 2020, expresa que “en la frontera de La Guajira y el departamento del Cesar se ha dado un cambio drástico en las condiciones de vida de sus pobladores debido al aumento de Grupos Armados Ilegales, crimen organizado transnacional, grupos armados organizados, desplazamiento forzado y economías ilegales. (5)

Según el informe “Sin dios ni ley”, realizado por PARES, los principales actores identificados en esta zona son: El Ejército de Liberación Nacional (ELN), El Clan del Golfo, Los conquistadores de la Sierra Nevada de Santa Marta y Conquistadores de La Guajira, al igual que grupos de delincuencia transnacional (Banda La Zona, Los Chacones, Pranes venezolanos, bandas criminales y grupos de delincuencia organizada, estos grupos se ven favorecidos ya que desarrollan y controlan economías ilegales, como el contrabando de gasolina, narcotráfico, tráfico de armas, contrabando de ganado y trata de personas) y ejércitos privados que amenazan e infunden miedo en la población, por medio de amenazas de limpieza social, al igual que amenazas de muerte a líderes sociales. (5)

Siguiendo en la misma línea, el articulo argumenta que, “ELN se ubica principalmente en la Serranía del Perijá, pero su accionar en los municipios de Fonseca, Albania, Barrancas, Hatonuevo (y también Maicao), se diferencia a los demás municipios de la zona, ya que allí tienen cultivos de marihuana y coca, su principal fuente de financiación, por lo cual son cuidadosos de no llamar la atención de la fuerza pública. Además de la facilidad de control dentro del territorio colombiano, el ELN ha creado alianzas en Venezuela”. **(5)** En ese sentido, la invasión extranjera de los inmigrantes del vecino país de Venezuela, ha impactado de manera negativa a La Guajira, observándose también el gran número de vendedores ambulantes que con su amplia gama de trabajos informales ha golpeado la economía de los comerciantes guajiros.

Adicionalmente, “una investigación de 360-grados.co denuncia la amenaza de dos grupos armados ilegales: Autodefensas Gaitanistas de Colombia (llamadas por las autoridades Clan del Golfo) y Los Pachencas (que se hacen llamar Conquistadores de la Sierra) en asocio con bandas locales, y que tienen bajo zozobra a los departamentos de Magdalena, Cesar y La Guajira,

donde controlan toda la cadena de producción, circulación y exportación de cocaína, lo que está generando nuevos fenómenos de violencia en la región". (6)

Y en este mismo documento, se refieren a este territorio como uno en los que se estableció la nueva estructura de subcontratación con mafias locales, "en donde se le identifican dos outsourcings: Una en la Media y Alta Guajira con el grupo de Los Pingüinos, y la segunda con la estructura de Los Curicheros en Media y Baja Guajira y norte de Cesar". (6)

Sin embargo a pesar de las distintas fuerzas que promueven conflicto en este territorio también existen iniciativas de paz y reconciliación, y como se mencionó anteriormente el Departamento fue priorizado como territorio PDET, con tres municipios (Dibulla, Fonseca y San Juan del Cesar), y el gobernador de La Guajira, Nemesio Roy Garzón, anunció "que desde que inició su gobierno han trabajado junto con su Asamblea Departamental para lograr que los PDET se sostengan en el largo plazo y que "dimos el paso a la ordenanza para que nuestro PDET esté, después de muchos años, dentro de nuestro plan de desarrollo". (7)

Adicionalmente organizaciones no gubernamentales tales como PNUD, ACDI/VOCA, Fundación por la Paz en la Guajira – FUPAZGUA, Fondo Sueco-Noruego de Cooperación – foscol, que incluyen acciones sociales tales como contribuir a construir la paz a través de una perspectiva de derechos y de género, con un enfoque especial en las mujeres,(8) proyecto manos a la paz,(9) y el proyecto futbol por la paz en el municipio de Fonseca por parte de la Agencia para la Reincorporación y Normalización (ARN) con el apoyo del Reino de los Países Bajos. (10)

En La Guajira también, hay presencia de grupos de especial protección; donde el ministerio del interior, reconoce a las comunidades étnicas y grupos de personas con orientación sexual, identidad y expresión de género (OSIEG) no hegemónicas, para definir acciones claves en la vindicación de sus derechos, por lo cual el departamento cuenta actualmente con más de 50 concejos comunitarios de comunidades negras(11) y resguardos indígenas en sus 15 municipios,(12) así como se han venido fortaleciendo organizaciones de liderazgo en la población OSIEG. (13)

Entre los procesos de reparación, se tienen varios avances claves en los últimos 3 años, por un lado, está la comunidad afrocolombiana Carmelo Banquet, con asentamiento en el corregimiento de Los Haticos, municipio de San Juan del Cesar, en La Guajira, fue notificada de la Resolución No. 118577 del 29 de junio de 2016, por la cual fue inscrita en el Registro Único de Víctimas, como sujetos de reparación colectiva. (14) De la misma forma, Según el informe cuatrienal de la UARIV en el 2º16 se avanzó en el cumplimiento de la sentencia que ordena la reparación colectiva de la comunidad indígena Wayuu de Nuevo Espinal, en coordinación con su cabildo gobernador. También se avanzó en la articulación de procesos colectivos e individuales de los miembros de la comunidad afrocolombiana San Bernardo,

mediante el desarrollo de jornadas de atención y el diligenciamiento de actas de voluntariedad correspondientes a retornos y de acuerdo con lo establecido en el Plan de Salvaguarda, se iniciará el proceso de retorno de las comunidades de Murillo y Rio Seco. (15)

También se han adelantado procesos con personas LGBT víctimas del conflicto armado, gestionando para ellas tomas de declaraciones de hechos victimizantes en los municipios de El Molino, Maicao, y el distrito de Riohacha, con el apoyo y acompañamiento de la Unidad para la Atención y Reparación a víctimas (UARIV) y la Defensoría Regional del Pueblo Guajira, además de incentivando en la participación de las victimas LGBT en las mesas de participación efectiva de sus municipios, en la actualidad existe representación en los municipios de Albania, Riohacha, Dibulla, las cuales tienen como función hacer seguimiento a la Política Pública nacional de víctimas sujetas a la ley 1448.

Entre los hechos históricos de violencia que han sido representativos en el departamento sujetos de reparación colectiva, masacres, atentados, desplazamientos masivos, etc.

La reparación colectiva para la etnia indígena más grande de Colombia, retorno de la comunidad indígena wayúu de Bahía Portete (La Guajira), que luego de la masacre del 18 de abril de 2004 fue desplazada a Maracaibo (Venezuela),(16) adicionalmente la defensoría del pueblo ha venido acompañando desde el 2012 hasta el 2018, el retorno de la comunidad indígena wiwa el Limón en la SNSM – Riohacha; reubicación en el Predio Villa Diana, corregimiento de la Majayura – Maicao, Seguimiento a Auto 004 en el pueblo wayuu en los Municipios de Dibulla y toda la troncal del Caribe, Maicao y San Juan del Cesar, comunidades afrodescendientes y campesina zona rural Riohacha Municipio de Villanueva vereda la culebrera, carazua y Orozul, barrio el cafetal, Municipio del molino vereda de los Barriales, el Bejuco y tamaño, Municipio de Uribía reguardo de Emerru, Gran vía y Bahía Honda, Municipio Fonseca: corregimiento de Conejo y Municipio de San Juan: sierra nevada comunidades retornadas. (17)

Lo anterior nos permite tener una mirada territorial y diferencial de la propuesta de atención psicosocial en el departamento de la guajira, reconociendo la presencia en el pasado y actual de actores armados, las Iniciativas de paz, reconciliación, reparación y atención a los grupos de especial protección y acciones de reparación.

3 Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el Departamento.

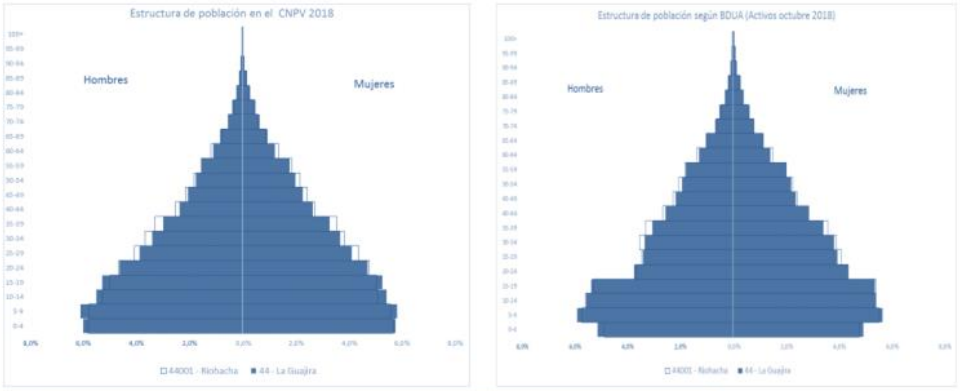
Tomando como referencia el contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento de La Guajira y reconociendo los daños causados por actores armados, en algunos territorios mas que en otros, seguidamente presentamos un acercamiento a la caracterización poblacional, de hechos victimízate y

situación en salud de las víctimas; por lo cual es importante tener el claro el número y porcentaje de población en el territorio guajiro, la siguiente es la pirámide poblacional.

INFORMACIÓN PARA TODOS

Características de la Población

Estructura por grupos quinquenales de edad CNPV 2018 y BDUA



Fuente	Entidad territorial	Total Personas	Hombres	Mujeres
BDUA	La Guajira	866.842	420.587	446.255
	Riohacha	253.527	123.038	130.489
CNPV 2018	La Guajira	825.364	404.215	421.149
	Riohacha	177.573	86.766	90.807

Fuente: DANE - CNPV

Tomado de: https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190816-CNPV-presentacion-La-Guajira-Riohacha.pdf

Se evidencia en el reporte del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) del 2018 y su comparación con el censo del 2005, la pirámide poblacional de la Guajira, desde la información del Censo Nacional de población y vivienda y desde la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Teniendo un total de población cesada en la guajira de 825364 y un total de afiliados de la población censada en el Departamento en el 2018 de 886.842 (esta pirámide también muestra la población específica del municipio de Riohacha) (18).

Indicadores Demográficos CNPV 2018 y CG 2005

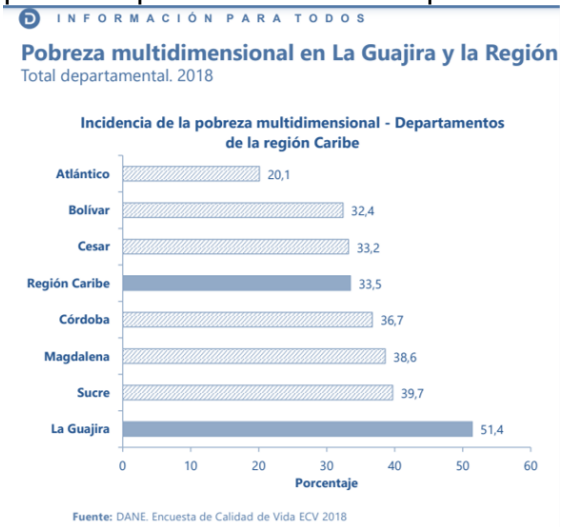
INDICADORES DEMOGRÁFICOS	Colombia		La Guajira		Riohacha	
	CNPV 2018	CG 2005	CNPV 2018	CG 2005	CNPV 2018	CG 2005
Porcentaje de hombres	48,8%	49,0%	49,0%	49,5%	48,9%	48,8%
Porcentaje de mujeres	51,2%	51,0%	51,0%	50,5%	51,1%	51,2%
Relación de masculinidad	95,5	96,2	96,0	97,9	95,5	95,4
Índice de dependencia demográfica	46,5	58,8	65,9	84,2	60,7	71,7
Índice de envejecimiento	40,4	20,5	14,3	11,1	13,5	11,2
Relación niños mujer	25,6	36,8	45,2	69,4	42,9	56,1
Población entre 0 y 14 años (%)	22,6%	30,7%	34,8%	41,1%	33,3%	37,5%
Población entre 15 y 64 años (%)	68,3%	63,0%	60,3%	54,3%	62,2%	58,2%
Población mayor a 65 (%)	9,1%	6,3%	5,0%	4,6%	4,5%	4,2%

Fuente: DANE - CNPV

Tomado de: https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190816-CNPV-presentacion-La-

Guajira-Riohacha.pdf

De la misma forma, el DANE 2018 reporta los indicadores demográficos y por grupos etarios del país, el departamento de la Guajira y el municipio de Riohacha (es el distrito capital del departamento). Información que es clave para comprenden el contexto poblacional. (18)





Calificación promedio de satisfacción con la vida 2018. Promedio en escala de 0 a 10 Departamentos Región Caribe y Total Nacional

Departamento	Promedio
Cesar	8,45
Magdalena	8,43
Sucre	8,35
Atlántico	8,32
Total nacional	**8,26**
Córdoba	8,20
La Guajira	8,19
Bolívar	7,95

Fuente: DANE. Encuesta de Calidad de Vida ECV 2018

Tomado de: https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190816-CNPV-presentacion-La-Guajira-Riohacha.pdf

Con relación a los temas de pobreza y pobreza extrema es importante decir que el departamento de La Guajira se encuentra por debajo de la calificación Nacional y también frente a otros departamentos de la costa atlántica. (18)

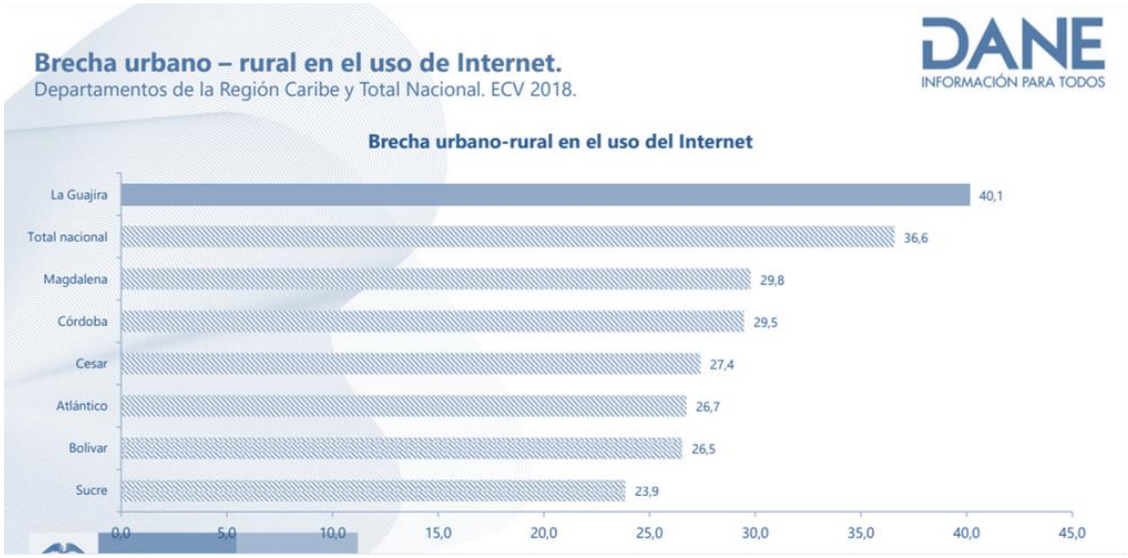
Condición de Ocupación de la Vivienda – La Guajira y Riohacha

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS

Entidad Territorial	Clase Geográfica	Condición de ocupación de la vivienda			
		Ocupada con personas presentes	Ocupada con todas las personas ausentes	Vivienda temporal	Desocupada
Colombia	Total	13.480.729	439.017	788.763	1.362.384
	Cabecera	10.544.300	341.265	352.153	930.214
	Centro poblado y rural	2.936.429	97.752	436.610	432.170
La Guajira	Total	214.867	611	9.796	14.260
	Cabecera	107.788	434	7.438	10.099
	Centro poblado y rural	107.079	177	2.358	4.161
Riohacha	Total	48.683	70	1.453	3.467
	Cabecera	34.312	22	1.073	2.570
	Centro poblado y rural	14.371	48	380	897

Tomado de: https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190816-CNPV-presentacion-La-Guajira-Riohacha.pdf

Esta tabla nos permite entender que la población en el departamento de La Guajira, se encuentra asentada mitad en las cabeceras municipales y la otra mitad en la ruralidad y ruralidad dispersa, lo que implica tener en cuenta que la mayoría de la población víctima del departamento está en zonas rurales, donde hay escaso acceso a las telecomunicaciones. Pero que también requieren acompañamiento psicosocial. (18)



Tomado de: https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190816-CNPV-presentacion-La-Guajira-Riohacha.pdf

Otro dato clave en este análisis de contexto, es la brecha de conectividad que tienen las familias en el departamento de La Guajira, que alineado a los demás departamentos de la Costa Atlántica y al total de la población nacional tienen una brecha del 40.1 en el uso de internet en las familias, lo que generará desigualdades y dificultades en la atención psicosocial por telepsicología en esta vigencia y debe ser tenido en cuenta en esta vigencia en el marco del Covid – 19. (18)

Distribución de personas según autorreconocimiento étnico (%)
Total Caribe y La Guajira
2018

Región / departamento	Dominio	Indígena	Gitano (Rom)	Raizal del archipiélago	Palenquero de San Basilio	Negro(a), mulato(a), afrodescendiente	Ninguno de los anteriores
Total Caribe	Total	7,9	0,0	0,0	0,1	11,9	80,1
	Cabecera	3,3	0,0	0,0	0,1	11,7	84,9
	CP-RD	21,3	0,0	0,0	0,0	12,6	66,1
La Guajira	Total	41,7	0,0	0,0	0,1	12,8	45,4
	Cabecera	17,9	0,1	0,0	0,1	18,3	63,7
	CP-RD	70,6	0,0	0,0	0,0	6,1	23,3

Fuente: DANE. Encuesta de Calidad de Vida ECV 2018

El DANE 2018 también informa sobre la distribución de personas por autorreconocimiento étnico y en La Guajira, como se evidencia la mayoría son **Indígenas** (41.7 el mayor número y en su mayoría habitan en Centros poblados y zonas rurales dispersa - RD) que han retornado a sus comunidades después de la ola de violencias, y **Afrodescendientes** que la mayoría fueron desplazados de los centros de los Centros poblados donde habitaban y aún tienen temor al retorno. (18)

La población víctima del conflicto armado reconocida que ha realizado declaración, en el departamento de la Guajira según la referenciación de la Unidad de Atención y Reparación Integral a Victimas (UARIV) a agosto del

2020, es de 174.812, sin embargo, la UARIV tiene el presente discriminado:

Víctimas por Hecho Victimizante - Departamento LA GUAJIRA - Fecha Corte 31/08/2020

Hecho Victimizante	168.051 VÍCTIMAS OCURRENCIA	174.812 VÍCTIMAS DECLARACIÓN	144.797 VÍCTIMAS UBICACIÓN	126.902 SUJETOS DE ATENCIÓN	188.609 EVENTOS
Acto terroris...	901	671	659	613	912
Amenaza	4.245	3.432	3.334	3.277	4.539
Delitos contr...	927	955	1.028	1.018	931
Desaparición ...	1.674	1.505	1.319	1.175	1.738
Desplazamient...	154.317	163.973	138.123	121.038	162.326
Homicidio	14.778	12.519	9.973	8.899	15.402
Minas Antiper...	32	5	39	36	33
Secuestro	415	264	294	261	433
Tortura	70	62	65	63	70
Vinculación d...	40	14	20	19	43
Abandono o De...	6	0	94	93	12
Perdida de Bi...	1.502	1.374	1.274	1.219	1.531
Lesiones Pers...	117	101	105	103	117
Lesiones Pers...	165	128	172	167	165
Sin informacion	354	0	351	331	357

Tomado de: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394

Se evidencia claramente que los hechos victimizantes mas incidentes son Desplazamiento Forzado, Homicidio y Amenaza, en todos los casos, lo que revela la movilidad que ha tenido la población victima atemorizada por los hechos que ocurrieron y por temor a que se repitan. (19)

Otro dato clave que ya fue mencionado y que se describe de manera más especifica en este momento es el relacionado con la información frente a la afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS), en La Guajira para el año 2020, tenemos los siguientes datos. (20)

AFILIADOS AL SGSSS, POR RÉGIMEN, EN LOS MUNICIPIOS DE LA GUAJIRA. FIN DEL AÑO 2019 A MARZO 2020

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA. Consulta mes a mes

Estado: Afiliados activos, en protección laboral o suspendidos

Departamento: LA GUAJIRA

AÑO	2019	2020		
Municipio - régimen	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
44001 - RIOHACHA	**255.948**	**254.861**	**256.313**	**257.085**
CONTRIBUTIVO	67065	64821	61978	62118
EXCEPCION	5279	5236	5235	5419
SUBSIDIADO	183604	184804	189100	189548
44035 - ALBANIA	**23.777**	**23.836**	**24.150**	**24.433**
CONTRIBUTIVO	7607	7372	7319	7276
EXCEPCION	154	151	151	159
SUBSIDIADO	16016	16313	16680	16998
44078 - BARRANCAS	**26.876**	**26.737**	**26.778**	**26.875**
CONTRIBUTIVO	7068	6782	6445	6354
EXCEPCION	549	545	545	561
SUBSIDIADO	19259	19410	19788	19960
44090 - DIBULLA	**32.002**	**32.078**	**32.191**	**32.270**
CONTRIBUTIVO	1464	1384	1158	1189
EXCEPCION	408	403	403	410
SUBSIDIADO	30130	30291	30630	30671
44098 - DISTRACCIÓN	**8.576**	**8.546**	**8.535**	**8.521**
CONTRIBUTIVO	674	686	637	648
EXCEPCION	152	151	152	156
SUBSIDIADO	7750	7709	7746	7717

44110 - EL MOLINO	**6.519**	**6.531**	**6.521**	**6.522**
CONTRIBUTIVO	597	567	528	517
EXCEPCION	126	125	125	126
SUBSIDIADO	5796	5839	5868	5879
44279 - FONSECA	**35.726**	**35.745**	**36.038**	**36.448**
CONTRIBUTIVO	8887	8678	8604	8528
EXCEPCION	729	723	723	738
SUBSIDIADO	26110	26344	26711	27182
44378 - HATONUEVO	**15.187**	**15.177**	**15.358**	**15.586**
CONTRIBUTIVO	3775	3666	3491	3521
EXCEPCION	170	169	169	176
SUBSIDIADO	11242	11342	11698	11889
44420 - LA JAGUA DEL PILAR	**1.864**	**1.886**	**1.900**	**1.915**
CONTRIBUTIVO	73	72	67	74
EXCEPCION	14	14	14	16
SUBSIDIADO	1777	1800	1819	1825
44430 - MAICAO	**203.319**	**203.145**	**203.985**	**205.704**
CONTRIBUTIVO	20430	19466	17752	17869
EXCEPCION	3588	3556	3554	3653
SUBSIDIADO	179301	180123	182679	184182
44560 - MANAURE	**64.391**	**64.286**	**64.138**	**64.332**
CONTRIBUTIVO	2506	2108	1736	1799
EXCEPCION	783	768	768	808
SUBSIDIADO	61102	61410	61634	61725
44650 - SAN JUAN DEL CESAR	**45.599**	**45.312**	**45.608**	**45.905**
CONTRIBUTIVO	13458	13214	12981	13190
EXCEPCION	958	952	948	969
SUBSIDIADO	31183	31146	31679	31746
44847 - URIBIA	**155.113**	**155.224**	**155.867**	**156.705**
CONTRIBUTIVO	5294	4373	3269	3657
EXCEPCION	1809	1775	1773	1818
SUBSIDIADO	148010	149076	150825	151230
44855 - URUMITA	**7.962**	**7.934**	**7.944**	**8.004**
CONTRIBUTIVO	1323	1259	1147	1163
EXCEPCION	204	203	202	203
SUBSIDIADO	6435	6472	6595	6638
44874 - VILLANUEVA	**22.181**	**22.113**	**22.060**	**22.045**
CONTRIBUTIVO	3687	3585	3429	3426
EXCEPCION	373	374	374	382
SUBSIDIADO	18121	18154	18257	18237
Total, DEPARTAMENTO	**905.040**	**903.411**	**907.385**	**912.350**

Tomado de: http://www.salud-laguajira.gov.co/

Se evidencia en la tabla que ha aumentado el número de personas afiliadas en el departamento de La Guajira.

SECRETARIA DE SALUD DE LA GUAJIRA
DIRECCION TECNICA DE ASEGURAMIENTO
REGIMEN SUBSIDIADO POR TIPO DE POBLACION BENEFICIARIA DEL SUBSIDIO - FEBRERO 2020

MUNICIPIO	SIN DATO EN BDUA	5. Población sisbenizada	6. Menores Desvinculados del Conflicto Armado	7. Población Discapacitada	8. Población Desmovilizada	9. Víctimas del conflicto armado interno ley 1448 de 2011	12. Población en centros psiquiátricos	17. Comunidades indígenas	18. Comunidad ROM (Gitanos)	19. Negro(a) o mulato(a) o afrocolombiano(a) o afrodescendiente
RIOHACHA	16	89.106	230	5	39	30.698	1	67.301		284
ALBANIA		7.242	3		2	538	2	8.869	1	5
BARRANCAS	1	9.422	624			1890		7.751		59
DIBULLA	4	12.289	5		2	4212		14.061		20

DISTRACCION	1	4.998	3	3		49		2.639		10
EL MOLINO		3.634	3		3	2177		17		6
FONSECA	46	19.301	11	1	10	4320		2.797	1	134
HATONUEVO	1	6.010			1	1003		4.558		27
LA JAGUA DEL PILAR	19	1.496			3	293		2		1
MAICAO		78.708	29		24	8.840		94.597	2	4
MANAURE	3	4.605	8	1		350		56.606	3	3
SAN JUAN DEL CESAR	17	18.087	2	6	5	5.946		7.446		51
URIBIA	1	8.525	12	2	1	434	2	141.282		12
URUMITA		4.498	1			2026		26		4
VILLANUEVA	3	12.879	4		1	5140		112		61
SUBTOTALES	**112**	**280.800**	**935**	**18**	**91**	**67.916**	**5**	**408.064**	**7**	**681**
TOTAL, LA GUAJIRA	**761.709**									

Tomado de: http://www.salud-laguajira.gov.co/

Esta tabla muestra información clave a afiliación a poblaciones vulnerables y especiales en el departamento de la Guajira. (20) Cuya EAPB con más afiliados víctimas del conflicto armado es COMFAGUAJIRA.

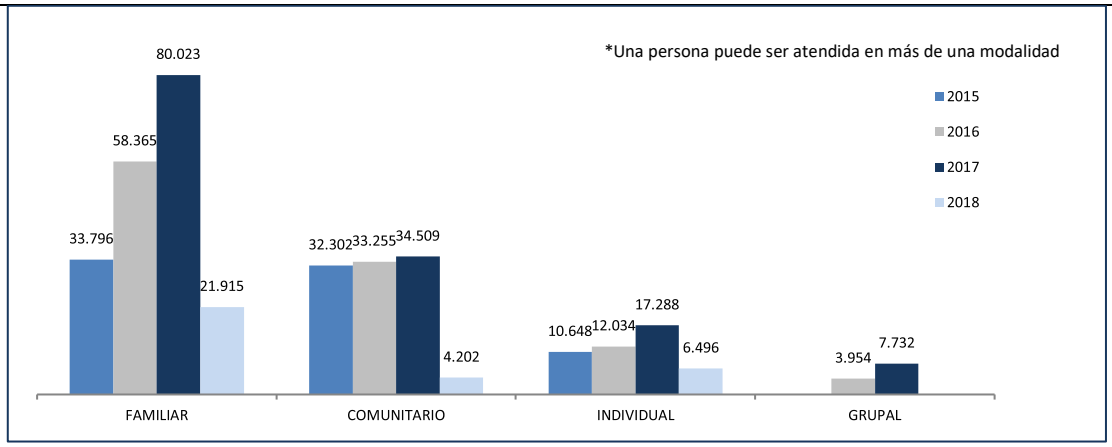
Frente al tema de personas o comunidades reconocidas en órdenes y sentencias judiciales, está la Sentencias del caso Asocaafro (21) con los siguientes:

Radicados	20001312100120140003300	20001312100220150002700
Accionantes	URT – Dirección Territorial Cesar-Guajira en representación de Comunidad Indígena Wayuu – Asentamiento Nuevo Espinal	URT – Dirección Territorial Cesar-Guajira a favor del Resguardo Iroka del Pueblo Yukpa.
Fecha de sentencia	23/06/2016	27/04/2017
Hectáreas restituidas	703	1814

Tomado de: https://www.cinep.org.co/publicaciones/PDFS/20190613E2_Seguimiento_a_ordenes_judiciales_Montes_de_Maria_Asocristo.pdf

Obteniendo datos directos del MSPS, se presenta la información frente a la población que ha recibido la atención psicosocial por municipios y modalidades de atención hasta finalización de la vigencia 2018 del Papsivi en el Departamento de la guajira. (22)

Número de personas atendidas en el componente de atención psicosocial del PAPSIVI, según modalidad de atención y año.



En total del año 2015 a mayo de 2018 el 52% de las personas fueron atendidas en la modalidad Familiar, el 33% en la modalidad Comunitaria, el 14% en modalidad Individual, y el 3% en modalidad Grupal.

Desde la experiencia que tiene el equipo Psicosocial que ha implementado PAPSIVI desde el año 2014 es importante referenciar también que las víctimas del conflicto armado del departamento habitación en su mayoría en barrios periféricos y subnormales y en zonas rurales especialmente en invasiones y cinturones de pobreza.

Por otro lado, el sur de La Guajira es un territorio rico en minería y un corredor agrícola y ganadero, según la Fundación Paz y reconciliación “Los grupos armados ilegales endémicos de la Península, al parecer fueron aliados de las guerrillas de las FARC quienes tienen una fuerte y marcada presencia” … y “estas han llevado a cabo una arremetida contra antiguos aliados de las AUC en el territorio, con quema de fincas, robo de ganado. Estas acciones se han concentrado sobre todo en el Sur de La Guajira, en donde se encuentran las grandes ganaderías y la economía es más agrícola y ganadera” (23)

Añade la misma fundación, “por otro lado, la base económica del departamento se sustenta en la minería de carbón, gas y sal, constituyendo la explotación de minas y cantinas el 59,7% de la actividad económica, seguido por las actividades de servicios sociales que representan el 13,9%, y recursos marinos y turismo, entre otros sectores. Una de las principales empresas del departamento es el complejo carbonífero del Cerrejón, cuyas ventas fueron de US$ 2284 millones en 2010, pagando un valor en regalías de US$ 185 millones en ese mismo año. Y siendo Puerto Bolívar (al norte de La Guajira) –la terminal desde donde se exporta lo producido en el Cerrejón–, el principal puerto de exportación de carbón de América Latina y uno de los más grandes del mundo”. (23) y se han realizado acciones guerrilleras se dieron contra la infraestructura férrea, esto quiere decir que la guerrilla fijo sus atentados en los municipios que están alrededor del complejo carbonífero del Cerrejón, es decir, por donde pasa la vía férrea que transporta el carbón hasta Puerto Bolívar (Albania, Manaure, Uribía y Maicao)”, (23) sin embargo, hay un gran numero de victimas afectadas por el desplazamiento de sus tierras en zonas rurales.

4 Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio.

Primeramente, es importante referenciar que en el departamento de la guajira se ha priorizado la atención psicosocial, y se cuenta con los siguientes datos.

Avances Atención Psicosocial La Guajira a junio 2018				
Descripción	**Víctimas sujetos de atención**	**Total personas víctimas de Sentencias**	**Víctimas atendidas en los 4 años del Papsivi**	Pendientes por atender
La Guajira	**93,195**	**121**	**22.539**	**77,751**
Albania	2,292	2	1,301	**993**
Barrancas	3,331	2	1,564	**1,769**
Dibulla	9,785	8	1,583	**8,21**
Distracción	618	0	350	**268**
El Molino	4,063	0	1,463	**2,6**
Fonseca	5,4	1	1,675	**3,726**
Hatonuevo	1,316	0	663	**653**
La Jagua Del Pilar	244	0	77	**167**
Maicao	7,036	9	808	**6,237**
Manaure	767	1	160	**608**
Riohacha	40,215	86	3,021	**37,28**
San Juan Del Cesar	10,465	3	1,561	**8,907**
Uribia	882	0	237	**645**
Urumita	2,116	5	468	**1,653**
Villanueva	4,665	4	634	**4,035**

Referenciado por el MSPS (22)

Por lo cual se ha logrado brindar atención desde las modalidades Individual (también con la técnica grupal), familiar y comunitaria a más de 22.539victimas del conflicto. Sin embargo, aún faltan 77,751, según un reporte emitido por el MSPS en el mes de junio de 2020. (22)

El PAT/POA del departamento contiene las siguientes actividades relacionadas con la asistencia en salud y la rehabilitación de las víctimas. (23)

Dimensión PDSP	**Programa**	**Objetivos Sanitarios de la dimensión u objetivos de resultado**	**Meta Sanitaria de la dimensión o meta de resultado**	**Indicador de meta sanitaria de dimensión(resultado)**	**Objetivo sanitario del componente (producto)**	**Meta Sanitaria del componente o meta de producto**	**Descripción de la Actividad**
población vulnerable	Salud Publica	Promover en los actores del SGSSS del departamento el abordaje integral en gestión de la salud pública, promoción y atención en la primera infancia, envejecimiento y vejez, poblaciones étnicas, discapacidad	Implementar en el departamento el abordaje integral en la primera infancia, envejecimiento y vejez, poblaciones étnicas, discapacidad y víctimas del conflicto armado.	% de Direcciones Territoriales de salud - DTS, con abordaje integral en la primera infancia, envejecimiento y vejez, poblaciones étnicas, discapacidad y víctimas del conflicto armado.	Desarrollar capacidades en el talento humano en salud de las DTS y EAPB en la implementación del protocolo de atención integral en salud con enfoque diferencial para víctimas del conflicto armado.	Implementar en las 15 entidades territoriales y 11 EAPB, el protocolo de atención integral en salud con enfoque diferencial para víctimas del conflicto armado.	Efectuar asistencia técnica de manera virtual, cada dos meses, (julio, septiembre y noviembre) a las Direcciones Territoriales de Salud y EAPB priorizadas del departamento de La Guajira en la implementación del protocolo de

		y víctimas del conflicto armado.					atención integral en salud con enfoque diferencial para víctimas del conflicto armado
							Realizar acompañamiento virtual cada dos meses a las Direcciones Territoriales de Salud y las EAPB priorizadas (agosto, octubre, diciembre)
							Realizar 1 asistencia técnica tipo asesoría a las 15 DTS sobre los lineamientos nacionales relacionados con el componente de discapacidad.

Frente a la implementación del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, se ha realizado socialización del mismo, a las EAPB presentes en el Departamento y les IPS; además, en el departamento de La Guajira se inicia con un proceso piloto desde el 2018, con apoyo del MSPS y la contratación 4 profesionales con recursos propios. En la actualidad tienen avances en 6 municipios (Riohacha, Maicao, Dibulla y san Juan del Cesar, Hatonuevo y Fonseca), donde se ha priorizado las EAPB Comfaguajira, Anaswayuu y Dusakawi, quienes tienen un avance en los procesos de coordinación y caracterización de la población víctima, estas fueron escogidas con los criterios de mayor número de víctimas y población étnica. Comfaguajira con el mayor número de afiliados en el departamento de los cuales 43.274 personas son víctimas del conflicto armado, quienes en su mayoría están en el Distrito capital y son atendidos en su propia IPS denominada también Comfaguajira (información obtenida por parte de la referente de víctimas de la EAPB y tomada de la base de datos cruzada con la UARIV en el mes de julio del 2020). En este sentido, es importante recalcar que todas las EAPB Cuentan con referente Papsivi y están en proceso de definición de referente en sus IPS.

Frente a la Resolución 1166/2018, Lineamientos para el talento humano que orienta y atiende víctimas ha sido socializada a las EAPB, por parte del equipo territorial de implementación de protocolo de atención integral en salud a

víctimas del conflicto armado.

5 Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

En la actualidad la población victima en el Departamento cuenta con una importante oferta institucional. Sin embargo, solo el equipo de implementación del protocolo y algunos referentes de las EAPB, están recibiendo hasta ahora capacitación por parte del MSPS por medio del SENA en enfoque psicosocial para la atención en salud específicamente.

A continuación, se presenta la oferta institucional:

El Departamento de la Guajira cuenta con EPS como (Comfaguajira, Dusakawi, Cajacopi, Anaswayu, AIC, Coomeva, Nueva EPS, Medimas, Sanitas, Coosalud, Salud total y del magisterio), 16 ESE públicas, las cuales sus niveles de atención en tema de Salud Mental son casi que nulos, ya que no cuentan con la atención, programas, planes, proyectos, y solo Maicao cuenta con servicios de psicología y ni psiquiatría, sin embargo, todas estas empresas tienen trabajadoras sociales que apoyan en los trámites de remisión con su aseguradora para traslado, en momento de crisis brinda la atención hasta toma decisión por su EPS, ya que el talento humano que labora no está formado para brindar la atención en Abordaje psicosocial y de Salud Mental a la población que acuda o necesiten estos servicios; tampoco cuentan con fuentes de financiación para ofertar estos servicios; en cuanto a sistema de información son débil ya que no tienen caracterizada su población victima atendida, ni descrita por enfoque diferencial.

Mapa de Oferta y Rutas de Atención a Población Victima.						
Institución	**Dirección**	**Contacto o Referente**	**Teléfono o Celular**	**Email o Pagina Web**	**Descripción de la Oferta**	**Acceso y Horarios**
AIC	CALLE 11 A # 10 - 130 Riohacha	Maday Buelvas	3175165789	Coord.gestiondelbuenvivir@gmail.com	Coordinación de la gestión individual de la gestión en salud	8:00 am a 5:00 pm
ANAS WAYUU	CRA 16 # 16-31 Maicao	María Alicia Del Castillo	7254147 extensión 111	mdelcastillo@epsianaswayuu.com	Coordinación de la gestión individual de la gestión en salud	8:00 am a 5:00 pm
COOSALUD	CALLE 12 # 15-155 Riohacha	Yeryenis Barragan	7276102	ybarragan@coosalud.com	Coordinación de la gestión individual de la gestión en salud	8:00 am a 5:00 pm
NUEVA EPS	CALLE 14 # 129- 121 Riohacha	Yanis Geneco	3004914513	yanis.gnnecco@nuevaeps.com.co	Coordinación de la gestión individual de la gestión en salud	8:00 am a 5:00 pm
SALUD TOTAL	CALLE 7 # 15-29 Riohacha	Ethel Maria Garcia Montalvo	3153462464 - 3002192404	ethel.garcia@medicallth.com	Coordinación de la gestión individual de la gestión en salud	8:00 am a 5:00 pm
DUSAKAWI	CALLE 12 # 11-159 Riohacha	Marieth Ingrid Fuentes Carrillo	3176808812	psicologiadusakawiepsi@gmail.com	Coordinación de la gestión individual de la gestión en salud	8:00 am a 5:00 pm
COOMEVA	CARRERA 10 # 14- 77 Riohacha	Lariza Romero	3163042866	larissag_romero@coomeva.com.co	Coordinación de la gestión individual de la gestión en salud	8:00 am a 5:00 pm
COMFAGUAJI	CALLE 13 # 8-	Yoledys Gutiérrez	7270204	siaueps-	Coordinación de la	8:00 am

RA	176 Riohacha	Rodelo	Ext 4160-3182046946	s@comfaguajira.com	gestión individual de la gestión en salud	a 5:00 pm
MEDIMAS	CALLE 14 # 15-35 Riohacha	Suleica Perez	3002272382 - 3152635333	smperezm@medimas.com.co	Coordinación de la gestión individual de la gestión en salud	8:00 am a 5:00 pm
SANITAS	CALLE 7 # 6 - 31 Riohacha	Justo Vergara Viloria	3174279394	jsvergara@colsanitas.com	Coordinación de la gestión individual de la gestión en salud	8:00 am a 5:00 pm
CAJA COPI	CALLE 15 # 10-17 Riohacha	Francisco Avila	3006913839	guajira.adm@cajacopi.com	Coordinación de la gestión individual de la gestión en salud	8:00 am a 5:00 pm
POLICIA NACIONAL	Carrera 5 calle 2-112	Pt. Luis Arias	112	lineadirecta@policia.gov.co	Plan integral único para la prevención y atención a la población víctima.	8:00 am a 5:00 pm
ICBF	CALLE 15 #15-00	Yudeth Gomez	3103039100	atencionalciudadano@icbf.gov.co	Plan integral único para la prevención y atención a la población víctima la infancia y adolescencia	8:00 am a 5:00 pm
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	Cl. 12 #8-19, Riohacha	Rolinde Avila	3015789388	sdsguajiraprotocolovictimas@gmail.com	Coordinación de la implementación de protocolo de atención integral en salud en el departamento.	8:00 am a 5:00 pm
UARIV	Calle 7 # 11-143	Fred Fuentes	3008297250	fredfuentes@unidadvictimas.gov.co	Brindar atención directa y oportuna a la población victima	8:00 am a 5:00 pm
DEFENSORIA DEL PUEBLO	14a-57, Cra. 10 #14a-1,	Nellys Mosquera Daniela Bonillla	3207802641 3155508968	Nelmosquera@defensoria.gov.co dbonilla@defensoria.gov.co	defensa y protección de los derechos, garantías e intereses tutelados	8:00 am a 5:00 pm

La oferta de servicios en el departamento de la guajira referente al talento humano en salud es adecuada ya que se cuenta con profesionales en medicina, enfermería, psicología y trabajo social, promotores o gestores comunitarios en salud, etc. Sin embargo, tiene una gran deficiencia en oferta de profesionales en psiquiatría ya que en el departamento solamente se cuenta con 2 profesionales psiquiatras que están prestando servicios en las distintas IPS.

CENTROS RELIGIOSOS	ACCIONES	TELÉFONO
Pastoral social Riohacha (jurisdicción eclesiástica en Dibulla, Maicao y Riohacha) y Valledupar (esta última tiene jurisdicción eclesiástica en municipios como San Juan del Cesar y Villanueva y Urumita)	- Viene desarrollando programas de liderazgo para las víctimas en coordinación con otros donan tes. - Tienen un albergue de atención al migrante que mucho tiempo atendió a desplazados por la violencia	7282600

La Fundación Pastoral Social en la Diócesis, es la acción organizada de la Iglesia, que fundamentada en el Evangelio y la Doctrina Social de la Iglesia Católica y desde los desafíos sociales actuales, trabaja por la atención de las personas más vulnerables, la dignificación y la promoción del ser humano, la vida, la justicia y la paz; aportando de esta manera a la transformación de la realidad social de nuestra Región. (24)

MUNICIPIO	TIPO DE ENTIDAD	NOMBRE DE LA ENTIDAD	TELEFONO DE CONTACTO DE FUNCIONARIO
Riohacha	Publica	SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL	3013533812
Maicao	Social – adscrita a pastoral social	CENTRO DE ATENCION AL MIGRANTE	3016942931
Riohacha	Social	DAMAS ROSADAS	3043997083
Riohacha	Social	FUNDEVISA	3108447969
Riohacha	ONG	FUNDACIÓN MEJOR VIVIR	3106131012
Riohacha	ONG	FUNDACIÓN FUNDOVIUCO, TELEFONO	3012818944
Riohacha	Publica	PROGRAMA FAMILIA EN SU TIERRA,	3108447969

Entre las organizaciones que tenemos en el departamento que luchan por los derechos de las víctimas, tenemos, las MPEV

MDPEV	COORDINADOR	CORREO ELCTRONICO	CEDULAR
MDPEV DEPARTAMENTAL	Sandra Forero	sandraforerolopez@hotmail.com	3004915879
MDPEV RIOHACHA	Niria Brito	niriabrito@yahoo.com	3106231127
MDPEV DIBULLA	Nery Conde	mesavictimasdibulla@gmail.com	
MDPEV MAICAO	Anuar Avika	anuarfab11@hotmail.com	
MDPEV SAN JUAN DEL CESAR	Juaquin Cordoba	jsegundocordoba@gmail.com	3126395803
MDPEV VILLANUEVA	Sandra Forero	sandraforerolopez@hotmail.com	3004915879
MDPEV URUMITA	Yadamis Barros	ayohanacamargo@uniguajira.eduardo	3045734827

6 Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

Entre las barreras que existen para la atención a la población víctima del departamento de La Guajira, están la siguientes.

Barreras Físicas

- Infraestructura hospitalaria deficiente.
- Centros de vida para el adulto mayor insuficientes para el total de la población.
- Difícil acceso a la educación superior de la población de jóvenes en el municipio relacionadas con la inexistencia de instituciones y a la distancia geográfica en la que se encuentra las ofertas educativas.
- Inexistencia de espacios físicos adecuados para el esparcimiento y recreación de niños, niñas y adolescentes en los distintos municipios y corregimientos.
- Servicios públicos deficientes en los corregimientos y en algunos casos inexistentes.
- Déficit de vivienda cualitativa en especial en la población víctimas del Departamento
- Mal estado de las vías de interconexión entre municipios y corregimientos.
- Graves problemas de acceso a infraestructura digital como respuesta a las demandas de utilización por la crisis generada por el COVID 19. Factor que incide en el aumento de las desigualdades sociales en relación con los grupos vulnerables.

Barreras Administrativas.

- Información desactualizada sobre la población víctima del Departamento, y por ende en la mayoría de las instituciones no cuentan con bases de datos actualizadas.
- En relación con la empleabilidad o emprendimiento, los programas de atención integral dirigidos a la población víctima y adulto mayor tienen debilidades tanto en la vinculación como en la atención efectiva, lo que lleva a incrementar el nivel de pobreza de esta población cuyas posibilidades de generación de ingresos se hacen cada vez más difíciles.
- Para la población femenina existen pocas posibilidades para acceder al mercado laboral o la educación superior, por lo que la mayor parte de la población se dedican a actividades domésticas.
- Falta de políticas claras de equidad de género por parte del Municipio en sus diferentes proyectos.
- Para la población de jóvenes del municipio existen.
- No existen programas de crecimiento, desarrollo y odontológico en los corregimientos.
- Caracterización desactualizada de la población con discapacidad.

Barreras Actitudinales.

- Baja participación de la población de adultos mayores, población con discapacidad e indígenas en los diferentes programas ofertados por las diferentes instituciones con el enfoque de victimas del conflicto armado.
- A nivel institucional fortalecimiento del enfoque diferencial para la atención de poblaciones en condición de vulnerabilidad

.

Barreras Comunicacionales

- Dificultades de acceso a tecnologías digitales y herramientas de telecomunicaciones para la accesibilidad de servicios: salud integral, educativos, información entre otros, como consecuencia a su alta demanda generada por la situación de emergencia del COVID 19.

7 Estado de Emergencia Sanitaria Por COVID 19

El CORONAVIRUS - COVID 19, nuevo virus, tiene un comportamiento similar al virus del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) y al Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS), en los que se ha identificado como mecanismos de trasmisión las gotas respiratorias al toser y estornudar, a través de micro gotas de fluidos respiratorio, por contacto indirecto con superficies inanimadas y por aerosoles por causados por micro gotas de fluidos respiratorios.

Este virus se difunde a gran velocidad sin respetar fronteras, a partir de personas sintomáticas respiratorias o no, con una evolución a una neumonía leve, moderada, severa o grave e incluso el fallecimiento.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado estrategias de preparación (antes de la llegada del virus al país) y contención una vez aparecieron los primeros casos importados. Al respecto se han expedido circulares, lineamientos y resoluciones orientadoras. A 17 de marzo se habían confirmado 180.159 casos en 143 países, de ellos 75 casos en Colombia, y a partir del 9 de marzo, se declaró la emergencia sanitaria en todo el país.

7.1 Marco jurídico en el marco del estado de emergencia sanitaria:

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, en ejercicio de las facultades señaladas en los Decretos 4107 y 4109 de 2011, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional 2005, y ante la situación de declaración de alerta y ahora de pandemia por el nuevo CORONAVIRUS por el nuevo COVID 19, declarada como pandemia por la OMS el día 11 de marzo del año en curso, imparten instrucciones sobre las acciones.

A su vez Colombia declaró la Emergencia Sanitaria, para lo cual, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió medidas de control que se adoptan por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 385 DE 2020.

Por otra parte, la constitución política de Colombia del 1991, determina que en el artículo 49 “toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”, en el artículo 95 del mismo ordena y dispone que “las personas deben obrar confirme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias, antes situaciones que pongan en peligro la vida o la salud.

La ley 1751 del 2015 regula el derecho fundamental de la salud y dispone en el artículo 5° que el estado es responsable de respectar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como unos de los elementos fundamentales del estado social de derecho.

Dicha norma en el artículo 10° enuncia como deberes de las personas frente a ese derecho fundamental, los de “propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad” y de “actuar de manera solidaria ante situaciones que ponga en peligro la vida y la salud de las personas”.

DECRETOS DEPARTAMENTALES.

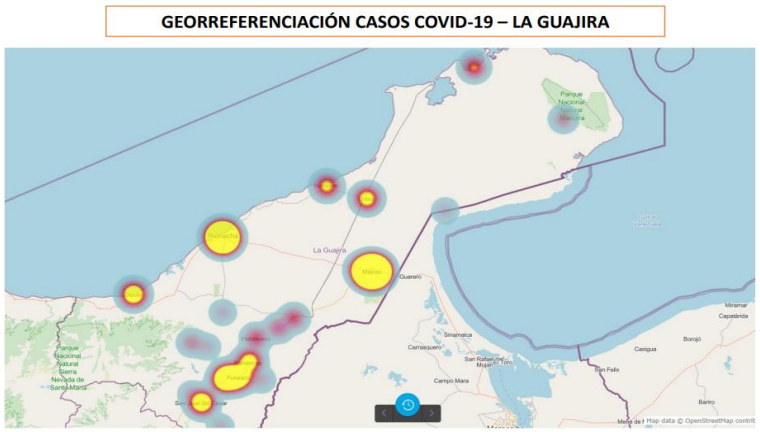
- Decreto 082 del 24 de marzo 2020, por el cual se adoptan restricciones a la movilidad y se fortalecen las medidas para contener la emergencia ocasionada por el COVID-19 en el Departamento de La Guajira.
- Decreto 091 del 12 de abril 2020, por el cual se adoptan y aplican medidas de aislamiento preventivo obligatorio en el Departamento de La Guajira en el marco del Decreto Nacional 531 de 2020.
- Decreto 076 del 17 abril 2020, por medio del cual se declara situación de calamidad pública y emergencia sanitaria en el departamento por el covid-19 y se adoptan otras medidas.
- Decreto 096 del 27 de abril 2020, por el cual se adoptan y aplican medidas de aislamiento preventivo obligatorio en el Departamento de La Guajira y se dictan otras disposiciones en el marco de la pandemia COVID-19.
- Decreto 118 del 22 de mayo 2020, por medio del cual se prorroga la declaración de situación de calamidad pública en el Departamento de La Guajira y se dictan otras disposiciones en virtud de la pandemia por el covid-19.
- Decreto 122 del 25 de mayo 2020, por el cual se prorroga la adopción y aplicación de medidas de aislamiento preventivo obligatorio en el Departamento de La Guajira en virtud de la emergencia generada por el covid-19
- Decreto 129 del 1 de junio del 2020, por el cual se prorroga el decreto 080 de 2020, por medio del cual se declara la urgencia manifiesta en el Departamento y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 195 del 27 agosto del 2020, por el cual se adoptan medidas trazadas por el Gobierno Nacional en virtud de la emergencia sanitaria por el covid-19, y el mantenimiento del orden público y se decreta el aislamiento selectivo en el Departamento de La Guajira. (24)

Estado actual de la pandemia por COVID 19 en la región:



FUENTE: cuenta oficial de la gobernación de la Guajira. Instagram. (25)

Mapa epidemiológico del COVID 19 en el departamento de la guajira corte del día 12 de septiembre se observa que 5 municipio con el mayor número de notificado son: Riohacha, Maicao, san juan del cesar, Uribía y Manaure.



Fuente: contratación propia de la oficina de vigilancia epidemiológica, SDSG-SIVIGILA.

Imagen de la georreferencia donde nos muestra el crecimiento de los casos a nivel del Departamento de La Guajira

7.1.1 Promedio de caso por covid-19 en la guajira.

Mes	N° de casos	N° de días mes	Promedio
Abril	17	30	0,6
Mayo	63	31	2
Junio	858	30	29
Julio	2357	31	76
Agosto	2517	31	81
Septiembre	698	12	58

Fuente: contratación propia de la oficina de vigilancia epidemiológica, SDSG-SIVIGILA.

Tabla de promedio de caso por COVID-19 en La Guajira desde el mes de abril donde hubo el primer contagio en este territorio, hasta los doces días del mes de septiembre, es evidente que el mes con mayor número de casos notificado es el mes de agosto, con 2517 distribuido en 31 días y un promedio de 81.

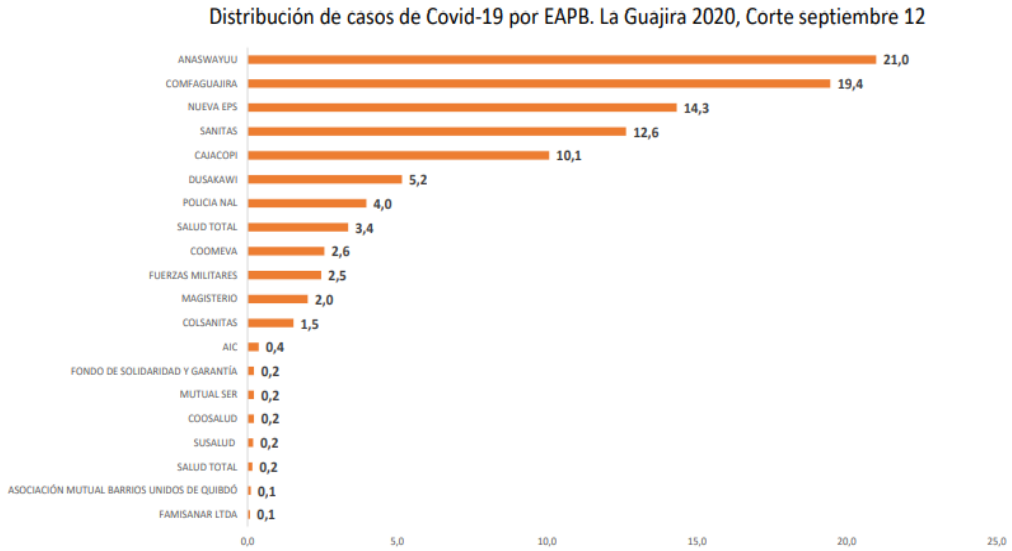
7.2 Covid 19 en La Guajira a corte del 12 septiembre.



Fuente: contratación propia de la oficina de vigilancia epidemiológica, SDSG-SIVIGILA.

La Guajira presenta a corte del día 12 de septiembre 6510 casos notificado por COVID- 19, de los cuales 962 están activos que corresponden a 14.7%, 5276 están notificados como recuperados lo que representa un 81%, de los 6510 casos totales 158 están asintomáticos, 259 que representan el 4% son casos fatales los cuales en unidad de cuidados intensivos se logran confirmar 26 y 20 quedan como sospechoso; en unidad de cuidados intermedios 12 confirmaron y 9 sospechosos, en servicio de hospitalización 21 confirmaron 32 sospechosos.

Distribución de los Casos de Covid- 19 por EAPB. La Guajira 2020, con corte septiembre 12.



Fuente: contratación propia de la oficina de vigilancia epidemiológica, SDSG-SIVIGILA.

Esta grafica nos muestra la distribución por EAPB de los casos positivos por COVID-19 en porcentaje. Anaswuyuu con el mayor porcentaje (21,0%) seguido de Comfaguajira (19,4%), Nueva Eps (14,3%), Sanitas (12,6%) y Caja Copi (10,1%). Dentro de las cincos con mayor porcentaje están las tres EAPB con mayor número de victima en el Departamento.

7.3 Factores de riesgo para el contagio del coronavirus COVID-19:

Los coronavirus (CoV) son virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo y que causan Infección Respiratoria Aguda (IRA), es decir gripa, que pueden llegar a ser leve, moderada o grave según MSPS

El nuevo Coronavirus (COVID-19) ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII). Se han identificado casos en todos los continentes y, el 6 de marzo se confirmó el primer caso en Colombia y en La Guajira el 11 de abril.

Dentro de los factores de riesgo para el contagio están:

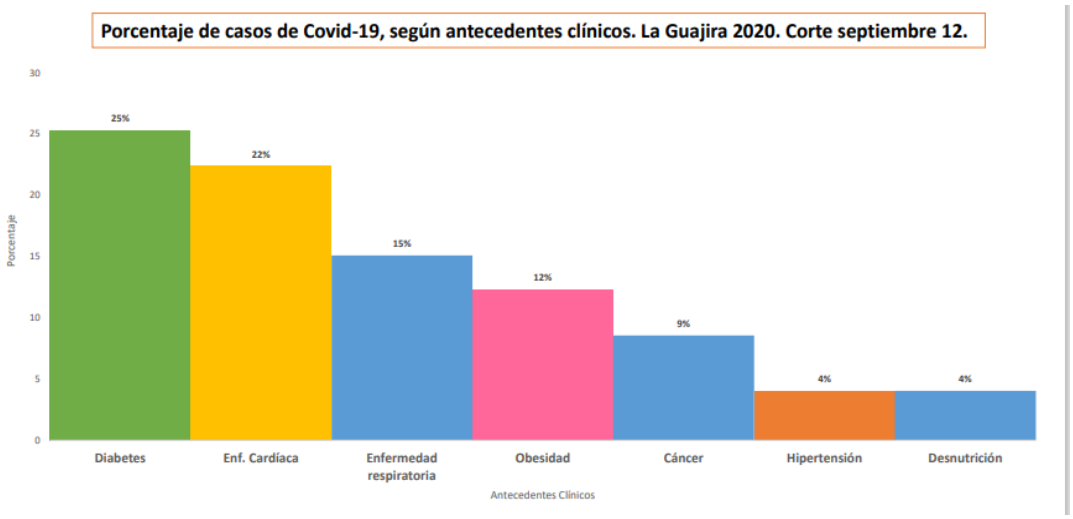
- Contacto con una persona enferma tose o estornuda y expulsa partículas del virus que entran en contacto con otras personas.

- La edad es un factor riesgo para el fallecimiento por el virus puesto a que está relacionado en parte que las personas mayores también tengan afecciones médicas subyacentes (La población adulta mayor con morbilidades (hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedades coronarias, enfermedad renal, cáncer, obesidad).

Podemos prevenir el COVID-19 mediante el lavado las manos correctamente, con agua y jabón. Hacerlo frecuentemente reduce hasta en 50% el riesgo de contraer coronavirus. De igual manera, se recomiendan otras medidas preventivas cotidianas para ayudar a prevenir la propagación de enfermedades respiratorias, como:

- Evita el contacto cercano con personas enfermas
- Al estornudar, cúbrete con la parte interna del codo
- Si tienes síntomas de resfriado, quédate en casa y usa tapabocas
- Limpiar y desinfectar los objetos y las superficies que se tocan frecuentemente
- Ventila tu casa

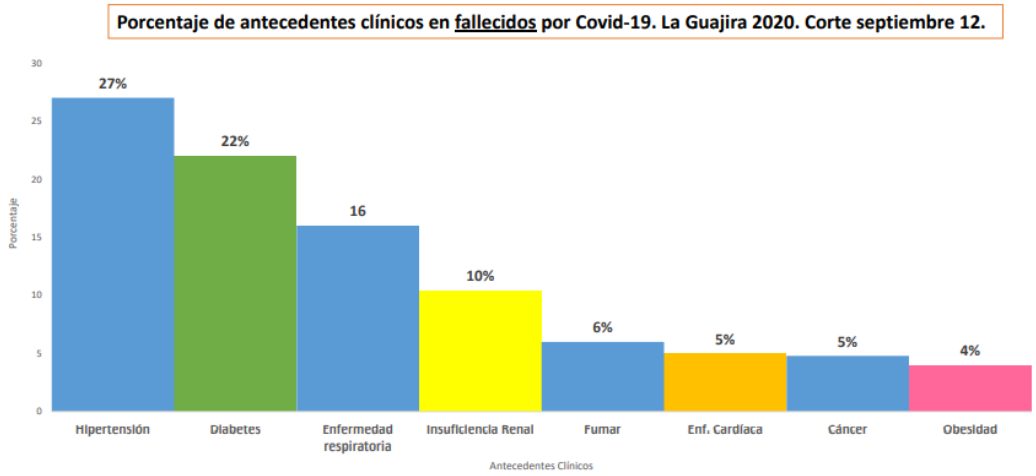
7.4 Porcentaje de Casos de Covid-19, Según Antecedentes Clínicos. La Guajira2020. Corte septiembre 12.



Fuente: contratación propia de la oficina de vigilancia epidemiológica, SDSG-SIVIGILA.

En personas confirmados por COVID-19 se destacan los antecedentes patológicos de diabetes (25%), enfermedades cardiacas (22%) enfermedades Respiratorias (13%), obesidad (12.5%), cáncer (9%).

7.4.1 Antecedentes Clínicos en Fallecidos por Covid – 19. La Guajira2020.Corte septiembre 12.



Fuente: contratación propia de la oficina de vigilancia epidemiológica, SDSG-SIVIGILA.

Dentro de los cincos antecedente clínicos más marcados en relación a la mortalidad por covid-19 en La Guajira se evidencia que la hipertensión con un 27% ocupa el primer lugar seguido de diabetes 22%, enfermedades respiratorias 16% e insuficiencia renal en un 6 %.

7.5 Oferta de servicios en salud, servicios sociales y sociosanitarios.

En el departamento de La Guajira existen un total de 178 IPS habilitadas e inscriptas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – RESP, de las cuales 9%. Son del sector público y el 91% (No.162) corresponden al sector privado. La organización de la red departamental de prestadores de servicios de salud pública está integrada por 16 ESE, de las cuales 13 son de baja complejidad, 2 de mediana complejidad y 1 de alta complejidad.

No.	E.S.E.	NIT	MUNICIPIO	NIVEL DE COMPLEJIDAD
1	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	892115009-7	RIOHACHA	ALTA
2	HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALBANIA	825002525-7	ALBANIA	BAJA
3	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	800101022-8	BARRANCAS	BAJA
4	HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA	825001037-1	DIBULLA	BAJA
5	HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA	825000834-9	DISTRACCION	BAJA
6	HOSPITAL SAN LUCAS	825000140-6	EL MOLINO	BAJA
7	HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA	892170002-1	FONSECA	BAJA
8	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	825000620-1	HATONUEVO	BAJA
9	HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ	825001119-5	LA JAGUA	BAJA
10	HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO	892120115-1	MAICAO	MEDIANA
11	HOSPITAL ARMANDO PABON LOPEZ	825000147-7	MANAURE	BAJA
12	HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II	892115010-5	SAN JUAN	MEDIANA
13	HOSPITAL DE NAZARETH	892115347-1	URIBIA	BAJA
14	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO	800061765-9	URIBIA	BAJA
15	HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA	800213942-1	URUMITA	BAJA
16	HOSPITAL SANTO TOMAS	800075650-1	VILLANUEVA	BAJA

Fuente: plan de acción de la SSDG oficina de prestación de servicio.(27)

En cuanto a las camas de unidad de cuidados intensivos La Guajira cuenta luego de que se aumentara de 67 a 97 la capacidad instalada de camas disponibles en las Unidades de Cuidados Intensivos, UCI de adultos, para la atención del covid-19 y disminuyera la ocupación hospitalaria.



Fuente: cuenta oficial de la gobernación de la Guajira. Instagram. (25)

Servicios Sociosanitarios: Mediante la resolución 1339 del 26 de diciembre de 2017, la Administración temporal del sector salud – Secretaria de Salud Departamental, conformo el Equipo de Respuesta Inmediata de carácter administrativo y operativo ERI del Departamento de La Guajira como un grupo interdisciplinario de análisis, decisión, coordinación y respuesta a brotes y epidemias de esta misma manera cada secretaria municipal adopta y adapta esta resolución lo que evidencia un control y seguimiento de los casos notificados.

En el Departamento de la Guajira los héroes de la pandemia son nuestros profesionales de la salud. Gracias a este trabajo conjunto, podremos retribuirles todo su esfuerzo, compromiso y solidaridad y además salvaguardar la salud de sus seres queridos**.**

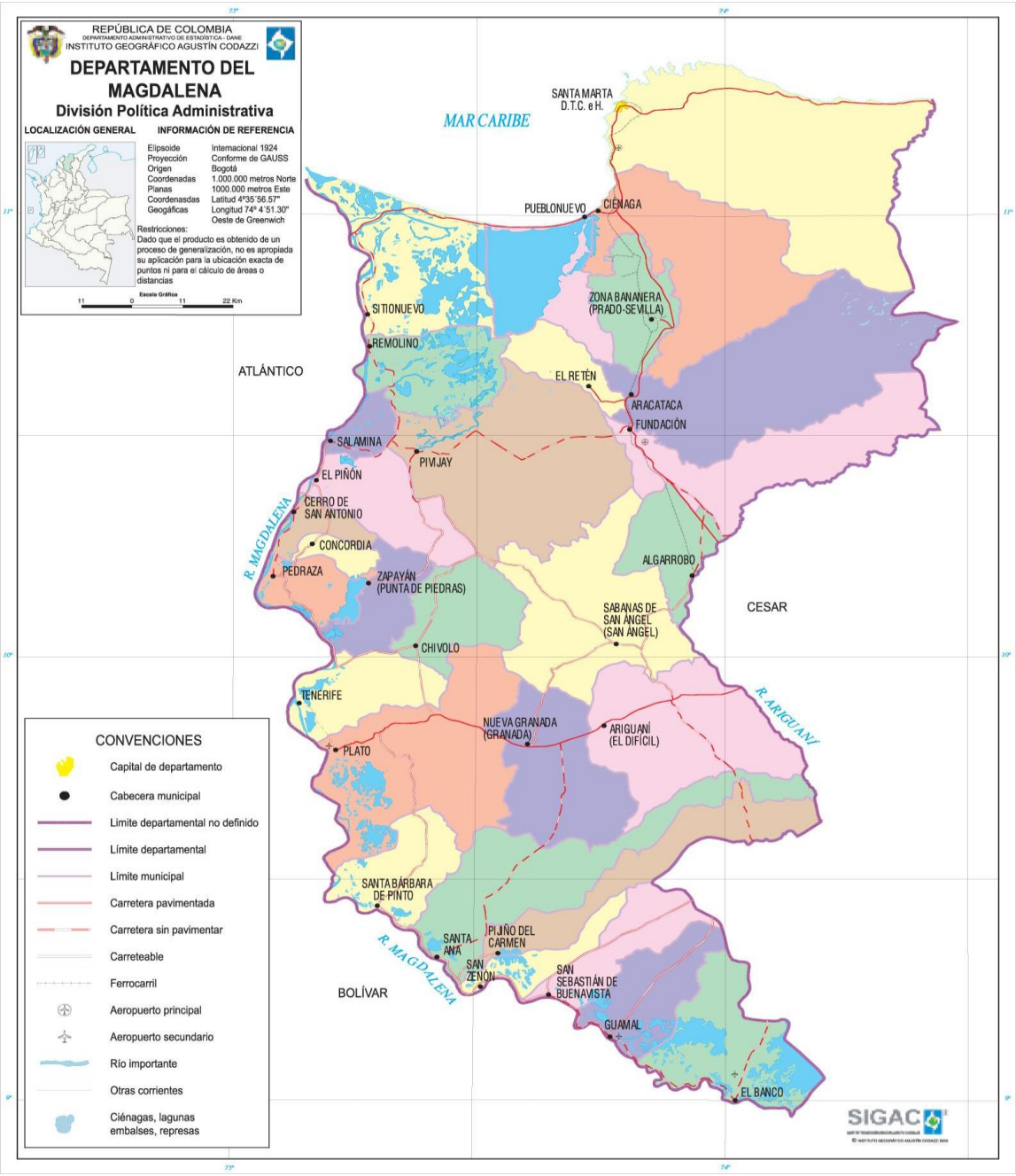
8 Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Posconflicto, Derechos Humanos y Seguridad. Municipios priorizados para el posconflicto. Link: https://www.minagricultura.gov.co/convocatorias/Documents/Apertura_Registro_2016_2018/Anexo_2_Municipios_Priorizados_Posconflicto.pdf
2. Rincones, D. El Pilon, Verdadabierta. Los PDET, una oportunidad para el renacer de La Guajira. 4 julio, 2019. Link: https://verdadabierta.com/los-pdet-una-oportunidad-para-el-renacer-de-la-guajira/
3. Ley 1448 de 2011, Artículo 25 Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.
4. Cámara de Comercio de la Guajira. Informe socio económico la guajira 2016. Diagnóstico del desempeño económico y social. Link: https://www.camaraguajira.org/publicaciones/informes/informe-socio-economico-la-guajira-2016.pdf
5. Aguilar N. Fundación Paz y Reconciliación. PARES. La Guajira y Cesar: Un territorio en manos del crimen. Febrero 2020. Link: https://pares.com.co/2020/02/10/la-guajira-y-cesar-un-territorio-en-manos-del-crimen/
6. Verdad abierta. Artículo cedido por 360-grados.co a VerdadAbierta.com. El fantasma del narcoparamilitarismo que ronda a Cesar, Magdalena y La Guajira. 9 de junio de 2020. Link: https://verdadabierta.com/el-fantasma-del-narcoparamilitarismo-que-ronda-a-cesar-magdalena-y-la-guajira/
7. Consejería presidencial para la consolidación y la estabilización. En La Guajira, Magdalena y Cesar, gobierno invertirá $16.351 millones en 2020 para obras PDET. Link: http://portalparalapaz.gov.co/publicaciones/1386/en-la-guajira-magdalena-y-cesar-gobierno-invertira-16351-millones-en-2020-para-obras-pdet/
8. Fondo Sueco-Noruego de Cooperación, Link: https://foscol.org/organizaciones-socias/
9 PNUD. En La Guajira: "Construir paz es cumplir sueños", 4 de abril del 2016, Link: https://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/presscenter/articles/2016/04/04/en-la-guajira-construir-paz-es-cumplir-sue-os-.html
10. Alianza para la paz. El deporte como herramienta para la reconciliación y la paz en Fonseca, La Guajira. Link: https://alianzaparalapaz.org/el-deporte-como-herramienta-para-la-reconciliacion-y-la-paz-en-fonseca-la-guajira/
11. Organizaciones afrocolombianas en la Guajira. Link: file:///C:/Users/aikam/Downloads/ORGANIZACIONES_AFROCOLOMBIANAS_EN_LA_GUAJIRA.pdf
12. La Caracterización del pueblo wayuu. Link: https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/upload/SIIC/PueblosIndigenas/pueblo_way_u.pdf
13. Caribe afirmativo, Las personas LGBT en la cultura wayúu. Link: https://caribeafirmativo.lgbt/las-personas-lgbt-la-cultura-wayuu/
14. UARIV. Comunidad afro Carmelo Banquet, en La Guajira, fue notificada como sujeto de reparación colectiva. Junio 21 del 2018. Link: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/reparacion-colectiva/comunidad-afro-

carmelo-banquet-en-la-guajira-fue-notificada-como-sujeto-de
15. UARIV. Informe regional. Guajira- Cesar 2016. Link: https://www.unidadvictimas.gov.co/especiales/especial-rendicion-2016/docs/cesar.pdf
16. Vásquez y Cespedes. Procesos de retorno: mecanismos gubernamentales para asumir el desplazamiento. Link: http://www.scielo.org.co/pdf/traso/v21n2/2256-5493-traso-21-02-141.pdf
17. Defensoría del pueblo colombiano. Rendición de cuentas. 2012-2016. Link. https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/assets/regional-guajira2.pdf
18. DANE. Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 Riohacha, La Guajira. Agosto de 2019.link: https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190816-CNPV-presentacion-La-Guajira-Riohacha.pdf
19. UARIV. Victimas por Hechos victimizantes – Departamento de la Guajira – Fecha corte 31-08-2020
20. Base de Datos Única de Afiliados - BDUA. Consulta mes a mes. Afiliados al SGSSS, por régimen, en los municipios de La Guajira. fin del año 2019 a marzo 2020.Tomado de: http://www.salud-laguajira.gov.co/
21. Cinep/Programa por la paz. Informe de Seguimiento a Sentencias y Órdenes. Caso Montes de María (Asocristo) y sentencias étnicas de la Serranía del Perijá y Baja Guajira. Julio de 2018 Link: https://www.cinep.org.co/publicaciones/PDFS/20190613E2_Seguimiento_a_ordenes_judiciales_Montes_de_Maria_Asocristo.pdf
22. MSPS, PAPSIVI, Corte: Número de personas atendidas en el componente de atención psicosocial del PAPSIVI, según modalidad de atención y año. Junio 2018.
23. Plan de acción en salud. Secretaria Departamental de salud departamento de la Guajira (PAS PTS 2020-2023 SALUD PÚBLICA).
24Avila. A. Fundación Paz y Reconciliación. Tercera Monografía. Departamento de la Guajira. Febrero 2014 Link: https://pares.com.co/wp-content/uploads/2018/06/INFORME-LA-GUAJIRA-REDPRODEPAZ-Y-PAZ-Y-RECONCILIACI%C3%93N.pdf
25. http://www.pasocial.org/quienes-somos/planeacion-estrategica/que-es-la-pastoral-social.
26. https://www.laguajira.gov.co/web/la-gobernacion/normatividad/19-decretos.html
27. **CORONAVIRUS (COVID-19) - Ministerio de Salud** www.minsalud.gov.co › Paginas › Covid-19
28. Cuenta oficial de la gobernación de la Guajira. Instagram.
29. Plan de acción de la SSDG oficina de prestación de servicio
30. Contratación propia de la oficina de vigilancia epidemiológica, SDSG-SIVIGILA.

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO: MAGDALENA



Fuente: http://www.colombiamania.com/mapas/departamentos/magdalena.html

Contenido

1. Introducción 3
2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el Departamento. .. 4
3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el departamento. 7
4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento. 9
5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima 10
6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 14
7. Estado de emergencia sanitaria por covid-19. 15

1. Introducción

En el marco del Convenio de asociación 469 de 2020 suscrito entre la Fundación Forjando Futuros y el Ministerio de Salud y Protección Social, se está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) en la Región 1, conformada por los departamentos de Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Córdoba, Sucre, Cesar, Guajira, Magdalena, Guainía, Vichada y Arauca. En el Departamento de Magdalena para la atención a través del PAPSIVI, se priorizaron para la vigencia 2020 (13) municipios del departamento: Santa Marta, Fundación, Ciénaga, Zona Bananera, Aracataca, Pivijay Sitio Nuevo, El Reten, Salamina, Remolino, Tenerife, El Banco y Plato. A su vez los municipios de Ciénaga, Aracataca, Fundación y Santa Marta, hacen parte de los municipios priorizados a nivel nacional para el Postconflicto por el Ministerio de Posconflicto, Derechos Humanos y Seguridad.

En este documento se presenta la actualización correspondiente al año 2020 del análisis del contexto del Departamento de Magdalena, siguiendo las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en este sentido este documento contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

La construcción del documento se realizó a partir de la recolección de información de fuentes secundarias solamente, debido a la situación de emergencia sanitaria por el Coronavirus (COVID-19) que atraviesa el País y el Departamento. Las fuentes secundarias utilizadas por el Equipo Psicosocial de la Fundación Forjando Futuros fueron entre otras: Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023, datos de la Red Nacional de Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, documentos diagnósticos de diferentes entidades que conforman el SNARIV.

En el Departamento del Magdalena se ha implementado la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado desde el año 2013, comenzando en ese año con una caracterización de la población víctima y siguiendo los años 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 con atención psicosocial brindada por psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos; con la población focalizada por promotores de salud, que son parte de la comunidad, es decir víctimas del conflicto armado. Desde el año 2017 estos equipos de profesionales de salud con la asistencia técnica del MSPS en articulación con la Secretaría de Salud Departamental, han logrado socializar con las entidades de salud (secretarías de salud, alcaldías, enlaces de víctimas, Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB), el Protocolo de Salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado.

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el Departamento.

El Departamento del Magdalena está constituido por 30 municipios así: Santa Marta, Algarrobo, Aracataca, Ariguaní, Cerro de San Antonio, Chibolo, Ciénaga, Concordia, El Banco, Piñón, Retén, Fundación, Guamal, Nueva Granada, Pedraza, Pijiño del Carmen, Pivijay, Plato, Pueblo viejo, Remolino, sábanas de san ángel, Salamina, San Sebastián, San Zenón, Santa Ana, Santa Bárbara de Pinto, Sitio Nuevo, Tenerife, Zapayán, Zona Bananera. Los cuáles tienen población víctima en cada uno de ellos. Ya sea porque el conflicto armado se haya producido en su zona, o por ser receptor de las mismas, como es el caso de Santa Marta y Fundación.

En el departamento del Magdalena la distribución de la tierra ha sido históricamente inequitativa, mostrando elevados coeficientes de concentración.[1] Tradicionalmente el acaparamiento de la tierra se ha vinculado al latifundio ganadero; a nivel nacional las cifras dan cuenta de un incremento de la superficie destinada a esta actividad, en más de 500 mil hectáreas entre el 2004 y 2009. [2] Las cifras más recientes, reiteran la tendencia a la inequitativa distribución de la tierra en el departamento y muestran cómo grandes extensiones de tierras rurales se encuentran en manos de pocos propietarios, siendo éste aspecto un antecedente y obstáculo para el acceso a la tierra por parte de los campesinos del Magdalena, así como para la restitución de tierras en el Departamento y en toda Colombia.[3]

Durante el periodo comprendido entre los años 1980 y 1985 se incrementó la compra masiva de tierras en el Magdalena por parte del narcotráfico, ocupando el sexto puesto de los departamentos del país donde se presentó esta situación.[4]

Desde la década de los 90s y durante los últimos años el uso del suelo por parte de los propietarios de grandes extensiones de tierra está destinado principalmente a la ganadería, también los actores armados ilegales han destinado distintas zonas al narcotráfico, al igual que algunas empresas y actores económicos que en alianza con grupos armados ilegales, especialmente paramilitares, facilitan la explotación de recursos naturales como es el caso de los cultivos de palma y teca.[5]

---

[1] En el caso del departamento del Magdalena el Coeficiente de Gini en materia de tierras rurales, para el año 2002 fue del 0.74. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/ilsa/20130913063911/Chibolo4.pdf

[2] Salinas Abdala Yamile. Dinámicas en el mercado de la tierra en Colombia. Documento elaborado para la Oicina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe. Documento en Publicación. 2011.

[3] Desplazamiento forzado y despojo de tierras en Chibolo: la comunidad campesina de la vereda El Encanto, que enfrentó la alianza entre el paramilitarismo y los procesos de adjudicación de tierras. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/ilsa/20130913063911/Chibolo4.pdf

[4] REYES Posada Alejandro, Guerreros y Campesinos: El Despojo de Tierras en Colombia. Editorial Norma. Bogotá. 2009.

[5] Desplazamiento forzado y despojo de tierras en Chibolo: la comunidad campesina de la vereda El Encanto, que enfrentó la alianza entre el paramilitarismo y los procesos de

El 20 de agosto de 2015, la Sala de Justicia y Paz del Tribunal Superior de Bogotá, dictó sentencia condenatoria contra José Gregorio Mangones Lugo, alias 'Carlos Tijeras', y Omar Enrique Martínez Ossías, alias 'Maicol', desmovilizados del Frente William Rivas de las Autodefensas Unidades de Colombia (AUC). Ambos fueron condenados a 40 años de prisión, pero como cumplieron con los requisitos que exige la ley de Justicia y Paz, los magistrados les concedieron una pena alternativa de ocho años.[6]

La sentencia recoge 564 crímenes que este grupo paramilitar, nacido del seno de las Autodefensas Unidas de Córdoba y Urabá (ACCU) de los hermanos Carlos y Vicente Castaño Gil, cometió en los municipios de Ciénaga, Zona Bananera, Fundación y Aracataca, entre 2001 y 2005. Esta fue una de las zonas del departamento más afectada por el conflicto, alias 'Tijeras' fue condenado por la mayoría de los hechos por haber sido el jefe del grupo, los cuales consistieron en asesinatos selectivos y algunos desplazamientos. [7]

El Tribunal de Justicia y Paz dentro de su recuento sobre los orígenes del conflicto armado en el departamento, destaca la titulación de baldíos que diferentes gobiernos les hicieron a las familias más poderosas de la región para impulsar las exportaciones de banano. Entre 1861 y 1874, les fueron entregadas 16.530 hectáreas a las familias Dávila, Díaz Granados, Alzamora y Campo, quienes se consolidarían como poder político y económico de la región, y en un futuro se aliarían con grupos armados ilegales para preservarlo.[8]

En 1966 cuando la región de Urabá se convirtió en la principal exportadora de banano en Colombia y desplazo la producción de la Zona Bananera, lo cual coincidió con la entrada de los cultivos de marihuana, especialmente en la Sierra Nevada de Santa Marta, que posteriormente sería conocida como la bonanza marimbera. Un estudio de la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF), señala que en la Sierra Nevada, entre 1974 y 1985, se produjo el 60% por ciento de la marihuana del país y que sus ganancias equivalían a un valor entre el 4,0 y el 7,5% del Producto Interno Bruto.[9]

Las FARC crearon el Frente 19 para hacer presencia en la Serranía del Perijá y las estribaciones de la Sierra Nevada, y "plantearon el objetivo de reorganizar las finanzas para asumir el control de nuevos ingresos", según indica la sentencia. Optaron por "ajusticiar" a los compradores, mafiosos que estuvieran presuntamente abusando de la "buena fe" de los cultivadores de esta hierba".

---

adjudicación de tierras.
http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/ilsa/20130913063911/Chibolo4.pdf
[6] *Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado*
https://www.hchr.org.co/index.php/compilacion-de-noticias/63-paramilitares-y-grupos-post-desmovilizacion/7253-ocho-puntos-para-entender-la-guerra-en-magdalena
[7] *https://verdadabierta.com/ocho-puntos-para-entender-la-guerra-en-magdalena/*
[8] *Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado*
https://www.hchr.org.co/index.php/compilacion-de-noticias/63-paramilitares-y-grupos-post-desmovilizacion/7253-ocho-puntos-para-entender-la-guerra-en-magdalena
[9] *https://verdadabierta.com/ocho-puntos-para-entender-la-guerra-en-magdalena/*

A su vez, los traficantes crearon grupos armados al margen de la ley, que fueron conocidos como “los combos”. Para el Tribunal, este periodo “marcaría los antecedentes de lo que fueron los grupos paramilitares en el Magdalena”.[10]

El narcotráfico se convirtió en “una economía de guerra en la Sierra Nevada de Santa Marta, pues diferentes carteles financiaron a los integrantes de grupos paramilitares que se desmovilizaron (Bloque Resistencia Tayrona y Bloque Norte). Estas alianzas se realizaron para custodiar cargamentos de cocaína (evitar el pillaje y el robo), además para proveer sitios seguros de residencia a los capos o para neutralizar la persecución del Estado”.[11]

En el Magdalena además de las FARC y del ELN, delinquieron en los últimos años otros nueve grupos armados ilegales. Entre estos grupos se destacan los grupos paramilitares creados por hermanos Castaño Gil, el Frente Arlex Hurtado del Bloque Bananero, el Frente William Rivas del Bloque Norte, el Grupo de Adán Rojas y el grupo de Hernán Giraldo alias Jorge 40 entre otros.

Estos últimos se fortalecieron a partir del año 2.000 como consecuencia de la bonanza cocainera, la amenaza guerrillera y la demanda de seguridad por parte de los empresarios agrícolas y exportadores, en los municipios de Santa Marta, Ciénaga, Zona Bananera, Fundación y Aracataca principalmente.[12] Los grupos armados con presencia en la Sierra intensificaron sus acciones armadas, consistentes en secuestros, amenazas, violaciones y masacres al interior de los territorios de resguardo de los pueblos indígenas: Koguis, los Wiwa y Arhuaco.

En el último año (2019) la Defensoría del Pueblo alertó del riesgo que corren las comunidades indígenas que viven en jurisdicción de los municipios de Ciénaga y Santa Marta en el departamento de Magdalena por cuenta una vez más de la presencia de grupos armados que están activos en la zona.[13]

En este orden de ideas la Defensoría del Pueblo realiza sseguimiento a la situación de riesgo de La comunidad Kogui, en el marco de la Alerta Temprana No. 045-18, con visitas al territorio del resguardo Kogui-Malayo-Arhuaco y acompañamiento de las gestiones realizadas para la protección de la vida e integridad de los líderes del Cabildo ante las autoridades competentes.[14]

Se destaca como iniciativa de paz en el territorio: La Escuela de Participación, Paz y Género, estrategia de la Defensoría del Pueblo y la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género, la cual brinda un espacio a mujeres

[10] *https://verdadabierta.com/ocho-puntos-para-entender-la-guerra-en-magdalena/*
[11] *https://verdadabierta.com/ocho-puntos-para-entender-la-guerra-en-magdalena/*
[12] *Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado https://www.hchr.org.co/index.php/compilacion-de-noticias/63-paramilitares-y-grupos-post-desmovilizacion/7253-ocho-puntos-para-entender-la-guerra-en-magdalena*
[13] *http://www.observatoriodetierras.org/*
[14] *INFORME DE REALIZACIÓN DE AUDIENCIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS Periodo Reportado: 01 de septiembre de 2017 al 30 de agosto de 2018. Defensoría del Pueblo Diciembre de 2018*

víctimas de desplazamiento forzado y de violencia de genero el cual busca su empoderamiento, crecimiento y formación en aras principalmente de dejar herramientas de incidencia en la política pública en sus territorios.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el departamento.

En el departamento del Magdalena que está compuesto por 30 municipios, 178 corregimientos, 7 inspecciones de policía, así como, numerosos caseríos y sitios poblados.[15] Desde el año 2000 se comenzó a afrontar una nueva amenaza con relación a los grupos armados, luego de desplazar a la guerrilla de las zonas en donde hacían presencia, los paramilitares pasaron de combatir guerrilleros a disputarse territorios y cobrarse deudas de sangre. En algunos casos los bananeros utilizaron los "servicio sicariales" de los paramilitares para comprar predios a bajos precios o forzar a los campesinos a abandonar las tierras fértiles y con mayor potencial agroindustrial.

Según el Registro Único de Victimas (RUV), para la fecha del 31 de agosto de 2020, la población víctima registrada en el Departamento del Magdalena es de 335. 885 diferenciada así:

- Víctimas del conflicto armado: 335.885
  Víctimas sujetos de atención: 292.995
  Víctimas sujetos de atención desplazamiento Forzado: 280.288

Víctimas por Hecho Victimizante - Departamento MAGDALENA - Fecha Corte 31/07/2020

Hecho Victimizante	524.859 VÍCTIMAS OCURRENCIA	467.319 VÍCTIMAS DECLARACIÓN	335.885 VÍCTIMAS UBICACIÓN	292.995 SUJETOS DE ATENCIÓN	608.255 EVENTOS
Acto terroris...	553	435	441	401	561
Amenaza	16.676	13.093	12.377	12.124	17.358
Delitos contr...	3.351	2.860	2.536	2.503	3.429
Desaparición ...	6.417	8.323	3.820	3.297	6.749
Desplazamient...	493.651	421.610	320.918	280.288	528.362
Homicidio	35.061	45.949	22.629	19.838	37.469
Minas Antiper...	45	182	101	94	45
Secuestro	795	588	485	393	813
Tortura	586	589	458	438	595
Vinculación d...	56	47	35	33	57
Abandono o De...	1.698	0	1.249	1.212	1.932
Perdida de Bi...	4.951	4.463	3.819	3.688	5.012
Lesiones Pers...	261	228	216	213	261
Lesiones Pers...	426	499	349	329	426
Confinamiento	0	0	2	2	0
Sin informacion	4.999	1	3.124	2.872	5.186

Fuente: www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394

[15] *www.minsalud.gov.co*

Ésta población víctima en el Departamento del Magdalena se encuentra afiliada en su mayoría en el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

De otra parte en el Departamento del Magdalena hay un gran número de sentencias Judiciales de Restitución de Tierras y de Justicia y Paz, entre ellas se encuentran las de: Santa Martica, Bejuco Prieto, El Encanto, La Trinidad, Salaminita, La Unión y Santa Rita entre otras.

En el marco de la Ley 1448 de 2011, la atención psicosocial se ha realizado desde el año 2014 en sus modalidades de atención, priorizando según bases de focalización en los barrios suburbanos, zonas veredales y corregimientos de los municipios priorizados. Es importante mencionar la concurrencia de algunos municipios, que con recursos propios han contratado un equipo PAPSIVI para la atención a víctimas, tales como Concordia, Algarrobo, Fundación y Santa Marta.

En La Sierra Nevada de Santa Marta y la troncal del Caribe, los Gaitanistas estarían aliados con el Clan de Los Rojas, quienes conocen la zona, tienen terrenos y se han apropiado de rutas ilegales para el transporte de droga, con el fin de trabajar en conjunto. Allí se enfrentan a Los Caparrapos y Los Pachencas, estos últimos presuntamente tienen una alianza con las Autodefensas Conquistadoras de la Sierra Nevada.

Los conflictos en la Sierra Nevada de Santa Marta y sus inmediaciones también están relacionados con el inmenso potencial de la región: la biodiversidad, los abundantes recursos de agua y las grandes zonas agrícolas de un territorio único por poseer alturas con nieves perpetuas cercanas al mar. La Sierra Nevada, por sus características geográficas y ubicación estratégica, constituye un importante escenario para la disputa territorial entre los actores armados ilegales.[16]

En el Magdalena han sido amenazados líderes sociales, miembros de grupos de población OISEG y comunidades enteras por las AGC, allí tienen una disputa con Los Pachencas por el control del puerto de Santa Marta que se convierte en un corredor de movilidad entre tres departamentos con acceso a puertos marítimos, donde se pueden generar muchas rentas ilegales en todo lo relacionado con el turismo y los cultivos de banano y palma.

Las Autodefensas Gaitanistas están aliadas a un grupo conocido como El Nuevo Bloque Costeño que proviene de Barranquilla, también se suman al escenario carteles mexicanos que estarían teniendo presencia allí. Entre los afectados por este tipo de hechos se encuentran los indígenas Kogui y Arhuacos. [17]

[16] *www.corpamag.gov.co*

[17] *http://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2020/08/INFORME-GRUPOS-ARMADOS-_.pdf*

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento.

Desde el año 2014 a 2019 se ha atendido a víctimas del conflicto armado del Departamento del Magdalena a través del PAPSIVI, priorizando municipios y focalizando a través de bases de datos de la población víctima del conflicto armado.

De igual manera se ha realizado la socialización de la Resolución 1166/2018, Lineamientos para el talento humano que orienta y atiende víctimas y el protocolo de salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado a las Alcaldías, Enlaces de víctimas, ESE, secretarios de salud y cada una de las áreas de los mismos, también ante IPS y EPS del Departamento del Magdalena, en el año 2017 y 2018; quedando como compromiso, delegar un referente de víctimas, enviar la documentación para acceder a la base de datos Vivanto a las Secretarías de Salud y hacer el cruce de base de datos de su población afiliada con la Unidad para la Atención y Reparación Integral a víctimas del conflicto armado- UARIV.

Es de destacar que la institución promotora de salud (IPS) que atiende la mayoría de personas víctimas es el Hospital Universitario Fernando Troconis; y la población víctima se encuentra distribuida en su mayoría en las siguientes Entidades Promotoras de Salud (EPS): Comparta, Coosalud, Nueva Eps**,** Salud Vida, Cajacopi, Barrios Unidos de Quibdó (AMBUQ), Mutual Ser, Comfacor(actualmente intervenida).

Desde la Secretaría de Salud Distrital y Departamental se ha apoyado el proceso de implementación del protocolo de salud con enfoque psicosocial y bajo el seguimiento del Ministerio de Salud y Protección Social, se ha socializado la atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas a la Secretaría de Salud Departamental y Distrital; así mismo, se ha promovido la implementación del Protocolo de Salud con enfoque psicosocial ante las EPS e IPS del Distrito de Santa Marta.

Con las entidades que hacen parte del SGSS en el departamento, se ha logrado socializar los decretos, resoluciones, comunicados conjuntos; emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UARIV. Todo esto con el fin de contribuir a la atención en salud integral que permita mitigar el daño ocasionado a las víctimas del conflicto armado y garantizar el respeto de los derechos humanos y el goce efectivo de los mismos. Esto en el marco de la Ley 1448 de 2011, Ley de víctimas y restitución de tierras.

Entre los principales logros del PAPSIVI en el departamento del Magdalena podemos resaltar la participación activa de la misma comunidad en cada una de las vigencias, logrando llegar a zonas rurales de difícil acceso como son el corregimiento de santa Rosa en el Municipio de Fundación, Sitio Nuevo, Pueblo viejo, Ciénaga y los pueblos palafitos, entre otros; donde se realizó atención psicosocial a una parte de la población.

El PAPSIVI constituye la línea técnica que le permite a los diferentes actores del SGSS atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas, ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en éste, los sujetos de reparación colectiva), con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades.

En el marco de la implementación del programa hasta agosto de 2019 se han atendido alrededor de 6917 personas víctimas del conflicto armado, residentes en el Magdalena. El proceso se ha desarrollado en varias etapas desde el 2.014, cubriendo más de 21 municipios del Departamento.[18]

Las inversiones totales de la Gobernación en la implementación del PAPSIVI en el cuatrienio anterior fueron de $3.524.179.869, con la cual se ha logrado beneficiar a la población víctima en los municipios de Ciénaga, Puebloviejo, Zona Bananera, Aracataca, Fundación, Algarrobo, Pivijay, Sitionuevo, Remolino, Concordia, Zapayán, El Piñón, Plato, Sabanas de San Ángel, El Banco, Chibolo, Santa Ana y Ariguaní.[19]

Fuente: Ente Territorial: Secretaría de Salud Departamental y Distrital.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

En el Departamento del Magdalena se ha socializado por parte de la Secretaría de Salud Departamental en articulación con el MSPS y los equipos psicosociales del PAPSIVI, el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), desde el año 2017, 2018 y en el Distrito de Santa Marta desde el año 2019.

Las EAPB con presencia en el Departamento son: Cajacopi, Mutual Ser, Salud Vida, Comfacor, Nueva Eps, Salud Total, Comparta, Ambuq, Famisanar, Coomeva y Sanitas

Mapa de Oferta y Rutas de Atención a Población Victima						
Institución	**Dirección**	**Contacto o Referente**	**Teléfono o Celular**	**Email o Pagina Web**	**Descripción de la Oferta**	**Acceso y Horarios**
Gobernación del Magdalena (Público)	Carrera 1 No.16-15 Palacio Tayrona - Santa Marta	Carlos Eduardo Caicedo Omar	4210239	despacho@magdalena.gov.co	Promoción del desarrollo Socio-Económico, Cultural y Ambiental de su territorio, con el fin de satisfacer las necesidades básicas de la comunidad. Cuenta con recursos físicos y humanos	Lunes a Viernes de 8:00 A.M. a 12:00 M y de 2:00 P.M. a 6:00

[18] *https://www.opinioncaribe.com/2019/08/03/victimas-del-conflicto-cuentan-con-atencion-psicosocial-y-salud-integral/*
[19] *https://www.opinioncaribe.com/2019/07/30/magdalena-alcanza-mayores-niveles-de-bienestar-y-calidad-de-vida/*

					para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, programas y proyectos orientados a mejorar la calidad de vida de sus habitantes, cumpliendo con las disposiciones legales y enmarcadas en un proceso institucional de mejoramiento continuo.			
Oficina de Paz, Atención a víctimas, Derechos Humanos y Post-Conflicto (Público)	Carrera 1 No.16-15 Palacio Tayrona - Santa Marta, Codigo Postal 47004	Anabel Zúñiga	4381144	aivida@magdalena.gov.co	construcción y gestión de paz territorial e implementación de los acuerdos firmados para una paz estable y duradera y de posteriores acuerdos con igual connotación; así mismo tiene un rol estratégico en todas las acciones de promoción y defensa de los Derechos humanos y el derecho Internacional Humanitario (DIH)	Lunes a Viernes de 8:00 A.M. a 12:00 M y de 2:00 P.M. a 6:00 P.M.		
Secretaría de Salud Departamental (Público)	Calle 23 No. 13 A 02 Barrio Los Alcázares - Magdalena	Jorge Bernal Patricia Serrano	(095) 4319542	secretariadesalud@magdalena.gov.co papsivimagdalena@outlook.es	Adoptar, dirigir, coordinar, vigilar, supervisar, ejecutar y evaluar en el Departamento, las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo a la normatividad existente.	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua		
Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA (Público)	26b-211, Av. Del Ferrocarril #2651, Santa Marta	Víctor Hugo Armenta Herrera	4212064	https://www.sena.edu.co/es-co/regionales/zonaCaribe/Paginas/magdalena.aspx	Ofrece formación gratuita a millones de colombianos que se benefician con programas técnicos, tecnológicos y complementarios que enfocados en el desarrollo económico, tecnológico y social del país, entran a engrosar las actividades productivas de las empresas y de la industria, para obtener mejor competitividad y producción con los mercados globalizados.	7:30 a.m. a 12:00 m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m		
Unidad Para las Víctimas (Público)	Calle 34 Carrera 16 - 34 Barrio María Eugenia	Jair Diazgranados	líneas 018000955530/opción 6 y el número de celular 3128070326		1. Verificación del estado en el Registro Único de Víctimas. 2. Ayudas humanitarias 3. Actualización de datos de contacto de las víctimas 4. Apoyo psicosocial en el marco de una atención integral	7 am a 4pm		

					5. Fondo de permanencia y graduación en educación superior (Icetex).			
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF (Público)	Av. Del Ferrocarril #26a12, Santa Marta, Magdalena	Joaquín González Iturriago	301 7623296 - 4242709	Joaquin.Gonzalez@icbf.gov.co	Promueve el desarrollo y la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, fortaleciendo las capacidades de las familias como entornos protectores y principales agentes de transformación social.	8 am a 5:30pm		
Contraloria Departamental (Público)	Calle 17 N° 1C - 78	Álvaro Ordoñez	4211157 - 4214717	despacho@contraloriadelmagdalena.gov.co	Orientada a vigilar en forma posterior y selectiva; la gestión fiscal de la administración y de los particulares o entidades que manejen fondos o bienes públicos en la jurisdicción del Magdalena, en la búsqueda del mejoramiento de la gestión pública, la defensa de los recursos públicos y el establecimiento de la responsabilidad fiscal a que haya lugar para lograr el bienestar social y la satisfacción a nuestros clientes actuando con celeridad, imparcialidad, economía, eficiencia, equidad, transparencia y mejoramiento	Lunes a Viernes de 8:00 A.M. a 12:00 M y de 2:00 P.M. a 6:00 P.M.		
Procuraduría (Público)	Calle 15 No. 3-25 P 8 Edif. BCH Santa Marta	Dr. Rodrigo Otero Noguera	4210632 - 4234149	Página Web: http://www.procuraduria.gov.co	Vigilar el correcto funcionamiento de la función pública, para salvaguardar los derechos e intereses de los ciudadanos, garantizar la protección de los derechos humanos e intervenir en representación de la sociedad para defender el patrimonio público.	Lunes a Viernes de 8:00 A.M. a 12:00 M y de 2:00 P.M. a 6:00 P.M.		
Secretaria de Educación Y cultura (Público)	Carrera 1 No.15-16 Palacio Tayrona	Leal Loaiza María Ferley	4381144 Ext 181	secretariadelinterior@magdalena.gov.co	Proyectar, dirigir, implementar y controlar las políticas concernientes a las áreas de su responsabilidad en materia de seguridad, orden público, paz, reinserción, desplazados, asuntos electorales, asuntos indígenas, atención y prevención de desastres en la Administración Central Departamental.	Lunes a Viernes de 8:00 A.M. a 12:00 M y de 2:00 P.M. a 6:00 P.M.		
Fiscalía (Público)	Cra. 8 #26B - 104, Santa Marta, Magdalena	José Dorancé Pineda Murillo	(5) 4209603	https://www.fiscalia.gov.co/colombia/	Ejerce la acción penal y de extinción de dominio en el marco del derecho constitucional al	Lunes a Viernes de 8:00 A.M. a 12:00 M y de 2:00 P.M. a 6:00 P.M.		

					debido proceso; participa en el diseño y la ejecución de la política criminal del Estado; garantiza el acceso efectivo a la justicia, la verdad y la reparación de las víctimas de los delitos; y genera confianza en la ciudadanía.			
Cajacopi (Privado)	Cra. 5 #27-07, Santa Marta	Leidy Reyes	(+57) 5 4352293	http://www.cajacopi.com	Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Salud.	Lunes a Viernes 6:00 AM a 4:00 PM Jornada Continua		
Mutual Ser (Privado)	Dirección Oficina Administrativa: Carretera. Troncal No. 71B - 105, Brr. La Concepción		PBX (5) 651 7393	https://www.mutualser.org/index.php/101-mutual-ser/244-regional-magdalena	Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Salud.	7:30am a 5:00 pm		
Salud Vida (Privado)	Cl. 24a #4 - 146, Santa Marta		4204976		Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Salud.	8 am a 12pm Y 2pm a 6pm		
Comfacor (Privado)	Cra. 22 #16-55, Santa Marta		310 4300001		Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Salud.	8 am a 12pm Y 2pm a 6pm		
Nueva Eps (Privado)	Cl. 22 #2-17, Santa Marta		300 3367366		Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Salud.	8 am a 12pm Y 2pm a 6pm		
Salud Total (Privado)	Cra. 5 #26 – 35, Santa Marta		01-800-0114524		Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Salud.	07am a 01pm		
Comparta (Privado)	Cra. 12 #2616, Santa Marta		4214899		Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Salud.	07am a 02pm		
Ambuq (Privado)	Calle 23 – Diagonal al Hospital Universitario Fernando Troconis	Nelson Hernández	4210107		Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Salud.	02pm a 05pm		
Famisanar (Privado)	Cra. 5 #26B-53, Santa Marta,		01-800-0113264		Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Salud.	7:30 am a 12:00pm y 2:00pm a 5:30pm		
Coomeva (Privado)	Cra. 5 #26-35, Santa Marta		4232255		Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Salud.	07am a 11pm y 02:00pm a 05:00pm		
Sanitas (Privado)	Cl. 22 #20a-66, Santa Marta,		018000940304		Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Salud.	8:00 am a 12:00pm y 02:00 pm a 5:00pm		
Policía (Público)	Cl. 22 #1C-74,		4380023		La policía es una fuerza de seguridad encargada de mantener el orden público y la seguridad de los ciudadanos	24 horas		

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

A lo largo del Departamento del Magdalena encontramos el sistema vial rural demarcado por las malas condiciones de las vías, muchas de ellas intransitables en los periodos de lluvias, y la carencia de obras complementarias que contribuyan a su conservación. El alto valor del trasporte genera consigo otras problemáticas en la comunidad; una de ellas es el abandono de los programas preventivos para estas comunidades.

Ante el Sistema General de Seguridad Social en salud, las víctimas del conflicto armado manifiestan muchas barreras para satisfacer sus necesidades de salud; como, por ejemplo, la demora en citas por especialistas y autorizaciones para cirugías.

Es importante destacar que a través del programa PAPSIVI, se han eliminado muchas de éstas barreras que obstaculizaban a la población víctima para obtener la atención en salud en EPS e IPS del Departamento; socializando rutas de atención en salud y deberes y derechos de las víctimas del conflicto armado y el Protocolo de Salud con enfoque psicosocial. Esto en el marco de la Ley 1448 de 2011, ley de víctimas y restitución de tierras.

Entre otras barreras que existen en el departamento para brindar buena atención en salud según estudio realizado por la Gobernación del Magdalena, nueve de los 25 hospitales del departamento se encuentran en malas condiciones físicas, lo que equivale al 36% de la red pública hospitalaria en este departamento. Los Centros asistenciales se encuentran en regular estado y solo 4 están en óptimas condiciones.

En cuanto al tema de ambulancias, de las 80 ambulancias habilitadas en los hospitales, el 71% no funcionan adecuadamente, solo 23 tienen un buen estado, 33 están en regulares condiciones, mientras que 30 presentan un evidente deterioro.

En cuanto a camas en red hospitalaria, hay un déficit de 686 camas, de las cuales hay un faltante entre UCI y Cuidados Intermedios de 477 camas, lo mencionado anteriormente influye en la atención en salud a la población víctima del conflicto armado, en cuanto a traslados, remisiones y hospitalización. [20]

[20] *Fuente: Informe Presentado por el Gobernador del Magdalena al Contralor Departamental (12 de Junio 2020 – Alerta Caribe)*

El departamento del Magdalena, cuenta con buena oferta de Programas Sociales dirigidos a la población Victima del Conflicto Armado, pero se centran en las municipios de fácil acceso y perímetro urbano, existe una barrera con aquellos municipios que son de difícil acceso, especialmente en la Zona Rural por las vías en mal estado que incrementan el valor de transporte que por lo general es moto.

7. Estado de emergencia sanitaria por covid-19.

Marco jurídico del estado de emergencia sanitaria

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades Chinas, reportaron un conglomerado de 27 casos de síndrome respiratorio agudo de etiología desconocida entre personas vinculadas a un mercado (productos marinas) en la ciudad de Wuhan (población de 19 millones de habitantes), capital de la provincia de Hubei (población de 58 millones de habitantes), sur este de China, de los cuales 7 fueron reportados coma severos. El cuadro clínico de los casos se presentaba con fiebre, algunos pacientes presentando disnea y cambios neumónicos en las radiografías del tórax (infirmados pulmonares bilaterales).

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas informaron que un nuevo coronavirus (nCoV) fue identificado coma posible etiología, es decir es una nueva cepa de coronavirus, que no se había identificado previamente en el ser humano y que ahora se conoce con el nombre de COVID-19.

El 30 de enero de 2020, un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud OMS, emitió la declaratoria de Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional — ESPII, con el fin de coordinar un esfuerzo mundial para mejorar la preparación en algunas regiones, que puedan necesitar ayuda. Atendiendo la declaratoria de ESPII de la OMS de acuerdo al Reglamento Sanitario 2005, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Circular 005 del 11 de febrero de 2020, mediante la cual imparte a los entes territoriales las directrices para la detención temprana, el control, la atención ante el posible coronavirus.

La Organización Mundial de Salud, declara en emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional del brote de Coronavirus COVID-19, por lo que el Misterio de Salud y Protección Social, viene implementando medidas preventivas a nivel nacional en fases de prevención y contención, en aras de controlar la propagación del virus COVID19 lo cual mediante Resolución N°. 380 del 10 de marzo de 2020, adopta medidas sanitarias en el país.

En alocución de apertura en la rueda de prensa sobre el COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaro que la infección causada por el nuevo Coronavirus SARS-Cov-2 (COVID-19) puede considerarse una pandemia y anima a todos los Países a tomar las medidas apropiadas para prepararse para ello, además recalca la importancia que las personas adopten medidas para mitigar el impacto de la pandemia, por lo que se manifestó que:

"Todos los Países deben encontrar un delicado equilibrio entre la protección de la salud, la minimización de los trastornos sociales y económicos, y el respeto de los Derechos Humanos.

El mandato de la OMS es promover la salud pública. No obstante, estamos colaborando con un gran número de asociados de todos los sectores para mitigar las consecuencias sociales y económicas de esta pandemia. Esto no es solo una crisis de salud pública, es una crisis que afectara a todos los sectores, y por esa razón todos los sectores y todas las personas deben tomar parte en la lucha".

La Constitución Política en su artículo 2 dentro de los fines esenciales del Estado, establece entre otros, que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales y de los particulares

Dando cumplimiento a las recomendaciones del Director de la Organización Mundial de la Salud el Presidente de la República de Colombia declaró la Emergencia Sanitaria, en virtud de la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con el coronavirus COVID-19; igualmente lo hizo el Gobernador del Departamento del Magdalena, conforme con lo dispuesto en el artículo 305 de la Carta Política, el Gobernador tiene, entre otras atribuciones, "la de cumplir y hacer cumplir la Constitución, las leyes, los decretos del Gobierno, dirigir y coordinar la acción administrativa del departamento y actuar en su nombre como gestor y promotor del desarrollo integral de su territorio" por lo cual expidió el Decreto N° 081 del 13 de marzo de 2020, declarando la Emergencia Sanitaria en el Departamento del Magdalena y adoptando medidas de preparación, contención y mitigación del riesgo causado por el Coronavirus COVID-19.

Teniendo en cuenta que la emergencia sanitaria continua por medio del Decreto Nº 094 del 16 de marzo de 2020, se declaró la calamidad pública en el Departamento del Magdalena, por el término de tres (3) meses prorrogables, previo concepto favorable del Consejo Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres, término que fue prorrogado por tres meses más, hasta el 16 de septiembre 2020, mediante el Decreto departamental Nº 214 de 2020.

Como medida ante el comportamiento epidemiológico diferencial que se registra en el departamento y siendo un hecho notorio la indisciplina social, se hizo necesario tomar dichas medidas para mitigar los impactos de la aceleración de la propagación del Coronavirus COVID-19 y la protección a la comunidad en el departamento del Magdalena, ordenando a todos los alcaldes del Departamento del Magdalena que en el marco de sus competencias constitucionales y legales, adopten medidas que garanticen: La aplicación obligatoria de pruebas diagnósticas al personal sanitario, miembros de la Fuerza Pública e Inpec, conductores de servicio público, informales, almacenistas, trabajadores domiciliarios, empleados de supermercados, empleados de entidades financiera, recicladores, habitantes de calle y a

quienes presenten síntomas o han estado en estrecho contacto con un caso positivo, Intensificar el aislamiento y la trazabilidad de los contactos estrechos de casos positivos o sospechosos, con el fin de disminuir propagación de la infección por el coronavirus COVID-19.

Para tal efecto, contarán con la vigilancia y acompañamiento de la Secretaría Seccional de Salud del Departamento, quien desarrollará su labor en coordinación con las secretarías Distrital y Municipales de Salud y promoverá la participación de las EPS, ESE y ARL.

El departamento del Magdalena se encuentra promoviendo acciones, con la finalidad de mitigar el COVID 19 y preservar la vida de sus habitantes, algunas de ellas son:

- Contar con la Patrulla coronavirus COVID-19, es un equipo de trabajo que tiene el objeto de promover y realizar la búsqueda activa de sintomáticos para Coronavirus COVID-19, aplicación de pruebas rápidas según el Consenso Colombiano de Atención, Diagnostico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. ACIN. Segunda Edición y conforme a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social, con su respectivo registro en base de datos, seguimiento estricto, medidas de salud pública complementarias y cerco epidemiológico.
- Someter a una cuarentena obligatoria por el término de catorce días las personas que llegan provenientes de diferentes departamentos, para lo cual se debe informar a las autoridades de salud de cada municipio o del Distrito de Santa Marta, la dirección de residencia su estado de salud
- Conformación de la red APOYO PSICOSOCIAL.
- Implementación de LA APP “MAGDALENA LIBRE DE COVID”, herramienta digital que permitirá mantener un monitoreo Luego de una serie de consideraciones de toda índole.

Es de resaltar que las acciones que la Gobernación del Magdalena ha emprendido para contener la presencia del Covid-19 en los distintos municipios del departamento han tenido resultados positivos como lo da a conocer el médico Abraham Katime, especialista en epidemiología y perteneciente al comité científico que asesora a la administración departamental, indicó que las acciones oportunas produjeron, en un cálculo estimado, una prevención de entre 20 y 25 mil casos de Covid-19, lo que ha mantenido bajo control el crecimiento de la pandemia en relación a otras zonas de la región como Atlántico, esto se pudo lograr gracias al cierre de las fronteras del departamento antes que fuese decretado por el Gobierno Nacional, como también por la realización de tamizajes masivos que permitió mantener en cuarentena a más de 3 mil pacientes en el punto más álgido, gracias a esto no ha colapsado la atención hospitalaria.

Por ello, con la reapertura de las actividades comerciales, la administración departamental ha redoblado los esfuerzos para evitar nuevos brotes o aumentos de casos en las distintas subregiones del Magdalena. La situación actual del COVID -19 en el departamento del Magdalena es:

- **Casos confirmados 13.145**
- **Casos recuperados 10.915**
- **Personas fallecidas 735**
- **Casos activos 1.495**
- **Tratados en casa 1.137**
- **Hospitalizados en Uci 9**
- **Hospitalizados 294**

Por lo cual el gobernador (Carlos Caicedo) invita a los alcaldes del Magdalena a atender las instrucciones y lineamentos establecidos por el Presidente de la República y el Gobernador del Magdalena en el marco de la emergencia sanitaria causada por el Coronavirus COVID-19, además a establecer estrategias en beneficio de la población al interior de sus municipios; dando cumplimiento a lo mencionado anteriormente los mandatarios de los municipios han tomado estrictas medidas, especialmente en cuanto al ingreso de personas provenientes de otros municipios, departamentos o de cualquier lugar del territorio Nacional, la realización de eventos de carácter público o privado que impliquen aglomeración de personas; el funcionamiento establecimientos y locales como gimnasios, piscinas, spa, sauna, turco, balnearios, playas, canchas deportivas, polideportivos, parques de atracciones mecánicas, parques infantiles, salas de cine y teatro, locales comerciales de esparcimiento y diversión, bares, discotecas, de baile, ocio, entretenimiento, casinos, bingos, billares, terminales de juego de video, juegos de azar y demás actividades similares o Análogas; las prácticas deportivas y el ejercicio grupal en plazas, parques, canchas o polideportivos; Los deportes de contacto o que se practiquen en conjunto.

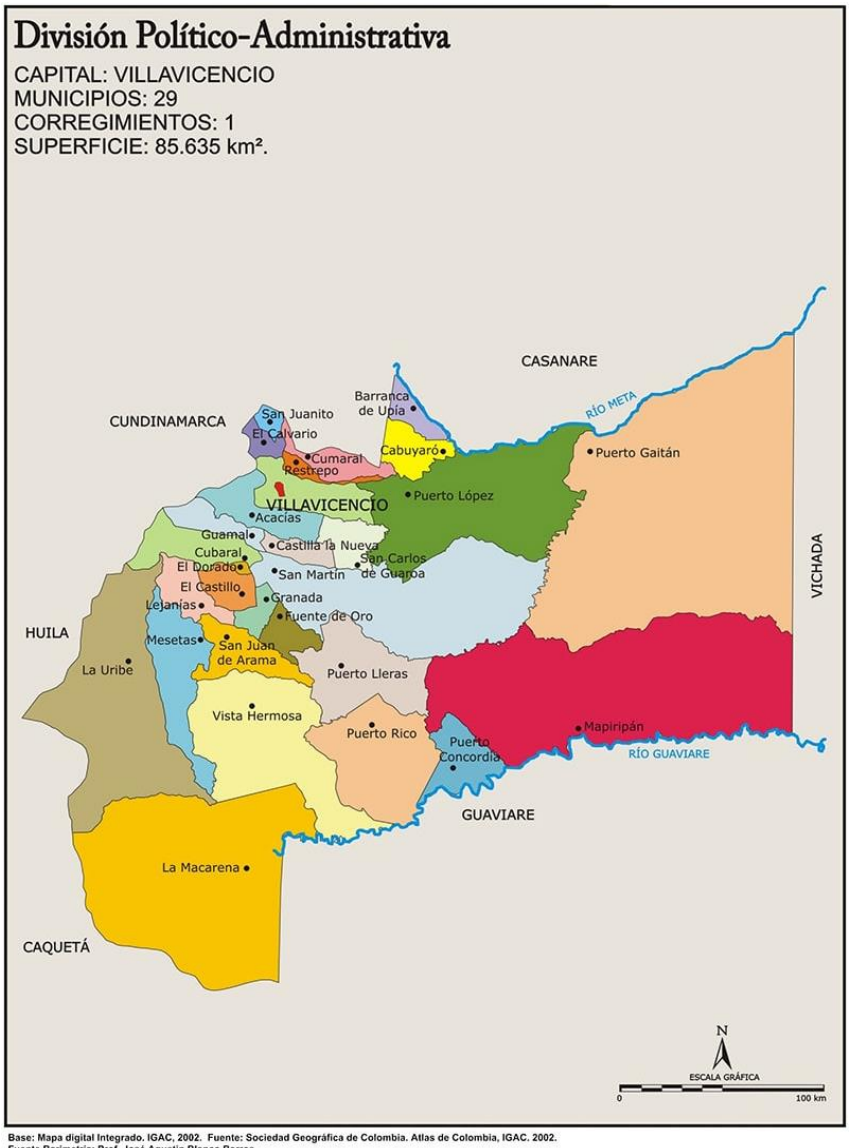
Teniendo en cuenta las medidas estipuladas por el Gobernador y alcaldes del Magdalena, es recomendable ejecutar el Programa PAPSIVI haciendo uso de las diferentes herramientas tecnológicas (teléfono, Whatsapp, mensajes de texto, correos electrónicos, etc.) garantizando las atenciones con calidad que contribuyan a la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas y sus familias, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario, Contribuyendo así a prevenir el contagio y propagación del coronavirus COVID-19 .

Fuentes bibliográficas

1. www.minsalud.gov.co
2. https://magdalena.micolombiadigital.gov.co
3. https://covid-19-hub-magdalena.hub.arcgis.com/
4. www.magdalena.gov.co

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DEL META



Base: Mapa digital Integrado. IGAC, 2002. Fuente: Sociedad Geográfica de Colombia. Atlas de Colombia, IGAC. 2002.
Fuente Barimetria: Prof. José Agustín Blanco Barros

Contenido

1. Introducción 3
2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el Departamento. .. 6
3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el departamento 14
4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento. 20
5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima 24
6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el departamento para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 26
7. Estado de emergencia sanitaria Covid19. 28

1. Introducción

En el marco del Convenio de asociación 469 de 2020 suscrito entre la Fundación Forjando Futuros (FFF) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) se está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI). En la vigencia 2021 se está implementando el programa en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Córdoba, Sucre, Cesar, Guajira, Magdalena, Guainía, Arauca, Caquetá, Caldas, Risaralda, Quindío, Meta, Casanare, Nariño.

En el Departamento del Meta, se priorizaron cinco (5) municipio: Villavicencio, Acacias, Puerto Concordia, Puerto Lleras, Granda.

En este documento se presenta la actualización del análisis del contexto del departamento del Meta siguiendo las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en este sentido este documento contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Este documento presenta el contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el Departamento para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Las fuentes de información que se tuvieron en este documento fueron el Plan de Desarrollo del Departamento del Meta ***"Hagamos grande al Meta 2020-2023,*** datos de la Red Nacional de Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas e información del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Informe Presidencial Sobre los Avances en la Ejecución en el Cumplimiento de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, así como diferentes documentos de las entidades que conforman el SNARIV, entre otros.

Los periodos de consulta o de corte de información varias dependiendo de las fuentes consultadas.

El programa PAPSIVI, desde su primera vigencia en el año 2013 hasta el año 2019, fue implementado en el Departamento del Meta en los municipios del Castillo, El Dorado, Cubarral, San Martin de Llanos, Granada, Lejanías, Mapiripan, Vista Hermosa, San Juan de Arama, Puerto Rico, Puerto Concordia, Acacias, Puerto Gaitán, y Puerto López, Puerto lleras, Cumaral, restrepo y Villavicencio); logrando garantizar la cobertura establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS. PAPSIVI como estrategia de atención psicosocial, es una oportunidad para las víctimas que, en medio del dolor y las pérdidas generadas en el conflicto armado como consecuencia de las graves violaciones a los derechos humanos, les brinda herramientas para fortalecer recursos de afrontamiento y su participación como sujetos de derechos. En al año 2021 este programa está siendo desarrollado como se mencionó anteriormente, por la Fundación Forjando Futuros en los municipios de Villavicencio, Acacias, Puerto Concordia, Puerto Lleras, Granda.

En este departamento fueron priorizados como municipios posconflicto: Curabal, El Castillo, El Dorado, Fuente de Oro, La Macarena, Lejanias, Mapiripan, Mesetas, Puerto Concordia, Puerto Gaitán, Puerto Lleras, Puerto Rico, San Juan de Arama, San Juanito, Uribe y Vista Hermosa.

De otro lado, es importante resaltar que en este Departamento se presentan varios procesos de retornos y reubicaciones, siendo las representativos los de: Mesetas, Puerto Colombia (Comunidad Guitoto, Tatuyo y Bora, Resguardo Manguare), Resguardo El Naexal Laj (Comunidad Jiw); Lejanias Meta (Población étnica Ember Chami)

Así mismo hay presentan planes de reparación colectiva tales como los de Piñalito, el Castillo y Mapiripan. Cabe recordar que estos municipios fueron los protagonistas de las masacres más emblemáticas ocurridas en el departamento.

Por otra parte, se han emitido ciento doce (112) sentencias de restitución de tierras en los municipios de Acacias, Barranca de Upía, Cabuyaro, Cumaral, El Castillo, El Dorado, Granada, Lejanías, Mapiripán, Puerto Gaitán, Puerto Lleras, Puerto López, San Juan de Arama y Villavicencio. (Fuente: Plan de acción departamental para la prevención, protección, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado en el departamento del meta - PAT 2016-2019.

Así el, Departamento del Meta está situado en la parte central del país, en la región de la Orinoquia, localizado entre los **04º54’25’’** y los **01º36’52’’** de latitud norte, y los **71º4’38’’** y **74º53’57’’** de longitud oeste. Cuenta con una superficie de 85.635 km2 lo que representa el 7.5% del territorio nacional. Limita por el Norte con el departamento de Cundinamarca y los ríos Upía y Meta que lo separan del departamento del Casanare; por el Este con Vichada, por el Sur con el departamento del Caquetá y el río Guaviare que lo separa del

departamento de Guaviare; y por el Oeste con los departamentos de Huila y Cundinamarca.(Gobernación del Meta)

Está dividido en 29 municipios, 115 inspecciones de policía, así como, numerosos caseríos y sitios poblados. Los municipios están agrupados en 10 círculos notariales, con un total de 11 notarías en los municipios de Villavicencio, Acacías, El Castillo, Granada, Mesetas, Puerto López, Puerto Rico, San Martín, Restrepo y Vista Hermosa; un círculo principal de registro con sede en Villavicencio y 3 oficinas seccionales de registro en Acacías, San Martín y Puerto López; un distrito judicial, Villavicencio, con 11 cabeceras de circuito judicial en Villavicencio, Acacías, Arauca (Arauca), Granada, Mitú (Putumayo), Puerto Carreño (Vichada), Puerto Inírida (Guainía), Puerto López, San José de Guaviare (Guaviare), San Martín y Saravena (Arauca). El departamento conforma la circunscripción electoral del Meta. (Gobernación del Meta)

Este departamento está formado por tres grandes regiones fisiográficas, las cuales se mencionan a continuación en tanto que han sido las protagonistas del conflicto armado en este departamento. Asimismo, el desarrollo de la violencia en el Meta se ha gestado por su fisiografía.

la primera unidad geográfica del Meta, la constituye la parte montañosa representada por el flanco oriental de la cordillera Oriental, con alturas que alcanzan los 4.000 m sobre el nivel del mar, ubicada en el occidente del departamento, en límites con los departamentos de Caquetá, Huila y Cundinamarca; la segunda corresponde al piedemonte o el área de transición entre la cordillera, la llanura, y la serranía de La Macarena, ubicada en forma casi perpendicular a la cordillera Oriental. La tercera unidad fisiográfica es la planicie, sector casi plano con alturas que no sobrepasan los 200 m sobre el nivel del mar y ubicado en el centro y oriente del departamento. Esta planicie está conformada por la parte occidental del escudo Guayanés y materiales erosionados de la cordillera y depositados por los diferentes ríos que la surcan, formando colinas disectadas, terrazas, vegas y vegones.

Entre los accidentes orográficos del departamento se destacan la serranía de La Macarena, la cordillera de Los Picachos, la serranía de Camuza y el páramo de Sumapaz, situado en límites con los departamentos de Cundinamarca y Huila, donde sobresalen los cerros Nevado y El Rayo, y los altos de Oseras y Ramírez; son notables además los cerros Bomas, Buenavista, Cruces, El Dormilón, Galápago, La Mensura, Leiva, Mirador, Peralta y Purgatorio, todos en la cordillera Oriental.

Es importante precisar que en el Departamento del Meta fueron priorizados como municipios posconflicto ocho (8) municipios: La Macarena, Puerto Lleras, Puerto Rico y Vistahermosa, siendo parte fundamental de todo el proceso de reconciliación nacional y consolidación de paz en el Departamento del Meta

Actualmente, el departamento del Meta cuenta con veintitrés (23) municipios micros focalizados, es decir, son casos que por aspectos como: la seguridad, la densidad del despojo y las condiciones para el retorno, serán atendidos de forma prioritaria.

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el Departamento.

El Departamento del Meta es considerado la Puerta a los Llanos Orientales de Colombia, se halla ubicado en todo el centro del país y uno de sus municipios Puerto López por su ubicación geográfica es conocido como el centro geográfico de Colombia.

El territorio del Meta pertenece al occidente a la Región Andina y al oriente a los Llanos Orientales. Dentro de este departamento en las estribaciones de la Cordillera Oriental se encuentra el conocido Piedemonte Llanero. Cuenta con una gran riqueza hídrica, entre la cual podemos destacar los siguientes ríos: Meta, Guaviare, Guarrojo, Planas, Manacacias, Guatiquía, Ariari, todos ellos afluentes del Orinoco. Está dividido en 29 Municipios. Villavicencio es la capital y el principal centro urbano de la región, donde habita el 48,5% (382.799) del total de la población del departamento, y está ubicada a tan solo 89,9 kilómetros al sur de Bogotá, la capital de Colombia.

La historia de Meta refleja lo que sería una característica general del país: las diferencias entre zonas, departamentos y regiones, que han significado un problema de equidad y fuertes desequilibrios territoriales, que, a su vez, han generado una serie de frenos al desarrollo económico y social.

De esta manera, el río Ariari históricamente marcó una frontera entre la zona de influencia de las guerrillas y la de los paramilitares, pues a la izquierda del mismo, se asentaron las Farc, mientras a la derecha, en la zona llanera, lo hicieron los paramilitares. De esta manera, las Farc construyeron su retaguardia en la zona definida por las cuencas de los ríos Ariari, Duda y Guayabero, incluida la serranía de La Macarena mientras que su margen de maniobra en el oriente del departamento, y particularmente en las cuencas de los ríos Manacacías y Meta, fue prácticamente nulo, pues esa fue zona de sus contrincantes. También las Farc tuvieron incidencia en parte de la cuenca del Guaviare en donde los paramilitares también tuvieron incidencia (Ideas para la Paz, Rodolfo Escobedo, 2018)

Así Las Farc acabaron estructurándose en torno al denominado Bloque Oriental y lograron consolidar un nutrido conjunto de frentes, columnas y compañías móviles. Una primera etapa se configuró entre mediados de los años sesenta y 2002, su momento cumbre. Momentos claves fueron las principales conferencias en las que esta guerrilla tomaba sus decisiones, pero en particular la sexta (1978), séptima (1982) y la octava (1993). Esta evolución siguió al pie de la letra la estrategia de la agrupación guerrillera de establecer un eje de despliegue alrededor de la cordillera oriental y presionar hacia el centro de ese eje, es decir Bogotá. (Ideas para la Paz, Rodolfo Escobedo, 2015)

Los frentes de las Farc en 2002 se pueden dividir en dos conjuntos. Uno se configuró en torno a la economía cocalera, en la cuenca del Guaviare (frente primero, séptimo y 16) y en la región del Ariari (7, 26, 27, 31, 40, 43 y 44 además de compañías y columnas móviles). Dentro de los de la cuenca del Ariari algunos tuvieron una vocación principalmente militar, más centrada en la protección del Secretariado y del Estado Mayor del Bloque Oriental, Embo, y tenían como propósito establecer una presión sobre Bogotá. Se conectaron, para este propósito con frentes en Cundinamarca (frentes 51, 52, 53 y 54, y frentes 22 y 42) (Ideas para la Paz, Rodolfo Escobedo, 2018)

El lapso 2002 a 2012 corresponde con el debilitamiento de las Farc. Los principales golpes, se registraron en 2002 (retoma de la zona de distensión); operación Libertad (2002 y 2003) en Cundinamarca; Operación Emperador (2005), en la cuenca del Ariari y particularmente en el entorno de la Serranía de la Macarena; a principios de 2008, el 26 de marzo, ocurrió la muerte de Pedro Antonio Marín, alias Manuel Marulanda Vélez o Tiro Fijo; en la administración Santos, en 2010, fue dado de baja Jorge Briceño, alias el Mono Jojoy.

En forma resumida, en lo que concierne el accionar armado, las acciones por iniciativa de las guerrillas (emboscadas, ataques a instalaciones militares, hostigamientos, ataques a la infraestructura) superaron ampliamente los combates por iniciativa de las Fuerzas Militares entre 1986 y 2002, y de 2003 en adelante, estos últimos superan los anteriores, es decir que la correlación de fuerzas favoreció ampliamente al Estado. Adicionalmente hay que señalar que de 1999 en adelante se produce un aumento significativo en los combates por iniciativa de las Fuerzas Militares. Así mismo, es importante precisar que desde finales de 1998 hay un cambio cualitativo en la correlación de fuerzas, determinado por la reacción de las Fuerzas Militares desde el aire, los bombardeos, que se iniciaron con la retoma del control del municipio de Mitú que había sido atacado por las Farc, aspecto de la mayor importancia para explicar por qué el Estado recupera definitivamente la iniciativa.

De otro lado, y analizando el adversario de la guerrilla es fundamental establecer que el tema de los paramilitares es de extrema complejidad en el Meta. Su accionar se resume en tres grandes etapas. La primera de mediados de los ochenta a 1991, cuando estuvieron muy influenciados por el cartel de Medellín pero se configuró una alianza entre sectores de propietarios, empresarios y militares. La segunda fue la que se conformó bajo el liderazgo de las AUC entre 1997 y 2005, año este último en el que se desmovilizaron. Posteriormente la etapa de las Bandas Criminales más o menos entre 2006 y el 2010, pero más allá, hasta el presente. (Ideas para la Paz, Rodolfo Escobedo, 2018)

Las tasas de homicidio también se redujeron significativamente. Fueron muy altas a principios de los noventa y un nuevo pico se registró en 2003, como resultado de homicidios entre la Farc y los paramilitares y por las bajas en el marco de la confrontación. En 2006 vuelve a registrarse un nivel muy alto, año

en el que los niveles de la confrontación seguían siendo altos y las Bacrim irrumpían en el escenario. Desde entonces las tasas de homicidios disminuyen y cada vez más pesan proporcionalmente las bajas de la confrontación hasta 2009, cuando las acciones del conflicto merman considerablemente (Ideas para la Paz, Rodolfo Escobedo, 2018)

De 2010 en adelante, en el marco del proceso de paz, las tasas de homicidios registran un descenso continuado hasta llegar a 24.5 hpch en 2018, el mismo nivel que el promedio nacional. (Ideas para la Paz, Rodolfo Escobedo, 2018)

En asesinatos de líderes sociales el Meta registró cinco de acuerdo con el Ministerio del Interior entre 2016 y mayo de 2018. De acuerdo con un cruce de fuentes de varias ONG´s ocupó el décimo lugar entre 25 departamentos con nueve ocurridos entre 2016 y marzo de 2018. Esto es importante toda vez que las Farc controlaban las juntas de acción comunal, por lo que se supone, sus líderes podrían ser vulnerables. No obstante, a diferencia de otros departamentos del país, en el Meta este comportamiento es bajo.

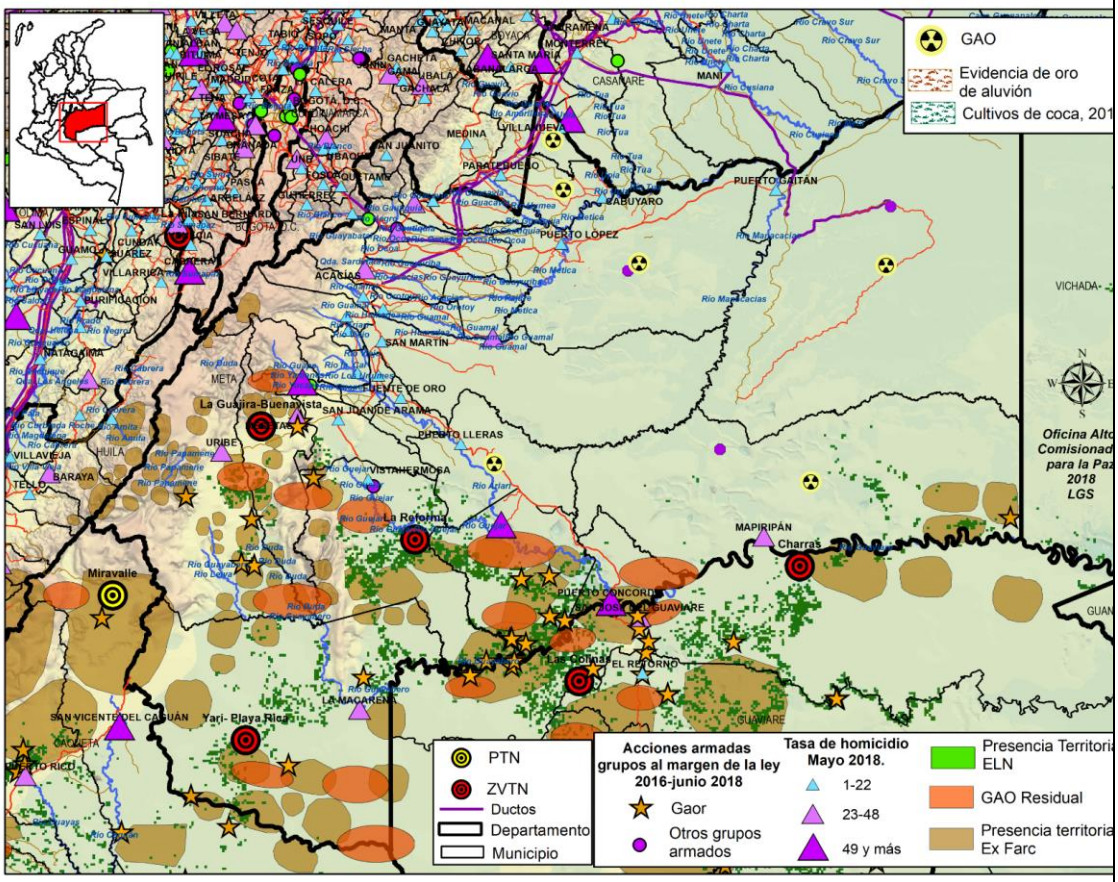
La región crítica en el Meta porque se ha detectado presencia de GAOR conformado principalmente por ex guerrilleros de las Farc es el Ariari – Guayabero - Guaviare con especial énfasis en los municipios de Mesetas, Puerto Rico, La Macarena, Uribe, Puerto Concordia, Mapiripán y Vista Hermosa.

Las Fuerzas Militares representan estructuras de los GAOR conformadas principalmente de ex guerrilleros de los frentes 7, 40, 43 y Camilo Tabaco. No obstante, las fuentes escritas de prensa reportaron también el frente 27 y el tercero; este último viene de Caquetá. No pocos de estos municipios son los que más albergaron hectáreas cultivadas de coca en 2016. En su orden La Macarena con 1.635, Puerto Rico de segundo con 1.592, Vistahermosa de tercero con 1.451, y siguen Mapiripán, Uribe, mesetas y Puerto Concordia con mucho menos de mil.

El panorama del Meta en 2016 a 2018 es paradójico. Por un lado es nítido que se conformó un Grupo Armado Organizado Residual que se encarga de la compra de base de coca, de su procesamiento y del cobro de extorsiones. No obstante, es un departamento en donde las tasas de homicidio han bajado significativamente y no han vuelto a subir; los asesinatos de líderes son reducidos cuando se los compara con otras zonas del país.

Así mismo se han reeditado algunas acciones armadas pero estas son bajas en términos generales. Una explicación para que se registre este comportamiento es que en el Ariari – Guayabero – Guaviare las Farc eran la única guerrilla y después de su concentración en tres lugares no aparecieron otras organizaciones diferentes a los GAOR o disidencias que se formaron. En la medida que no existen disputas, los homicidios tienen un comportamiento reducido; en esto también incide que no se producen muertes en el marco de la confrontación.

Geografía de la presencia de actores armados, economías ilícitas y la violencia homicida en el periodo 2016-junio 2018 en el Meta



Fuente de información, OACP, Policía Nacional, CGFFMM, Prensa Nacional, ONU DC-SIMCI. Cartografía Básica del IGAC

Como se observe anteriormente, la confrontación armada en el departamento del Meta tuvo varios protagonistas que se disputaron tanto el control territorial, población y el negocio de los cultivos ilícitos. En este contexto de violencia se produjeron homicidios, desplazamientos y masacres, siendo estas últimas las más documentadas:

Este recuento fue extraído de la investigación realizad por Verdad Abierta (Ver: *https://verdadabierta.com/las-masacres-desconocidas-del-bloque-centauros/*

- A partir de las versiones de varios ex paramilitares, la Fiscalía pudo reconstruir algunas de las masacres que cometió el Bloque Centauros durante casi 10 años. Para delinquir en los Llanos, lo primero que hicieron 'Los Urabeños' fue aliarse con 'Los Buitragueños' de Héctor Germán Buitrago alias 'Martín Llanos' y con los 'Carranceros' a cargo de José Baldomero Linares alias 'Guillermo Torres'. El grupo estaba integrado por al menos 120 hombres

- El 14 de julio de 1997 cometieron la primera masacre en el Meta, conocida como la de Mapiripán. Ese día 60 personas fueron asesinadas a orillas del río Guaviare, acusados de ser presuntos guerrilleros.

- Según la Fiscalía, el mismo grupo paramilitar se alió Manuel de Jesús Pirabán alias 'Pirata', quien también llegó del Urabá y para ese año delinquía en San Martín, Meta. Se movilizaron en camiones desde ese municipio, bajaron por Granada y el río Ariari en busca de Caño Blanco. Sin embargo, no lograron llegar a esta inspección sino al municipio Fuente de Oro, a 15 minutos de Granada. Después de instalar varios retenes en la vía, entre el 24 y 25 de noviembre de 1997 asesinaron en esa ruta a por lo menos 15 personas, entre ellas, un sordomudo que por su discapacidad no entendió la orden de pare. A esta masacre se le conoció como Caño Blanco, un sitio en el que, según los 'paras', para esa época se reunirían los comandantes de la guerrilla.

- En menos de un mes, los paramilitares cometieron otra masacre conocida como La Picota I. Según la Fiscalía, Los 'Buitragueños' dirigidos por William Fredy Ortiz alias 'Chorote', 'Los Carranceros' a cargo de Rafael Salgado Merchán alias 'El Águila' y los 'Urabeños' dirigidos por Dairo Antonio Úzuga alias 'Otoniel' se reunieron en jurisdicción de Puerto Gaitán, bajaron por el margen izquierdo del río Manacacías hasta llegar a un sitio como conocido La Picota. En la vía asesinaron a dos presuntos guerrilleros que se transportaban en una moto. Con estas muertes, el grupo casi sumaba 20 muertes en lo que llamaron el 'Diciembre Negro' de 1997.

- Los paramilitares luego se organizaron en cuatro grupos, como lo contaron Elkin Casarrubia alias 'El Cura' y Dúmar Jesús Guerrero alias 'Carecuchillo' durante la versión conjunta del 6 de octubre de 2010. Las Cobras, dirigidas por alias 'Richard', Las Águilas, por alias 'Belisario'; Los Dragones, por alias 'Otoniel' y Los Platinos, dirigidos por alias 'Coco' reunieron180 hombres y asesinaron el 4 de mayo de 1998 en la ruta hacia Caño Jabón, a por lo menos 27 personas señaladas de ser presuntos guerrilleros, aunque alias 'Carecuchillo' aseguró que las víctimas podrían ser 35.

- El 4 de junio de 1998 los paramilitares asesinaron a otras 8 personas en un sitio conocido como El Planchón, en el cruce de una vía hacia Vichada. Según la versión de algunos de los responsables de esta masacre, en ese lugar 'Los Carranceros' tuvieron un roce con 'Los Buitragueños', porque uno de Los Buitrago mató a un señor cercano a los paramilitares dirigidos por 'Guillermo Torres'. El 6 de julio de 1998, el grupo paramilitar realizó otro desplazamiento en el sitio La Picota y asesinó a cinco indígenas y a otras dos personas, en lo que se conoció como la masacre de La Picota II.

- Según la versión del 4 de octubre de 2010 de alias 'El Cura', los paramilitares luego se concentraron en diferentes puntos de jurisdicción del municipio de San Martín, sobre todo en Cachama, un punto estratégico para movilizarse hacia Mapiripán y Cacibare. A esta zona la llamaron de "descanso", incluyendo algunas fincas que ellos apodaron

como La Ranita, Pecho Peludo, Casa Roja, Macondo, El Refugio, El Tractorista, La del Gringo, Guaimerú, Manacacías, Siberia, La Reina y Santa Rosa.

- Según las versiones de los ex paramilitares, la Fiscalía tiene registro de otras masacres que cometieron los paramilitares en su recorrido del Meta hacia el Guaviare y Vichada. En 1999 asesinaron a cinco jóvenes que venían de jugar un partido de fútbol y al papá de uno de los ellos en un caserío sobre los límites del Meta y Guaviare. A esta masacre, que dejó seis personas desaparecidas, se le conoció como la de Puerto Arturo.

- Después de la masacre de San Teodoro, inspección del municipio La Primavera en Vichada, el 3 de mayo de 1999, los paramilitares regresaron al municipio Puerto Rico, Meta, donde el 19 de septiembre asesinaron a seis personas, entre ellas, a un hombre señalado de ser el papá de la guerrillera alias 'Jaqueline', que luego fue jefe del Bloque Oriental de las Farc. "Ese día 80 encapuchados, vestidos de camuflado y armados, entraron al pueblo y con lista en mano seleccionaron y mataron a las víctimas", contó Manuel de Jesús Pirabán alias 'Pirata'.

- El 7 de junio de 2001 alias 'Guajiro', Luis Miguel Hidalgo alias 'Ratón' y Virgilio Hidalgo alias 'Ratón Grande', del Bloque Centauros, participaron de una masacre que se conoció como Buenavista. En una inspección en la antigua vía de Bogotá a Villavicencio, los paramilitares asesinaron a una señora a quien señalaron de ser auxiliadora de la guerrilla, así como a otras tres personas que estaban en la tienda que atendía la víctima.

- El 26 de agosto de 2001, alias 'Sebastián', 'Mario', Carlos Augusto Antiga alias 'Cacha' y Benjamín Parra alias 'Cony', del Bloque Centauros, llegaron al barrio La Reliquia, en Villavicencio, y asesinaron a cinco personas. Según la versión de alias 'Cony', él identificó a un joven apodado 'Rolo', lo sacó del balneario de la zona y lo mató. Luego, los otros paramilitares dispararon contra un billar, donde presuntamente estaban los amigos de 'Rolo', acusados de ser guerrilleros. En esta masacre, conocida como la del Billar El Imperio, fueron asesinadas 5 personas.

- En otras versiones libres, los paramilitares del Bloque Centauros también reconocieron la masacre de Chipaque, ocurrida el 12 de noviembre de 2001. Por orden de alias 'Butifarra', Virgilio Hidalgo alias 'Ratón Grande' y Hernán Cabrera alias 'Palizada' asesinaron a cuatro personas en una tienda ubicada en ese pueblo sobre la vía a Villavicencio. En la versión, los ex paramilitares contaron que tenían la

orden de matar a dos hombres señalados de ser guerrilleros, pero en el tiroteo asesinaron a dos más.

- Entre las más recientes masacres registradas están la de Guacavía, en el municipio de Cumaral, en Meta, el 26 de enero de 2002. Ese día los paramilitares asesinaron a seis personas a las 6:30 p.m. en un estadero ubicado a orillas del río Guacavía.

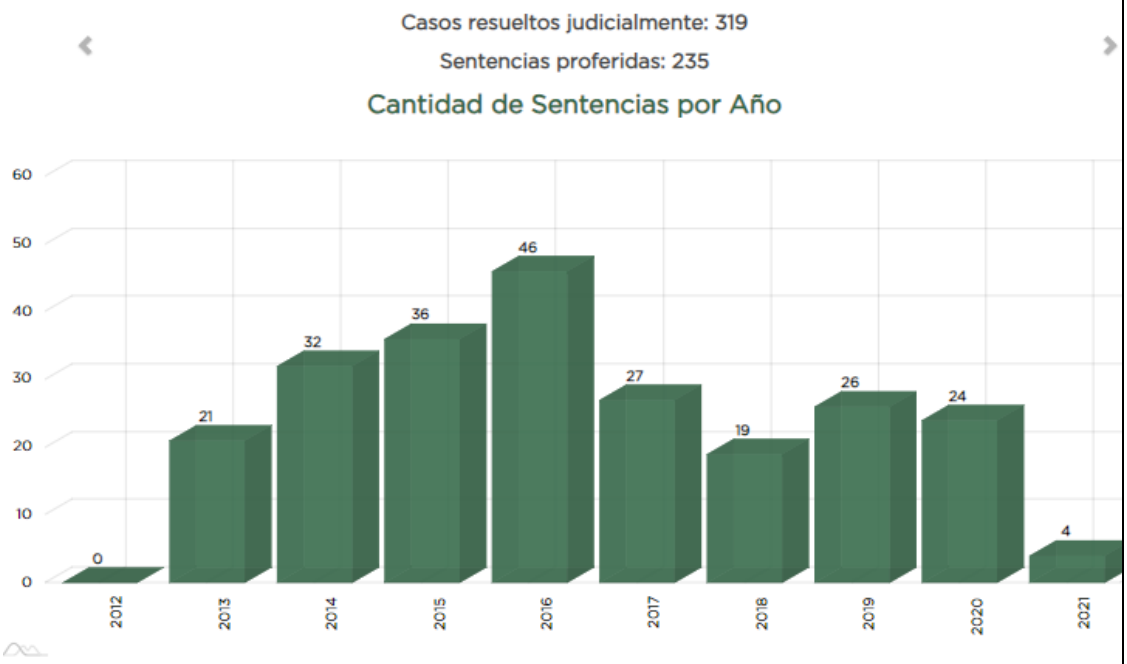
- El Bloque Centauros cometió cientos de asesinatos y desapariciones en su ruta por los Llanos. Por eso, cuatro fiscales de Justicia y Paz están dedicados a investigar los crímenes cometidos por los paramilitares en Meta, Casanare, Guaviare y Vichada, además de los que han mencionado en menor proporción en algunas zonas de Cundinamarca, Tolima y Boyacá.

Lo anterior, explica porque en el departamento se han desarrollado procesos de restitución de tierras, retornos y reubicaciones en tanto que en los años de mayor confrontación armada se produjeron masares, múltiples desplazamientos masivos e individuales y despojo de tierras. Se mencionan algunos de estos procesos.

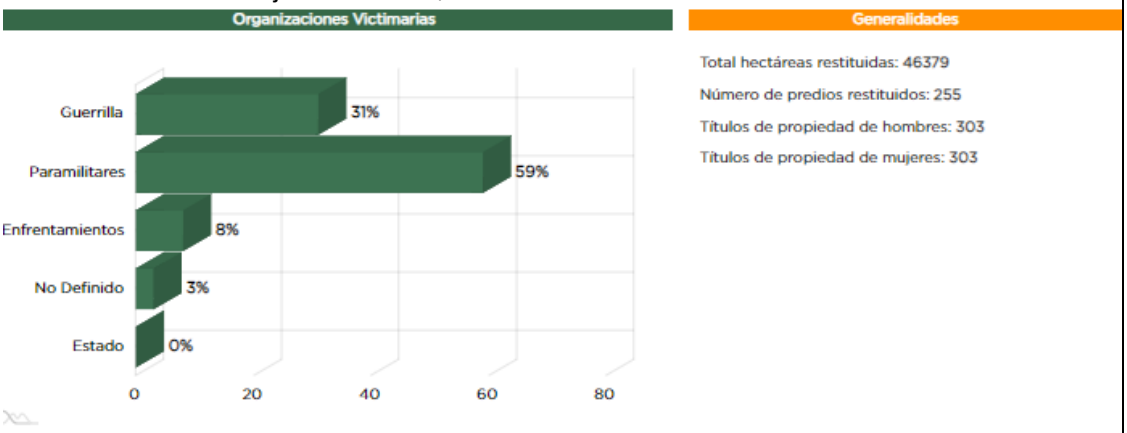
Existen al menos 5.877 (TIERRAS) solicitudes de inscripción en el Registro de Tierras Abandonadas y Despojadas, de las cuales 1.957 se encuentran micro focalizadas. Por otra parte, se han emitido ciento doce (112) sentencias de restitución de tierras en los municipios de Acacias, Barranca de Upía, Cabuyaro, Cumaral, El Castillo, El Dorado, Granada, Lejanías, Mapiripan, Puerto Gaitán, Puerto Lleras, Puerto López, San Juan de Arama y Villavicencio. (*Fuente: Plan de acción departamental para la prevención, protección, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado en el departamento del meta - PAT 2016-2019).*

Por otra parte, en relación a hechos de reparación Colectiva, en el departamento del Meta, se registra a 2019 en proceso de formulación de Planes Integrales de Reparación Colectiva-PIRC: (8) sujetos de reparación colectiva, seis (6) campesinos y dos (2) étnicos, en los municipios del El Castillo, Mapiripan, Puerto Gaitán, El Dorado, Vistahermosa, y Puerto Concordia; los cuales se encuentran en fases de alistamiento diagnóstico del daño e implementación, como es el caso del municipio del Dorado. En estudio, valoración y notificación como sujetos de reparación colectiva se encuentran un gran número de expedientes, entre los cuales se resaltan las solicitudes de comunidades étnicas como los UITOTOS y PIJAOS residentes en la ciudad de Villavicencio, entre otros (*Plan de acción departamental para la prevención, protección, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado en el departamento del meta - PAT 2016-2019).*

Por último, se mencionan a continuación el número de sentencias proferidas por el Estado en casos de restitución de tierras para el Departamento del Meta.



Fuente: Fundación Forjando Futuros, 2020



Fuente: Fundación Forjando Futuros, 2020

Casos resueltos por Juzgados

Juzgado	Casos Resueltos	Sentencias
Juzgado 1o ERT Villavicencio	58	50
Juzgado 2o ERT Villavicencio	50	47
Juzgado 3o ERT Villavicencio	13	12
Tribunal Bogota	198	126

Fuente: Fundación Forjando Futuros, 2020

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el departamento

Según el DANE, el Departamento del Meta está localizado en la región central del país, su territorio se extiende en el denominado Piedemonte llanero, es decir, al oriente de la región andina y al occidente de los Llanos Orientales.

La capital del Meta es la ciudad de Villavicencio, el principal centro urbano de la región y a tan sólo 89,9 kilómetros al sur de la capital del país. El departamento es uno de los más extensos de Colombia, con un área de 85.770 km² que equivalen al 7,5% del territorio nacional y posee una gran riqueza hídrica debido a los numerosos afluentes del río Orinoco que cruzan el departamento y que nacen en la Cordillera Oriental. Si bien el departamento forma parte de las llanuras orientales de Colombia, cuenta con áreas montañosas andinas entre las cuales se destaca uno de los parques naturales más célebres del país conocido como la Serranía de la Macarena. La centralidad geográfica de su territorio en el contexto nacional está marcada por la presencia del municipio de Puerto López, conocido como el Ombligo de Colombia1. De acuerdo con el censo 20052, el Departamento del Meta está dividido en 29 municipios. El Meta es un departamento esencialmente ganadero y agrícola cuya cultura local gira en torno a la hacienda y la vaquería y posee.

Según lo reportado por el DANE, la población total del departamento es de 1.053.871 habitantes que están distribuidos de manera casi equitativa entre hombre y mujeres.

Año	Población			Relaciones de			Edad mediana (años)
	Total	Hombres	Mujeres	Depen-dencia (por mil)	Niños-mujer (por mujer)	Masculi-nidad (por 100 mujeres)	
2005	783.168	395.460	387.708	603,96	0,412	102,00	24,11
2010	870.876	437.442	433.434	556,82	0,383	100,92	25,32
2015	961.292	480.635	480.657	534,99	0,367	100,00	26,81
2020	1.053.871	524.841	529.030	521,43	0,352	99,21	28,24

En el Meta hay una gran proporción de población indígena, es así como según el DANE, 2009) hay 10.559 son indígenas pertenecientes a los 20 resguardos legalmente constituidos y certificados por el Departamento Nacional de Planeación –DNP y la Dirección de Indígenas, Minorías y Rom del Ministerio del Interior y de Justicia –en adelante DIMR del MIJ- población que se encuentra ubicada en los municipios de La Macarena, Mapiripán, Puerto Concordia, Puerto López, Puerto Gaitán, La Uribe, Granada, Villavicencio y Mesetas.

La información de los “censos indígenas” del departamento del Meta presenta diferenciaspresenta diferencias considerables con la serie de datos que tienen el DANE: de los 20 resguardos legalmente constituidos, 6 no tienen información acerca de su población, 8 tienen la población significativamente mayor que la certificada al DNP para el año 2009 6 información mucho menor.

Además, el DANE no tiene en su base de datos el Resguardo Caño Ceiba presumiblemente porque no se encuentra legalmente constituido. Sin embargo, estos datos oficiales, no concuerdan con la información aportada por las comunidades indígenas del Departamento a la Secretaría Social y de Participación, respecto a la existencia de 13.760 habitantes indígenas, distribuidos en 20 resguardos, 3 cabildos y 7 asentamientos, por un lado, de las etnias Sikuani, Páez, Achaguas, Piapoco, Guayaberos, Salivas, Guananos, habitantes tradicionales de la región y por el otro, Embera Katio, Embera Chami, Huitoto, Inga, Páez, entre otros que se han sido desplazados forzosamente de sus lugares de origen y han llegado al Departamento.

Se muestran a continuación los resguardos indígenas presentes en el Departamento.

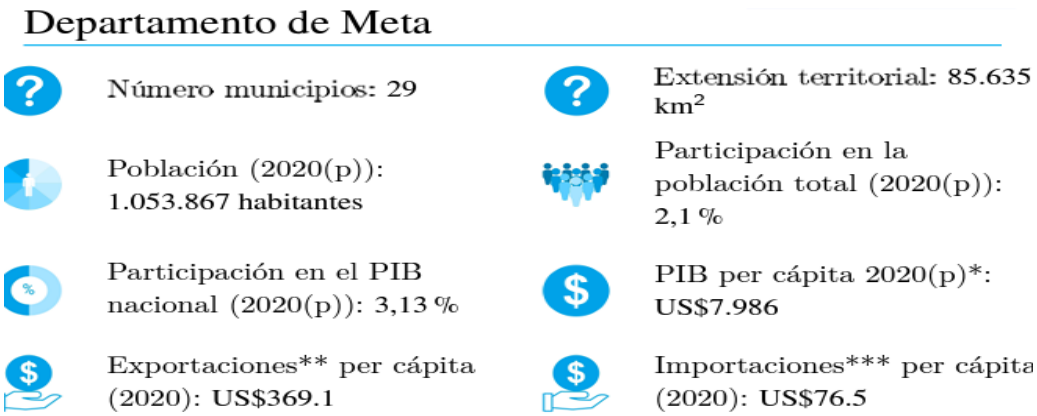
TABLA No. 1 RESGUARDOS, CABILDOS Y ASENTAMIENTOS INDÍGENAS, DEPARTAMENTO DEL META A 2009

MUNICIPIO	RESGUARDO	NOMBRE RESGUARDO	POB	ETNIA	LENGUA
Granada	Cabildo	Alto Cachama-Manacacias	63	Embera Chami	Embera – Español
Macarena	Asentamiento	Embera Katio	89	Embera Katio	Embera - Español
Mapiripán	Resguardo	Mocuare	180	Guayabero	Guayabero - Español
Mapiripán	Resguardo	Caño Jabon	300	Sikuani	Sikuani - Español

Mapiripán	Resguardo	Caño Ovejas	415	Sikuani	Sikuani - Español
Mapiripán	Resguardo	Charco Caiman	300	Wananos	Sikuani - Español
Mapiripán	Asentamiento	Nuevo Morichal	300	Guayaberos	Guyabero - Español.
Mesetas	Resguardo	Villa Lucia	314	Paez	Paez - Español
Mesetas	Resguardo	Ondas Del Cafre	394	Paez	Paez - Español
Puerto Concordia	Resguardo	Caño La Sal	410	Guayabero	Guayabero - Esp
Puerto Concordia	Resguardo	Caño La Ceiba	100	Guayabero	Guayabero - Esp
Puerto Gaitán	Resguardo	Wacoyo	1164	Sikuani	Sikuani - Español
Puerto Gaitán	Resguardo	Iwiwi	200	Sikuani	Sikuani - Español
Puerto Gaitán	Resguardo	Walianai	256	Sikuani	Sikuani - Español
Puerto Gaitán	Resguardo	Dama Planos	1158	Sikuani	Sikuani - Español
Puerto Gaitán	Resguardo	Awaliba	849	Sikuani	Sikuani - Español
Puerto Gaitán	Resguardo	El Tigre	1664	Sikuani	Sikuani - Español
Puerto Gaitán	Resguardo	Corazal Tapaojo	704	Salivas-Piapoco	Español-Piapoco
Puerto Gaitán	Resguardo	Unuma Meta	1629	Sikuani	Sikuani - Español
Puerto Gaitán	Resguardo	Vencedor Piripi	774	Sikuani	Sikuani - Español
Puerto Gaitán	Asentamiento	Asentamiento-Siapiatu	450	Sikuani	Sikuani - Español
Puerto López	Resguardo	Umapo La Victoria	532	Piapoco	Piapoco - Español - Achagua Español
Puerto López	Resguardo		520	Achagua	
Puerto López	Asentamiento	Puerto Porfia	80	Siriano, Salibas, Cubeos, Pijaos, Sikuani, Puinaves	Siriano - Español - Cubeo - Guanano
Uribe	Resguardo	La Julia	90	Embera Katio	Embera Katio - Esp
Uribe	Resguardo	Los Planes	75	Paez	Paez - Español
Uribe	Asentamiento	Candilejas	30	Paez	Paez - Español
Uribe	Asentamiento	Guambiano	45	Guambianos	Guambiano-Español
Uribe	Asentamiento	El Paraiso	116	Embera Katio	Embera -Katio
Villavicencio	Cabildo	Cabildo Witoto	51	Witoto	Witoto - Español
Villavicencio	Cabildo	Cabildo Inga	99	Inga	Ingano - Español
Villavicencio	Ong (Corpidoac)	Población Desplazados	409	Cubeos, Guananos Y Tucanos	Guanano, Cubeo Español
TOTALES Resguardos	Resguardos		20		
	Asentamientos		7		
	Cabildos		2		
	ONG Indígena		1		
	Población Indígena por Centro de salud		13.760		
	Etnias		18:Sikuani, Guayaberos, Achagua, Piapoco, Salivas, Embera Chami, Embera katio, Wananos, Paez, Guambianos, Uitoto, Ingas, Siriano, Cubeos,		

Fuente: Gobernación del Meta, Secretaría Social (2009)

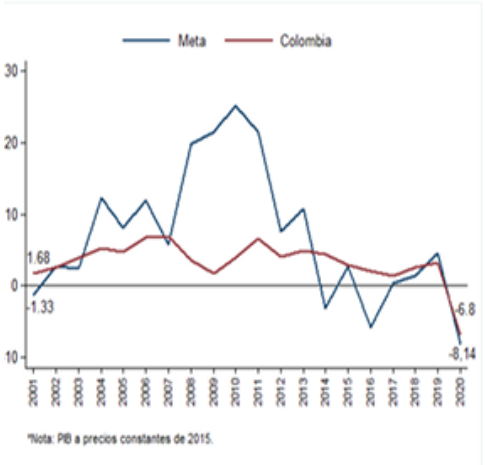
De otro lado el Departamento Nacional de Planeación presenta en la siguiente tabla algunos de los indicadores más representativos de la economía en el departamento:



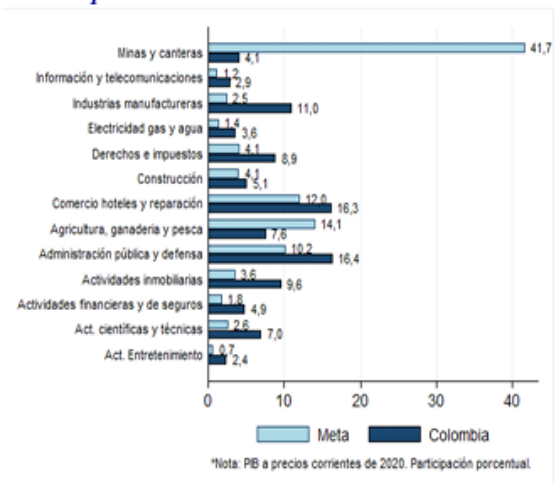
Fuente: DNP, Informe departamento del Meta, 2021. *Ver: Chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.mincit.gov.co%2Fgetattachment%2Faf420c90-5b4d-4426-860c-b42be187c47a%2FMeta.aspx&clen=885361&chunk=true*

Como se observa en la gráfica la participación del Meta en el PIB Nacional es de 3.13%. Siendo los sectores que mas aportan al departamento las minas y canteras con un 41.7%, seguido de agricultura ganadería y pesca con un 14.1% y seguido de comercio, hoteles y reparación con un 12%.

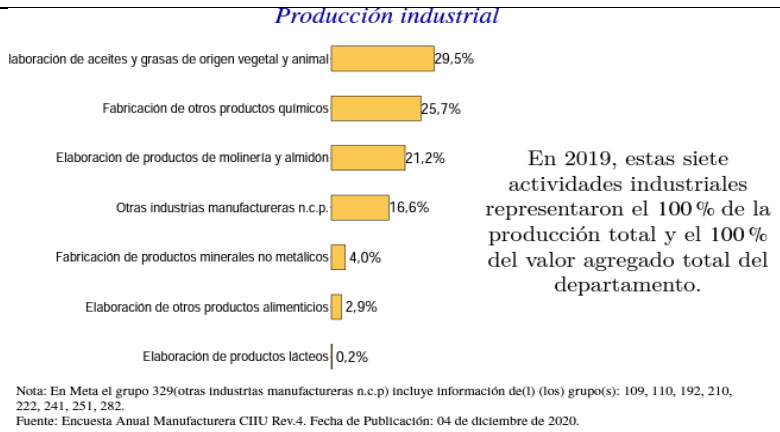
*Variación anual (%) PIB**



Composición sectorial del PIB 2020



Fuente: DNP, Informe departamento del Meta, 2021. *Ver: Chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.mincit.gov.co%2Fgetattachment%2Faf420c90-5b4d-4426-860c-b42be187c47a%2FMeta.aspx&clen=885361&chunk=true*



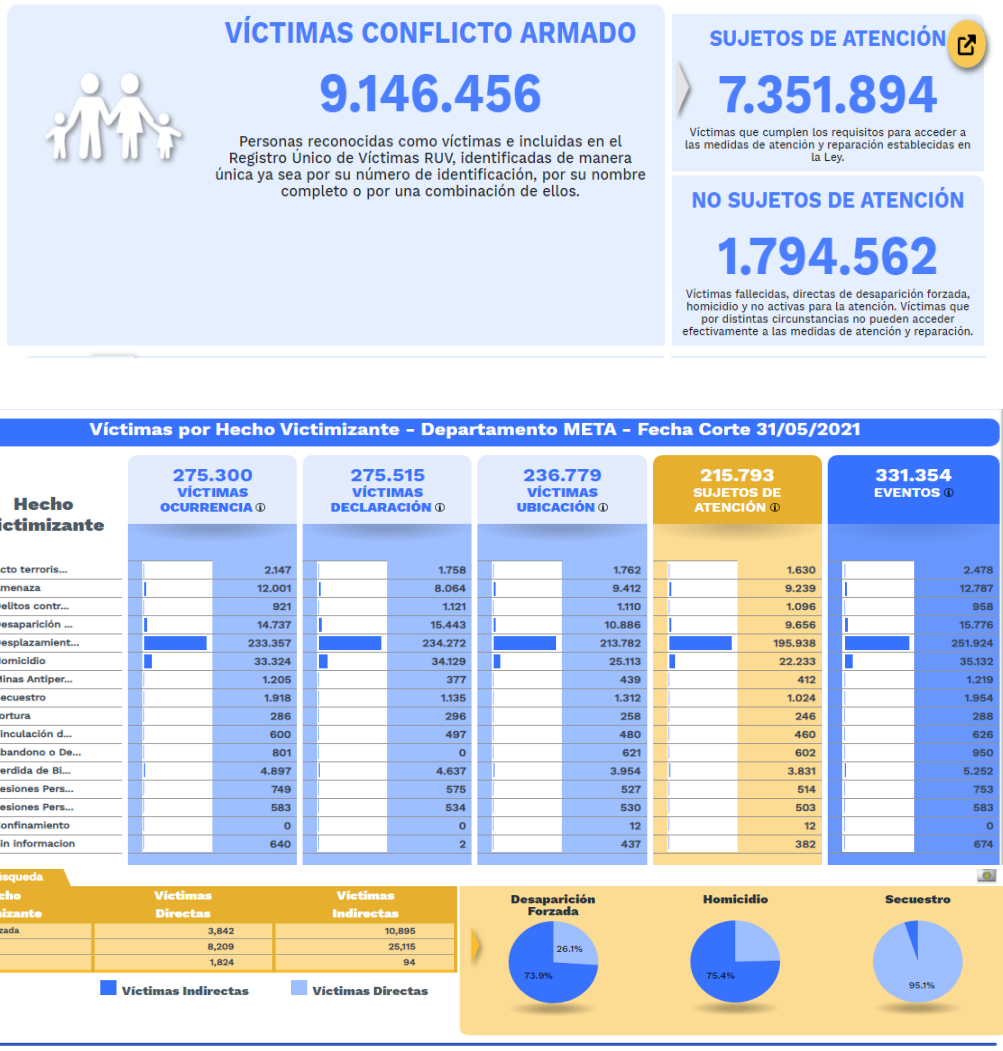
Fuente: DNP, Informe departamento del Meta, 2021. *Ver: Chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.mincit.gov.co%2Fgetattachment%2Faf420c90-5b4d-4426-860c-b42be187c47a%2FMeta.aspx&clen=885361&chunk=true*

En cuanto a la producción industrial al interior del departamento esta dada por la elaboración de grasas y aceites de origen animal y vegetal con un 29.5%, financiación de otros productos químicos 25.7 y elaboración de productos de molinería y algodón con un 21%.

En la parte cultural hay una gran variedad de manifestaciones folclóricas entre las que se destacan las Cuadrillas de San Martín y el Mundial del Coleo. El departamento ha sido por tradición un receptor de inmigrantes de otras regiones del país, factor que ha enriquecido su identidad colombiana. Son entonces, la agricultura, la ganadería, el comercio, las principales actividades productivas desarrolladas en el Meta. Los principales cultivos son: arroz, palma africana, plátano, maíz, además de los de cacao, cítricos y otros frutales. La actividad ganadera se centra en la cría, levante y engorde de ganados vacuno, porcino, equino, caprino y ovino. Hay extracción de petróleo y gas en pequeña escala. El desarrollo industrial del departamento es limitado

Bajo este contexto, demográfico, económico y cultural, tradicionalmente el Departamento del Meta ha sido considerado por los actores armados como corredor estratégico de armas y enclaves de cultivos y tráfico de drogas.

Así, a corte de 31 de mayo 2021 el Registro Nacional de Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas (UARIV) reporta que Colombia tiene 9.146.456 personas incluidas en el Registro Único de Víctimas RUV; a su vez la regional Meta-Llanos Orientales reporta 331.354, y para Villavicencio la población víctima de la región de la Orinoquía del país, registra 94.387, es decir que en Villavicencio se concentra el 28% de la población víctima de la dirección regional. ***(Plan de Desarrollo Villavicencio cambia contigo 2020-2023).***



De otro lado y como se observa en la tabla expuesta el hecho victimizarte que reporta mayor ocurrencia es el desplazamiento con 233.357 víctimas seguido del homicidio con 33.324 víctimas.

De otro lado y de acuerdo a lo reportado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) en el Divipola para el año 2016, los municipios en el Meta con mayor concentración de víctimas fueron los mostrados en la tabla siguiente.

Ver:https://www.google.com/search?q=cifras+victimas+departamento+del+meta&rlz=1C1ALOY_esCO952CO952&oq=cifras+victimas+departamento+del+meta&aqs=chrome..69i57.8521j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Departamento	Municipio	Número de víctimas ubicadas a junio 30 de 2016	Población total 2016	Índice de Concentración de Víctimas (ICV)
META	VILLAVICENCIO	91.346	495.227	18,45%
META	ACACÍAS	13.901	70.469	19,73%
META	BARRANCA DE UPÍA	1.349	4.007	33,67%
META	CABUYARO	1.381	4.048	34,12%
META	CASTILLA LA NUEVA	1.745	9.899	17,63%
META	CUBARRAL	1.795	6.030	29,77%
META	CUMARAL	4.112	18.150	22,66%
META	EL CALVARIO	140	2.236	6,26%
META	EL CASTILLO	4.064	6.301	64,50%
META	EL DORADO	1.858	3.437	54,06%
META	FUENTE DE ORO	2.974	13.472	22,08%
META	GRANADA	21.282	63.451	33,54%
META	GUAMAL	1.400	9.403	14,89%
META	MAPIRIPÁN	4.029	17.661	22,81%
META	MESETAS	3.240	11.354	28,54%
META	LA MACARENA	1.708	33.812	5,05%
META	URIBE	1.348	16.539	8,15%
META	LEJANÍAS	4.353	9.374	46,44%
META	PUERTO CONCORDIA	3.688	21.442	17,20%
META	PUERTO GAITÁN	5.076	18.678	27,18%
META	PUERTO LÓPEZ	5.670	33.854	16,75%
META	PUERTO LLERAS	3.051	9.708	31,43%
META	PUERTO RICO	4.702	18.701	25,14%
META	RESTREPO	2.657	10.628	25,00%
META	SAN CARLOS DE GUAROA	1.623	9.938	16,33%
META	SAN JUAN DE ARAMA	3.738	8.800	42,48%
META	SAN JUANITO	200	2.191	9,13%
META	SAN MARTÍN	6.564	24.992	26,26%
META	VISTAHERMOSA	10.526	25.908	40,63%

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento.

De acuerdo a lo reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social a agosto de 2021 se tiene la siguiente afiliación de la población del departamento. Se muestra a continuación.

	Nacional			Departamento Meta		
	diciembre 2019	diciembre 2020	agosto 2021	diciembre 2019	diciembre 2020	agosto 2021
Contributivo	22.909.679	23.362.083	24.373.206	429.666	437.504	469.163
Subsidiado	22.808.930	24.026.912	23.854.015	512.937	552.298	546.018
Excepción & Especiales	2.244.341	2.195.331	2.259.339	17.812	18.158	19.387
Afiliados	47.962.950	49.584.326	50.486.560	960.415	1.007.960	1.034.568
Población DANE	50.374.478	50.709.385	51.142.25			1.073.790
Cobertura	95,21%	97,78%	98,72%			96,35%
Afiliados Subsidiado sin SISBEN IV	0	0	6.214.980	0	0	123.242
Afiliados Activos emergencia sin SISBEN ..	0	0	1.222.059	0	0	23.764
Afiliados de Oficio sin SISBEN IV	0	0	313.940	0	0	4.452

Corte: agosto 2021
Afiliados: 50.486.560

Fuente: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx.

El Programa PAPSIVI inicio su implementación en el departamento del Meta desde el año 2013 mediante el operador Grupo Gestión Limitada, para el 2014 paso a ser ejecutado por la secretaria de Salud Departamental. Posteriormente, los años 2015, 2016, 2017 y 2018 por ONG Pastoral Social. Para el 2019, con adición en el primer trimestre del 2020 con la unión temporal Cedavida – Apoyar, UT Victimas y actualmente la Fundación Forjando Futuros. Desde la secretaria de Salud del Meta para la misma vigencia 2019 se brindó atención psicosocial en 6 Municipios.

La anterior información permite identificar y reportar un logro en atención psicosocial a 18.613 víctimas del conflicto armado del departamento del Meta, que equivale al 5.57%, evidenciando que aún falta cubrir una población del 94.43% para lograr atender a todas las victimas que hacen presencia en nuestro departamento.

Desde el Protocolo de salud integral con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado La secretaria de salud departamental desde el 2018 ha venido trabajando en los componentes establecidos para la implementación del Protocolo en el territorio con el apoyo del Profesional de la salud del Papsivi permitiendo los siguientes avances:

Componente transversal de aseguramiento: 100% población en general asegurada en los territorios, pero no se pueden obtener una información específica de la población victima asegurada por que el Ente territorial aún no tiene la población victima identificada en el territorio.

Componente de Coordinación: Conformación a través de resolución del Equipo coordinador de implementación del Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial de la secretaria de Salud Departamental.

Componente de socialización: El protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial para víctimas del conflicto armado ha sido socializado por la Secretaria de Salud Departamental con el apoyo del profesional de la salud del programa PAPSIVI con los Referentes de Víctimas de las Secretarias de salud Municipales, Coordinadores del plan territorial de salud y directores locales de salud de los 29 Municipios del Departamento, en las 13 EAPB presentes en el territorio, ESE Departamental y Municipal, IPS Públicas y privadas, Mesa Municipal de víctimas, organizaciones de víctimas e instituciones del SNARIV en los subcomités de asistencia y atención. Este proceso de Socialización en las instituciones del SGSSS presentes en el Municipio, constituye un avance dentro de la fase de implementación del protocolo de salud integral con enfoque psicosocial en el Departamento de Meta, por parte de la secretaria de Salud Departamental, pero, es necesario que los Referentes Papsivi de las Instituciones de Salud del Departamento no tengan una rotación permanente en su asignación y repliquen la información recibida en las diferentes dependencias.

Componente de caracterización: Frente a este componente no existe aún información, teniendo en cuenta que la población víctima aún no ha sido identificada y los ASIS Municipales se elaboran teniendo en cuenta la población en general.

Componente de formación: existen 12 funcionarios dentro de los Entes territoriales, IPS Y EAPB formados y certificados en enfoque psicosocial a través del SENA y Ministerio de salud y Protección Social. En Articulación con el Operador de la medida de atención psicosocial y salud integral para víctimas de las 9 sentencias de la CIDH (La CID), se realizó una jornada de formación en enfoque psicosocial, Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, resolución 1166 dl 2018 y comunicado conjunto 004 a los Referentes de víctimas de la EAPB y de los Entes territoriales Municipales.

Componente Atención: En este componente, aunque todavía no se oferta la ruta de atención integral en salud con enfoque psicosocial establecida en el protocolo en las IPS y EAPB, la secretaria de salud Departamental en articulación con los Entes territoriales está elaborando estrategias que permitan que la población víctima del territorio accedan a las actividades del PIC y que puedan ser identificadas en la atención.

Las Secretarias de Salud a nivel Municipal, las EAPB, ESE Municipal e IPS Privadas del Municipio con el fin de articular acciones con la Secretaria de Salud Departamental asignan una referente para atención de víctimas del conflicto armado, quien es la que brinda apoyo para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud por parte de la población víctima y da respuesta a la información solicitada frente a la atención de la población Victima por la EAPB a la Secretaria de Salud Departamental.

En la priorización del Municipio y EPAB priorizadas para iniciar la implementación del Protocolo de atención integral en salud con enfoque

psicosocial en el territorio, se tuvieron en cuenta la oferta de servicios en los Municipios y las EAPB con mayor número de víctimas afiliadas en el Departamento; es por eso que Villavicencio fue el Municipio priorizado y las EAPB MEDIMAS con mayor número de población victima afiliada en el régimen contributivo y Capital Salud en el régimen subsidiado.

La ESE Departamental atiende la población victima en el primer nivel de atención en 17 Municipios a través de los centros de salud y las ESES Municipales en los demás Municipios del departamento del Meta. En los niveles de mediana complejidad de atención la Institución mayor atención a víctimas es el Hospital Departamental de Villavicencio, seguido del hospital de Departamental de Granada.

Otras Ofertas frente a la reparación integral de las víctimas en el departamento del Meta.

- Programas Institucionales a nivel de la administración local y departamental como son erradicación trabajo infantil, prevención de trabajo en adolescentes, reclutamiento forzado, erradicación de la violencia intrafamiliar, situación de calle y reunificación familiar y/o social.
- Divulgación de la existencia y funciones de la Unidad de atención inmediata para restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes.
- Planes de prevención y contingencia de las víctimas.
- Campañas para combatir la violencia basada en género-VBG- y las mujeres. Implementación del plan integral de convivencia y la Seguridad Ciudadana.
- Implementación del Plan de Prevención y Protección de derechos humanos de la población víctima.
- Funcionamiento del punto de atención a víctimas y/o CRAV (centro regional de atención y reparación integral a víctimas.
- Afiliación de la población pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del Régimen Subsidiado.
- Atención de la Población Pobre No Asegurada (PPNA), con prestación de servicios de primer nivel.
- Cobertura educativa a la población en edad escolar en las Instituciones Educativa Oficiales y no oficiales, en educación inicial, básica y media.
- Programa de Alimentación Escolar "PAE" en las Instituciones Educativas Oficiales activo, como contribución al acceso y permanencia escolar, con equidad de género.
- Familias pertenecientes a los grupos de especial protección, beneficiadas con los programas sociales del nivel nacional.
- Acompañamiento a las familias víctimas en los procesos de estabilización socioeconómica.
- Visitas a los pequeños y medianos productores agropecuarios.
- Acompañar alivio de pasivos a familias beneficiadas de las sentencias de restitución de tierras.
- Cumplimiento a las órdenes de restitución de tierras.

Reporte de género y violencia sexual: Descripción del comportamiento epidemiológico por casos de violencia de género e intrafamiliar notificados al SIVIGILA en el Meta, vigencia 2020.

Durante las primeras 16 semanas epidemiológicas del año 2020 se han reportado 500 casos sospechosos de Violencia de género e Intrafamiliar en el Departamento del Meta; un promedio de 31 casos por semana epidemiológica, que es superior en un 4,2% con relación al mismo periodo del año 2019; no obstante, se observa en la gráfica, en las últimas cuatro (4) semanas epidemiológicas una reducción importante con relación al año 2019, reflejada en una caída en el número de casos notificados al SIVIGILA; periodo de tiempo en el que se ha aplicado el aislamiento preventivo como medida sanitaria para la contención de la epidemia por COVID-19 en el Departamento.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

Durante la vigencia 2020, desde la Gerencia de Víctimas, se lideraron importantes acciones que permiten dar cumplimiento a la Política Publica de Víctimas y a los requerimientos de la Ley 1448/2011 y sus decretos reglamentarios, garantizando así los derechos de esta población. Uno de los primeros logros y cumplimiento de metas que se logran, fue la elaboración y adopción del Plan de Acción Territorial para el Departamento, vigencia 2020-2023, proceso que contó con el acompañamiento y asistencia Técnica del Ministerio del Interior, Unidad para las Víctimas, Defensoría del Pueblo, GIZ-Propaz y la Mesa de Participación Efectiva de Víctimas del Departamento, logrando así una verdadera articulación institucional y articulación con las víctimas, la cual permitió que este ejercicio fuera ejemplar en la Región, pese a la virtualidad, se garantizó la participación efectiva de las víctimas.

Otro logro importante durante la vigencia 2020, fue la aceptación del acuerdo de cooperación que se logró con la Agencia Alemana de Cooperación Internacional GIZ a través del proyecto Propaz, que permitió tener una asistencia técnica para fortalecer la implementación de la Política Publica de Víctimas en el Departamento del Meta. Se garantiza durante la vigencia 2020, el funcionamiento y operatividad de las diferentes instancias de participación de la Política Pública de Víctimas, esto es, comités y subcomités, así como la participación virtual de la Mesa de Participación Efectiva de Víctimas del Departamento. Apoyamos y asesoramos jurídicamente a 200 víctimas en los diferentes trámites y acciones legales para la garantía de sus derechos, solicitudes recepcionadas a través de canales virtuales.

De igual manera otro logro en la vigencia 2020, fue el desarrollo de las dos jornadas móviles a los municipios de Cabuyaro y Puerto Concordia, en respuesta a las recomendaciones dadas por la Defensoría del Pueblo en las alertas tempranas. En el marco de estas jornadas se atendieron alrededor de 3000 mil personas, entre víctimas, líderes sociales, plataforma juvenil, presidentes de juntas de acción comunal y defensores de DDHH. Esta jornada logró llevar al territorio la oferta institucional de la Defensoría del pueblo, Sena,

oferta social de la gobernación y de la Secretaría de Derechos Humanos y Paz.

Como aspecto importante a resaltar, durante la vigencia 2020, la Gerencia de Víctimas de la Secretaría de Derechos Humanos y paz, fortaleció la atención de las víctimas en el territorio a través de la contratación de orientadores para los puntos de atención de Granada y el Centro Regional de Villavicencio, durante el año 2020, se brindó atención y orientación a 20 mil solicitudes de víctimas por canales virtuales.

Así mismo se realizó asistencia Técnica a los 29 municipios del Meta, a las alcaldías en materia de prevención del reclutamiento forzado de NNA y demás acciones de prevención de violación de los DDHH.

Para el año 2020, se hace la gestión y acompañamiento para que se dé la apertura y funcionamiento de la Registraduría Auxiliar como oferta institucional para la atención de las víctimas en el CRAV Villavicencio.

En el primer semestre del 2020, se logró habilitar el servicio de la ludoteca del Centro Regional de Atención a Víctimas de Villavicencio, la cual se recuperó para garantizar un espacio adecuado a los niños hijos de las víctimas que acuden el CRAV para tomar los diferentes servicios y finalizando el año 2020 esta obra logró un avance del 97%, con la apuesta de concluirse en el mes de enero del 2021.

En el Departamento del Meta la Secretaria de Salud Departamental, en cumplimiento de la Resolución 1166/2018 “Lineamientos para el talento humano que orienta y atiende víctimas” viene liderando y acompañando el proceso de implementación de la ruta de atención establecida en el protocolo de salud integral con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado; dicho documento fue socializado con las Secretarias de Salud Municipales, Direcciones de Salud y Coordinadores del Plan Territorial de salud, EAPB presentes en el territorio. Esta resolución constituye una directriz para la formación del personal de salud que atiende a la población victima por parte de las EPS e IPS, con el objetivo de poder brindar la ruta de atención en salud con enfoque psicosocial a la población victima establecida en el protocolo. Paralelamente, el programa de atención psicosocial PAPSIVI desde el Ministerios de Salud, en cabeza de la profesional en salud asignada para el departamento del Meta articula y ejecuta acciones de socialización con las diferentes instituciones que conforman la red prestadora de servicios de salud en el Municipio de Villavicencio.

En Villavicencio se encuentra ubicadas las 13 EAPB que hacen presencia en el Departamento del Meta: Medimás, Medisalud, Capital Salud, Comparta, Nueva EPS, Cajacopi, Sanitas, Mallamas, Pijaos, Salud Total, Famisanar, Compensar y ECOOPSOS EPS-S, de las 12 EAPB, 7 manejan afiliación del régimen subsidiado de personas nuevas y 5 en movilidad entre regímenes.

En el Municipio de Villavicencio las IPS que cuentan con servicios de Medicina, psicología y trabajo social son: Hospital Departamental de Villavicencio,

Clínica Cooperativa, Clínica Meta, IPS el Parque, IPS los Pinos, IPS Multisalud, IPS Monte Sinaí, Clínica Vive Ltda., Clínica la confraternidad. Frente al talento humano los profesionales en Medicina y Enfermería, promotores y gestores comunitarios en salud se encuentran en todos los Centros de salud de la ESE Municipal y en las IPS de primer nivel de atención La oferta institucional, está direccionada hacia las siguientes categorías de atención: Educación, Salud, Rutas de Protección, secretaria de Competitividad, Caracterización, Valoración Psicosocial e Información General; desde estas líneas se brinda a la población atención diferencial de acuerdo a sus necesidades específicas.

En lo relacionado con las rutas de atención para la población víctima, está la oferta institucional del SNARIV, con procesos continuos que garanticen la atención y asistencia de las víctimas del Municipio de Villavicencio a través del Centro Regional de Atención a Víctimas – CRAV.

Desde la Secretaría de salud departamental, se realizan asistencias técnicas a EAPB, IPS en las guías de manejo de la mujer y el menor maltratado; estas dos acciones incluyen la socialización permanente de la ruta de atención integral; adicionalmente se tienen proyectados la implementación de los centros de escucha en el que se aborda esta problemática; incluyendo la línea de atención telefónica "salud y vida", en la que se brinda atención en crisis, se orienta, dirección a los usuarios sobre sus necesidades de atención integral. Otra de las acciones proyectadas es el seguimiento al desarrollo del proyecto de nuevas masculinidades que permita realizar ajustes al proyecto para la gestión de nuevos recursos y el desarrollo de nuevas etapas del proyecto.

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el departamento para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

Barreras de acceso detectadas a nivel Institucional

- Los sistemas de información territoriales actuales, en su mayoría no permiten conocer la situación de salud real de la población en situación de desplazamiento (PSD) con el enfoque diferencial, ni reportarla oportunamente.
- Desconocimiento de la normatividad relacionada con la PSD.
- El envío de esta información por parte de las IPS es retrasada e incompletas.
- Las EPS retrasan los pagos a las IPS lo que ocasiona la no prestación de servicios a la PSD.
- Dificultad en la ubicación de la PSD, y lograr su asistencia a programas institucionales.

- Los comités de discapacidad locales, especialmente los Municipales no son operativos y no cuentan con un referente exclusivo para manejar el tema a nivel territorial.

- Un gran porcentaje de los Municipios del Meta acceden a los servicios de salud a través de la ESE Departamental con centros de servicios que poseen la infraestructura, y el recurso humano capacitado en el primer nivel, esta barrera unida a las dificultades de acceso por seguridad y zonas geográficas veredales alejadas de la cabecera Municipal, dificultad el acceso a Medicina especializada, Medios diagnósticos y procedimientos de mayor grado de complejidad de la población victima en esos territorios.

- En la actualidad, hay una escasa interlocución de líderes sociales, organizaciones y escenarios de articulación social con la institucionalidad, situación que tiende a continuar, dada la polarización que se vive en la región. Los diferentes representantes y voceros de la sociedad civil insisten en que el conflicto armado sigue teniendo un impacto importante en ella.

- La oferta institucional en salud de segundo y tercer nivel de atención está ubicada en solo dos Municipios del Departamento, y representa la oferta de varios Departamentos de la Orinoquia, esto constituye un desbalance entre la oferta y la demanda generando demoras en la prestación del servicio de la población victima en estas instituciones.

- Dificultades en la comunicación para acceder a los servicios de salud requeridos por la población víctima, por dificultad en la conectividad en los Municipios alejados, números de contacto de la red prestadora desactualizados.

- Dificultad de la población victima para cumplir con los procedimientos establecidos por la EAPB para acceder a los servicios de salud a través de la virtualidad, en personas mayores, bajo grado de escolaridad, equipo adecuado de comunicación y problemas de conectividad en la región.

- Traslados frecuentes de la población víctima y su familia de un departamento a otro por temas de empleo o seguridad, dificultad el acceso a los servicios de primer nivel de atención en salud de sus integrantes.

- Dificultades para realizar la movilidad entre regímenes y traslados de EAPB de la población víctima.

- Desconocimiento de los deberes y derechos de PSD.

- Las personas victimas solo acceden a los servicios que le ofrece la EAPB cuando se sienten enfermos.

- Desconocimiento de la población victima sobre los planes de beneficios y las diferentes rutas de prevención y mantenimiento de la salud que le ofrece la EAPB.

- En cuanto a los servicios de Psicología y nutrición la oferta está en Granada y Villavicencio, los otros Municipios no cuentan con la oferta en los centros de atención en salud y el traslado a Villavicencio les genera gastos y tiempo.

- Otra causal frente al acceso a los servicios de salud de la población victima lo determina el temor por la posibilidad de contraer el COVID al acudir a las instituciones de salud.

- La población Victima no identifican la importancia de acceder a las rutas de prevención y mantenimiento de la salud brindada por los profesionales en los Centros de salud.

- Frente a la atención que reciben en los servicios de salud expresan que el profesional no les informa sobre su situación ni el tratamiento que le van a brindar.

- Frente al acceso a los servicios por psicología no lo consideran una necesidad, creen que ellos solos pueden superar sus problemas y que este servicio es necesario cuando existe un trastorno mental.

7. Estado de emergencia sanitaria Covid19.

Reporte estadístico por coronavirus del Departamento - Meta 2021

Al iniciar la emergencia sanitaria por el coronavirus el departamento contaba con 100 Unidades de Cuidados Intensivos, sin embargo, por la gestión que se ha realizado durante 14 meses hoy el Meta cuenta con 222 UCI para hacerle frente a esta y futuras emergencias.

OCUPACIÓN CUIDADO CRÍTICO VILLAVICENCIO Fecha: 25 de Mayo de 2021 Hora: 8:00 A.m			
	UCI COVID	UCI NOCOVID	TOTAL
OFERTA TOTAL DE UCI (NUMERO DE CAMAS)	100	91	191
#PACIENTES OCUPANDO CAMA UCI	87	89	176
% OCUPACION	87%	98%	92%
Elaboro: Coordinacion CRUE			

En información oficial el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE), alertó sobre la ocupación del 100% de las camas UCI COVID y NO COVID en el Departamento.

La funcionaria aseguró que hay tres instituciones en emergencia funcional: el Hospital Departamental de Villavicencio, la clínica Carlos Nieto y la Clínica Meta, por lo que se requiere urgente activar los planes de emergencia que permitan una solución en su respuesta clínica.

El Hospital Departamental de Villavicencio ES.E. como medida para el manejo de la situación de emergencia sanitaria relacionada con la introducción del SASRS CoV2 (COVID19) suscribe de forma articulada con el Plan de Emergencias Hospitalarias un Plan de Contingencia para la infección Respiratoria Aguda por el Nuevo Coronavirus, el cual fue aprobado el 17/02/2020.

Este plan realiza la descripción de la problemática actual de la infección respiratoria por el nuevo virus COVID19, analiza las amenazas existentes, evalúa la capacidad instalada, la disponibilidad de recurso humano y recursos biomédicos. Se establece en este plan de contingencia los lineamientos y acciones por fase de la emergencia: Una primera fase de preparación enfocada a la identificación de casos importados, fase donde se definen como líneas estratégicas la definición en si del plan de contingencia institucional ante el incremento en la demanda de servicios por cuenta de la infección respiratoria, el fortalecimiento de las capacidades de detección, notificación oportuna y manejo clínico sobre IR, IRAG, IRAGI y nuevo virus. Una tercera línea estratégica de intensificación de estrategias de vigilancia en salud publica en las áreas críticas de internación y la cuarta línea consistente en la disponibilidad de insumos medico quirúrgicos, limpieza y desinfección.

En esta primera fase se desarrollan actividades de socialización y capacitación en los lineamientos para la vigilancia epidemiológica, manejo clínico de pacientes COVID19, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección, socialización del plan de contingencia entre otros. La segunda fase denominada de contención y mitigación orientada a identificar y contener casos además de cerrar cadenas y disminuir el tamaño de la epidemia. El Hospital Departamental de Villavicencio, E.S.E, en respuesta a la amenaza que representa el potencial incremento en la demanda de prestación de servicios de salud por la introducción del virus COVID19 en el territorio colombiano, realiza adecuaciones en su servicio de urgencias tanto en infraestructura como en procesos, habilitando un área específica y separada para la realización del triage y consulta del paciente con criterios para casos probables, sospechosos o confirmados para COVID19, adicionalmente proyecta la ampliación de su capacidad instalada de camas hospitalarias. Esta ampliación de la capacidad instalada se planeó realizar de la siguiente manera:

a)Contar con 52 camas adicionales de Cuidado Intensivo, completando de esta forma 74 camas (en el momento se cuentan con 8 camas de cuidado intensivo

adulto y 14 unidades de cuidado intermedio adultos dotados de ventiladores mecánicos). Al momento se encuentran grandes avances en 10 camas de cuidado intensivo ubicadas en área previamente utilizada por el servicio de urgencias (UCI nueva). Por otra parte, la adecuación de habitaciones del servicio de internación adultos, para contar con 42 camas más para pacientes con requerimiento de cuidado crítico (UCI Potencial).

b) Adecuación de áreas de 2 grandes áreas de expansión; la primera de ellas utilizando el Polideportivo de la institución donde se ubicarán 50 camas y como segunda área de expansión utilizando área de parqueaderos, donde se lograrán ubicar 64 camas (1 zona en el parqueadero de acceso a Unidad de Salud Mental y la segunda zona en el parqueadero contiguo al Polideportivo).

La proyección de apertura de las camas de cuidado intensivo se vio afectada por la insuficiente oferta de recurso humano, principalmente de enfermería (profesional y auxiliar) y de profesionales en terapia respiratoria por lo que solo se alcanzó la conversión de las 14 camas de Cuidado Intermedio adultos a Cuidado Intensivo Adulto y la apertura de 10 camas adicionales de Cuidado Intensivo Adulto, para un total de 24 camas de cuidado intensivo adulto exclusiva para pacientes con cuadros respiratorios asociados a SARS COV2. De acuerdo al comportamiento evidenciado, donde las camas habilitadas como cuidado intensivo han sido suficientes para el manejo de estos casos no se ha hecho necesario la conversión de las camas del servicio de internación adultos a camas de Cuidado Intensivo.

En relación a las otras áreas de expansión mencionadas en el plan, como lo son el polideportivo (adecuado para 50 camas hospitalarias) y las dos carpas (cada una para 30 pacientes), es necesario informar que una de las carpas ante la necesidad de atención hospitalaria de pacientes con patologías diferentes al COVID19 son actualmente utilizadas en este tipo de pacientes y la segunda carpa no ha habido la necesidad de su apertura siendo consecuentes con el volumen de pacientes. El Polideportivo, empleado para la internación de pacientes confirmados para COVID19, ante la no disponibilidad de personal suficiente se apertura de forma parcial con 20 camas, en el mes de Noviembre al observarse que su ocupación en promedio durante el periodo Agosto a Noviembre de 2020 fue del 43,35% , se decide hacer traslado de este servicio a una área física adecuada en el segundo piso de urgencias lo que anteriormente se denominaba observación mujeres el cual se adecuo de tal forma que tiene una capacidad para 13 pacientes ubicados en cubículos separados por barrera física.

Como estrategia de liberación de las habitaciones (camas) del servicio de internación adultos y con el fin de no afectar la capacidad de atención de pacientes afectados por otro tipo de patologías y que habitualmente atendemos, se realizó análisis de los servicios y se evidencio que el servicio de internación salud mental manejaba al momento de declararse la emergencia una baja ocupación y que existe en la ciudad la disponibilidad de camas de psiquiatría, se tomó la decisión de realizar el cierre temporal de los servicios de internación psiquiatría / salud mental con sus respectivas camas hospitalarias en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Con el servicio de Internación Parcial, conocido como hospital día, se concluyó que por el periodo de Cuarentena decretado tanto desde el orden nacional y departamental no podría seguir funcionando se indicó el cierre temporal

y utilizar estas instalaciones para pacientes de internación adultos afectados por patologías diferentes al COVID19.
De esta forma el parte del servicio de internación general adultos se trasladó a lo que anteriormente era la Unidad Funcional de Salud Mental.

Los pacientes que se encontraban hospitalizados en la Unidad de Salud Mental en un ejercicio coordinado con el Centro Regulador de Urgencias del Departamento del Meta y las diferentes entidades responsables de pago fueron remitidos a otras instituciones de la ciudad que cuentan con el servicio de internación salud mental y la disponibilidad de camas suficientes para atender la demanda que representa este tipo de patologías.

Los servicios de internación general, en las áreas conocidas como Medicina Interna y Quirúrgicos Ortopedia, se adecuaron como habitaciones de aislados donde se implementaron antecámaras con el fin de mejorar los procesos de control de infecciones y de bioseguridad, inicialmente se pensaron como habitaciones bipersonales, pero ante la complejidad de los pacientes, su perfil de morbilidad y la coexistencia de otras patologías infecciosas se ha tenido la necesidad de utilizar como habitaciones unipersonales; teniendo en este momento 30 habitaciones unipersonales para pacientes que requieran aislamiento y cumplan criterios para cualquiera de las definiciones de caso para SARS COV2.

La distribución y ubicación de estas camas hospitalarias en las diferentes áreas destinadas para la atención se encuentra articulada y ajustada con el Plan de Contingencia Para la Infección Respiratoria Aguda por el nuevo virus COVID19 en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E, al cual se le han realizado las modificaciones y actualizaciones pertinentes de acuerdo a los cambios organizaciones y a las variaciones en los lineamientos normativos y técnicos impartidos por el Ministerio de la Salud y la Protección Social dentro del marco de la emergencia sanitaria.

El incremento de la capacidad instalada de manera directa y proporcional genera un incremento en las necesidades de talento humano en salud, ante lo cual tomando los estándares actualmente manejados para realizar el cálculo de personal necesario tanto para unidades de cuidado critico como para el servicio de internación general se realizó el cálculo y se obtiene así la necesidad de talento humano en salud para estas nuevas áreas. El valor económico de esta necesidad de recurso humano fue determinado teniendo en cuenta las tarifas manejadas actualmente por el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

Durante la vigencia 2020 el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E, ha desarrollado a cabalidad el proceso de vigilancia epidemiológica del evento de interés en salud publica SARS COV 2, realizando la identificación de los casos sospechoso, probables y confirmados, realizando la respectiva notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional. Producto de esta actividad de vigilancia epidemiológica evidenciamos que al finalizar el mes de noviembre de 2020 se han notificado 4267 pacientes que se ajustan a las definiciones de caso establecidas por los lineamientos de Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de la Salud y la Protección Social, 1351 casos se han confirmado lo que corresponde a una tasa del 31,7% de confirmados del total de casos sospechosos o probables

identificados. El 46% de los casos probables, sospechosos o confirmados corresponden al sexo femenino y el 54% al sexo masculino. Por causa de COVID19 han fallecido 170 personas en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E, lo que corresponde a una tasa de mortalidad del 12,6% del total de casos confirmados

De acuerdo al avance entregado por la Secretaria Departamental, a corte del mes de mayo de 2021, el porcentaje de vacunación en los 17 municipios adscritos a la ESE Departamental es del 65%. Un equipo, de aproximadamente de 100 personas, está trabajando para el cumplimiento de las metas, además, se cuenta con el apoyo de autoridades locales y departamentales".

En un 65% se encuentra el avance de vacunación contra el Covid-19 en los 17 municipios adscritos a la Ese Departamental "Solución Salud", con corte 04 de mayo, con un total de 8.986 personas inmunizadas que hacen parte de las etapas 1 y 2 de la primera fase. información suministrada por el gerente de la ESE, al presentar el balance de cumplimiento del Plan Nacional de Vacunación y la población beneficiada. Se ha vacunado a trabajadores de la salud y de apoyo de primera línea, personas de 80 años y más, donde la población objeto es de 20.905. En la etapa 2 se beneficiará a la población de 60 a 79 años y trabajadores de la salud de segunda y tercera línea, que ascienden a 99.891 en todo el Departamento.

En cuanto al volumen de vacunas entregadas por la secretaria de Salud, la última fue el 30 de abril, que es la mayor registrada hasta el momento. En total van 13.790.

CENTRO DE ATENCION	TOTAL, VACUNAS ENTREGADAS	REGISTRO APLICADAS A MAYO 4	% CUMPLIMIENTO
BARRANCA DE UPÍA	376	255	68%
CABUYARO	501	393	78%
CUMARAL	1.922	1.133	59%
EL CALVARIO	209	175	84%
EL CASTILLO	615	493	80%
LA MACARENA	548	338	62%
LEJANÍAS	844	669	79%
MAPIRIPÁN	345	170	49%
MESETAS	772	597	77%
PUERTO CONCORDIA	558	299	54%
PUERTO GAITÁN	1.907	746	39%
PUERTO LLERAS	616	386	63%
RESTREPO	1871	1297	69%
SAN JUAN DE ARAMA	769	534	69%
SAN JUANITO	297	252	85%
URIBE	534	289	54%
VISTA HERMOSA	1106	960	87%
Total, general	**13.790**	**8.986**	**65%**

https://www.meta.gov.co/noticias/avance-de-vacunaci%C3%B3n-contra-el-covid-19-entreg%C3%B3-la-ese-departamental/64

8. Referencias

- Página web, Gobernación del Meta: http://www.meta.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=1571& Itemid=231. Consultada el 01/05/2010

- Página web, Gobernación del Meta: https://www.meta.gov.co/noticias/avance-de-vacunaci%C3%B3n-contra-el-covid-19-entreg%C3%B3-la-ese-departamental/648
- Plan de Emergencia Sanitaria Covid-19 Hospital departamental de Villavicencio

- Acuerdo 331 del 2006 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS.

- Constitución Política de Colombia, artículo 1.

- Mirada integral para la construcción de la ruta nacional de acceso a los servicios de salud para la población en situación de desplazamiento de Colombia – PSD

- Página web, Unidad de Victimas https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Dinamico.

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE: NARIÑO



https://espanol.mapsofworld.com/continentes/mapa-de-suramerica/colombia/narino.html

Contenido

1. INTRODUCCION.....3

2. CONTEXTO HISTORICO Y ACTUAL DEL CONFLICTO ARMADO 6

3. ANALISIS DEL CONTEXTO CULTURAL, SOCIAL,POLITICO Y ECONOMICO Y SU RELACION CON LOS HECHOS VICTIMIZANTES DEL DEPARTAMENTO....11

4. ESTADO ACTUAL DE LA ATENCION EEN SALUD INTEGRAL Y LA ATENCION PSICOSOCIAL A LA POBLACION VICTIMA EN EL MUNICIPIO 21

5. OFERTA INSTITUCIONAL Y RUTAS DE ATENCION A LA POBLACION VICTIMA 28

6. ANÁLISIS SOBRE LAS BARRERAS FÍSICAS, COMUNICACIONALES, ACTITUDINALES EVIDENCIADAS EN EL MUNICIPIO PARA LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN VÍCTIMA SUJETO DE ESPECIAL PROTECCIÓN.....32

7. ANALISIS FRENTE A LA PANDEMIA COVID 19 …….. ……34

8. BIBLIOGRAFIA……..……37

1. Introducción

En el marco del Convenio de asociación 469 de 2020 suscrito entre la Fundación Forjando Futuros (FFF) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) se está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI). En la vigencia 2021 la implementación del programa se realiza en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Córdoba, Sucre, Cesar, Guajira, Magdalena, Guainía, Arauca, Caquetá, Caldas, Risaralda, Quindío, Meta, Casanare, Nariño.

En el Departamento de Nariño, se priorizaron cinco (5) municipios del departamento, en primera estancia: Pasto, Los Andes Soto-Mayor, Taminango, Magui Payán y Ricaurte. Cabe aclarar que en estos dos últimos solo se pudo realizar la atención psicosocial en ciclo 3 por factores estructurales y de contexto ajenos al operador Fundación Forjando Futuros, tales como: 1) situación de orden público y 2) las víctimas a atender es estos dos municipios se encuentran en zonas rurales dispersas. Dado lo anterior y luego de un trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto de Salud Departamental de Nariño (ISDN) y la Fundación se priorizaron para el ciclo 4 y 5 los municipios de Tumaco y Córdoba.

De esta manera, el presente documento desarrolla la actualización del análisis del contexto del Departamento de Nariño, siguiendo las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en este sentido este texto contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Para la recolección de información se utilizaron fuentes primarias que alimentaron la construcción del documento, entre ellos reportes verbales de servidores públicos municipales y relatos de población víctima del conflicto armado obtenidos a través de entrevistas realizadas. Las fuentes secundarias utilizadas fueron: Plan de Desarrollo Departamental, datos de la Red Nacional de Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, documentos diagnósticos de diferentes entidades que conforman el SNARIV, información suministrada por la Gobernación y el enlace de víctimas de la misma.

En el departamento de Nariño la atención psicosocial y salud integral del programa PAPSIVI, ha estado presente en las vigencias 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2020 y 2021, logrando atender a personas, familias y comunidades en todas las modalidades de atención, la implementación del programa en las diferentes vigencias a permitido atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado en el departamento de Nariño, en los ámbitos individual, familiar y comunitario, con logros positivos de reconocimiento y empoderamiento de las necesidades de atención psicosocial, conocimiento de rutas de atención y de los derechos de la población víctima del conflicto armado.

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI, viene desarrollándose en el Departamento de Nariño desde el año 2014 hasta la fecha, de esta manera:

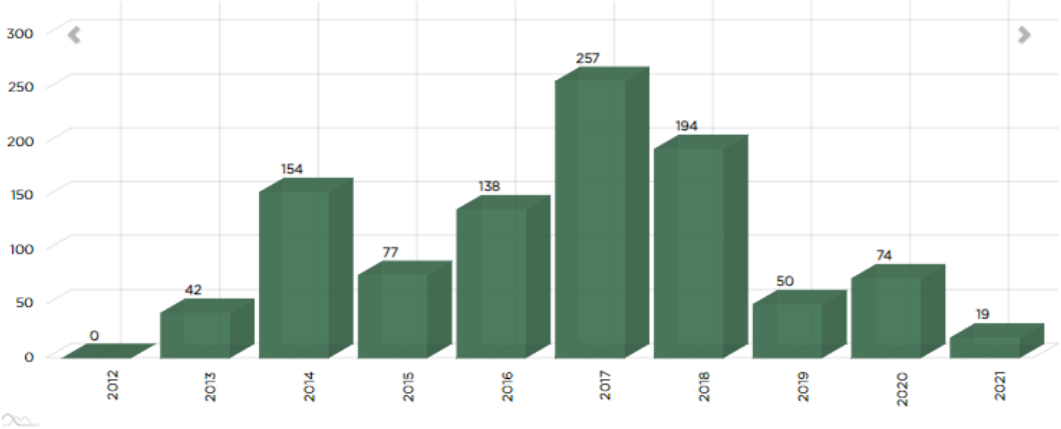
DEPARTAMENTO	VIGENCIA PAPSIVI	MUNICIPIOS ATENDIDOS
Nariño	2014	Pasto, El Charco, Olaya Herrera, Samaniego, Ipiales, Cumbitara, Los Andes Sotomayor, Ricaurte, Córdoba, San Lorenzo.
Nariño	2015	Tablón de Gómez, Túquerres, El Rosario, El Charco, Taminango, Arboleda, Cumbitara, Tumaco, Pasto, Olaya Herrera, Ipiales, Francisco Pizarro, Córdoba, Barbacoas, Santa Bárbara de Iscuandé, La Tola, San Lorenzo, Buesaco, Los Andes Sotomayor, Samaniego, Policarpa, Roberto Payan, Mosquera, Leiva.
Nariño	2016	Tumaco, San Lorenzo, El Rosario, Policarpa, Los Andes Sotomayor, Pasto, Barbacoas, Túquerres, Leiva, El Charco, Taminango, Tablón de Gómez, Mosquera, Roberto Payan, Olaya Herrera, Cumbitara, Buesaco, Francisco Pizarro, La Tola, Samaniego, Córdoba, Arboleda, Ipiales, Santa Bárbara de Iscuandé.
Nariño	2017	Leiva, Ipiales, Pasto, La Cruz, Tumaco, Santacruz de Guachavéz, Cumbitará, Buesaco, Sandoná, Rosario, Olaya Herrera, Policarpa, Francisco Pizarro, San Lorenzo, Yacuanquer, La Llanada, Ricaurte, Samaniego, Tablón de Gómez, El Charco, Túquerres, Los Andes Sotomayor, Santa Bárbara de Iscuandé, Córdoba, Taminango, San José de Albán, San Lorenzo, Barbacoas, Consacá, Tangua, Nariño.
Nariño	2019	Tumaco, Pasto, Tablón de Gómez, Policarpa.
Nariño	2020	Pasto, Tablón de Gómez, Consacá, Ipiales, Buesaco, San José de Albán, Tangua, Linares.
Nariño	2021	Pasto, Tumaco , Córdoba, Magui Payan, Ricaurte, Los Andes , Taminango

De esta manera, podemos observar la trazabilidad de atención en las personas víctimas del Departamento de Nariño, de igual manera, la importancia que tiene el PAPSIVI en el Departamento, puesto que la finalidad del mismo es mitigar el daño y favorecer la

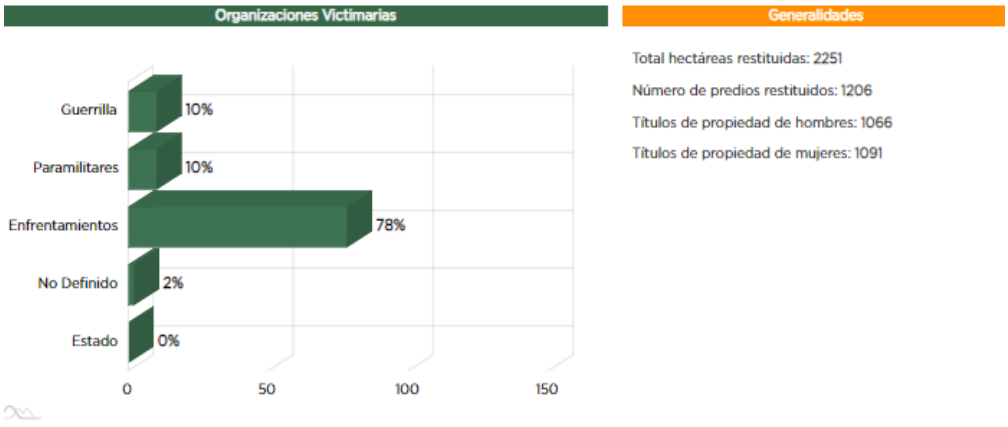
recuperación emocional de las víctimas del conflicto armado. Generando continuidad en el desarrollo del mismo en el departamento.

Conforme a lo estipulado en la Ley 1448 del 2011, de víctimas y restitución de tierras, en Nariño existen planes de retorno y reubicación, planes de reparación colectiva y sentencias de restitución de tierras, medidas cautelares y sentencias colectivas. Lo anterior conforma los componentes de la reparación integral, estipulada en el marco normativo previamente referido. En el Departamento de Nariño actualmente existen planes de Retorno y Reubicación no étnicos en los municipios de Albán, El Tablón de Gómez, Iles, La Llanada, Leiva, Los Andes, Policarpa, Samaniego, Sandoná y Tangua. Y en la parte étnica, en los municipios de Tumaco, El Charco, Santa Bárbara de Iscuandé, Olaya Herrera, Barbacoas, Ricaurte y Roberto Payán. El conflicto armado en la región pacífica ha tenido una mayor afectación, lo que ha generado sujetos colectivos asediados por los grupos armados; 36 en total, 10 no étnicos, y 26 sujetos de reparación colectiva étnicos, donde la vulnerabilidad es superior, lo que afianza la necesidad de atención en estas comunidades más apartadas de la región Pacífica.
Fuente: https://rap-pacifico.gov.co/wp-content/uploads/2020/07/Plan-de-Desarrollo-Mi-Nari%C3%B1o-en-Defensa-de-lo-Nuestro-2020-2023-2.pdf

A continuación, se relacionan el número de sentencias proferidas por las autoridades competentes frente a la restitución de tierras en el departamento de Nariño



Fuente: Fundación Forjando Futuros. 2021.



Fuente: Fundación Forjando Futuros, 2021

2.Contexto histórico y actual del conflicto armado en el Departamento.

Al referirnos al contexto histórico del conflicto en Nariño se puede mencionar que este departamento se caracterizaba por su vocación de paz, por su carácter pluriétnico y cultural, por sus riquezas naturales y por haber sido un “remanso de paz” hasta hace años atrás, actualmente es uno de los departamentos más visible del país por la intensidad del conflicto armado y su impacto en la sociedad civil, el país y las relaciones bilaterales. hoy está afectado por el conflicto y sus efectos negativos sobre la población civil y la organización social, han existido homicidios, masacres, amenazas, desplazamiento masivo, la apropiación de la tierra por ilegales, la siembra de minas antipersonal y la presencia de numerosos cultivos de uso ilícito.

Uno de los factores estructurales y coyunturales de la conflictividad en la historia del departamento es su ubicación estratégica; Nariño es considerada una zona de interés estratégico para los actores armados por su ubicación geográfica fronteriza con el Ecuador, su salida marítima y acceso al bajo y alto Putumayo. Es por ello que existe la presencia de diversos grupos armados ilegales que se han apropiado del territorio. Estos grupos armados empezaron a hacer presencia en los años 80, se trató de las guerrillas FARC con el frente 8 adscrito al bloque occidental que desde los 70 estaba en el Cauca. Pasó la frontera con Cauca e ingresó por la cordillera occidental hasta llegar al norte nariñense, en especial a El Rosario, Leiva, Cumbitara y Policarpa, en donde crearon el frente 29. Este frente empezó a operar en el sur, occidente y costa pacífica nariñense y fue el encargado de tomar fuerza en la región desde el punto de vista militar y político. El año 1992 fue un punto de especial acción de esta guerrilla, con numerosas voladuras al oleoducto Trasandino. La tendencia descendente en la actividad armada observada entre 1993 y 1995, se modifica en 1996 a partir del momento en que las FARC tienden la emboscada a la patrulla del ejército en el municipio de Puerres, donde murieron 35 soldados.

Esta acción respondió al propósito de controlar las rutas de tráfico de armas, drogas e insumos hacia el bajo Putumayo y se convirtió en el primer signo inequívoco respecto al inicio de la agudización del conflicto armado en el departamento. También fue protagónico en el intento de tener una influencia directa en los Gobiernos locales y por eso aún se recuerda el boicot de las elecciones departamentales en 1997 y sus acciones que obligaron a que los alcaldes no pudieran despachar desde sus propias regiones. Además, recurre a los retenes viales, el incendio de vehículos, la piratería terrestre y el sabotaje contra el sistema de conducción eléctrica y el transporte de petróleo.

El ELN llegó a Nariño en la década de los años 80, cuando conformó algunos cuadros políticos en la cordillera occidental, especialmente en Samaniego. Los problemas del departamento –pobreza, marginalidad, aislamiento, etc.– fueron la base para que esta guerrilla y las FARC expandieran sus ideologías entre los sectores inconformes.

El departamento estaba dividido por líneas invisibles trazadas por los protagonistas del conflicto: las FARC han extendido su control sobre el piedemonte, el curso de los ríos más importantes y los cultivos de coca; el ELN está en algunas zonas amapoleras sobre

la cordillera, y las autodefensas han ganado terreno sobre una ancha franja costera donde se ubican los laboratorios para el procesamiento de coca y los puertos de salida del producto terminado.
Posteriormente, otros frentes fueron llegando cuando el departamento se convirtió en escenario del conflicto armado, narcotraficantes y paramilitares empezaron a hacer parte del territorio, Los grupos paramilitares llegaron a Nariño a mediados de los 90 con las Autodefensas Campesinas de Córdoba y Urabá (ACCU), que ingresaron al Pacífico por el puerto de Tumaco y se fueron expandiendo a diferentes zonas del departamento. **fuente:** análisis Nariño indd) https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220_Analisis%20conflictividad%20Nari%C3%B1o%20PDF.pdf.

Al realizar un análisis del contexto la actualidad, existen nuevas bandas criminales y grupos organizados en el Departamento de Nariño como son:

PRESENCIA ACTUAL DE GRUPOS ARMADOS

En Samaniego y en Túquerres surgió uno de los grupos señalados, el cual es denominado como **'Los nuevos delincuentes'**, según la Fiscalía.
El ministro de Defensa, Carlos Holmes Trujillo, y así como el comandante del Ejército Nacional, mayor general Eduardo Zapateiro, y el director de Seguridad Ciudadana de la Policía Nacional, general Jorge Luis Vargas, citó que en zona de Samaniego también está el grupo los **'Cuyes'**, junto con el 'clan del Golfo'. En Magüí Payán, están el **'clan del Golfo' y 'Franco Benavides'.** Allí se ha venido presentando, según el Ejército, una serie de hechos que implican a estas bandas criminales que declararon una guerra a muerte. **fuente:** Plan de Desarrollo mi Nariño.https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220_Analisis%20conflictividad%20Nari%C3%B1o%20PDF.pdf
periódico el tiempo https://www.eltiempo.com/

La Fiscalía, indicó que el 'clan del Golfo' tiene presencia entre la zona llamada Chimbí y el corregimiento Llorente, en Tumaco, así como Barbacoas y El Charco, bajo el mando de alias Cusumbo. Allí también están los '**Contadores**' que se enfrenta a la columna **'Oliver Sinisterra',** del extinto 'Guacho'.

En zona rural de Tumaco y alcanzando límites con Ecuador, también están las 'Guerrillas unidas del sur' (integradas por exmiembros del frente 29, la Columna Móvil Daniel Aldana y la columna móvil Mariscal Sucre.
(**Fuente:** periódico el tiempo e informazione:http://www.derechos.org/nizkor/colombia/doc/samaniego.html

Descripción Gráfica:

Grupo Armado Organizado, GAO	
Frente Comuneros del Sur, del cual se desligan 4 compañías	Extienden su área de influencia hacia los municipios del Samaniego, La Llanada, Sotomayor, Guachavés, Ricaurte, Mallama, Cumbal, Barbacoas, Magüí Payán, Roberto Payán, Olaya Herrera, Iscuandé, Túquerres, Linares, El Charco, La Tola y Tumaco
Grupos armados organizados residuales, GAO-r GUP	
Guerrillas Unidas del Pacífico (GUP)	De su estructura hacen parte excombatientes de la desmovilizada Columna Móvil Daniel Aldana de las FARC, presentando incidencia sobre el área general de los municipios de Francisco Pizarro, Mosquera, Olaya Herrera, Roberto Payán y El Charco. Red de apoyo a estructura residual "GUP". Este grupo tendría incidencia en la zona urbana del municipio de Tumaco, en especial en los barrios 11 de noviembre, Viento Libre, Panamá y La Playa, zona rural municipio de Tumaco, zona rural municipio de Mosquera, zona rural municipio de Francisco Pizarro, zona rural municipio de Roberto Payán.
Frente Oliver Sinisterra (FOS)	Zona rural del municipio de Tumaco (corregimientos La Guayacana, Espriella y Llorente), además de los Consejos Comunitarios Alto y Bajo Mira y Frontera y riberas de los ríos Mira y Mataje-Roberto Payán, Olaya Herrera y parte de Magüí Payán.
GAO-r -E-F29 "Estiven González"	Estructura integrada por excombatientes del Frente 29 de las FARC, teniendo como principal zona de incidencia el área rural de los municipios de Policarpa, Leiva, El Rosario, Cumbitara y Sotomayor, con una intensión expansionista hacia el área rural del municipio de Magüí Payán.
GAO-r E- "Los Contadores"	Tendría incidencia sobre la vía al mar, desde el corregimiento Candelillas hasta el corregimiento La Guayacana, zona rural de Tumaco.
GAO-r E- Estiven Prado	Delinque a lo largo de los ríos Patía y Magüí, en el municipio de Magüi Payán, Cumbitara, Policarpa, en las veredas El Playón, Nansalbí, Juanchito, Pueblo Nuevo, El Chocho, Concordia, San Luis, Punta, Barco, Manantial, Chachajo, Manantial sector de Bocas del Telembí, jurisdicción del municipio de Roberto Payán, y las veredas Santa Rosa, y Santa Cruz Madrigales, jurisdicción del municipio de Policarpa.
Resistencia Campesina	Ubicadas al sur del río Patía, zona rural de los municipios de Magüí Payán, Roberto Payán y Barbacoas.

Activar W
Ve a Confic

Luego de del desarrollo de las negociaciones con las FARC, se generaron zonas libres de casi toda actividad criminal por parte de los grupos armados ilegales, pero debido a la problemática integral, que se complementa con el Delito Transnacional, DT, la extorsión, el secuestro y el tráfico y exportación del clorhidrato de cocaína, se abrió paso a actores criminales que no se acogieron a los procesos de negociación, y formaron pequeñas estructuras armadas con la ambición de poder, por lo que se generó rivalidad entre los cabecillas de estas, provocando enfrentamientos armados, constituyéndose así un obstáculo para el desarrollo y el progreso del Departamento. En la actualidad en el departamento de Nariño se han venido presentando diferentes sucesos de violencia, en especial masacres hacia la población joven, en el municipio de Samaniego se presentó una masacre cuando un grupo de jóvenes departía de una fiesta, la noche del crimen, un grupo de encapuchados irrumpió en una finca de la vereda Santa Catalina, acabando con la vida de ocho de ellos.

Fuente: https://www.eltiempo.com/colombia/cali/los-grupos-armados-que-se-disputan-territorios-de-samaniego-y-narino-529932

Todas estas agrupaciones ilegales han estado en confrontación haciendo uso de estrategias que van desde la ubicación para el tráfico o corredor de armas, el comercio a base de coca, la disputa por el control territorial donde se explotan los recursos naturales y se construyen varios megaproyectos. Esos actores e intereses han convertido a las diferentes subregiones de Nariño unas más que en otras– en centros

de confrontación armada y de crisis humanitaria. Una de las más afectadas ha sido, sin duda, la subregión pacífica por su acceso al mar, su condición fronteriza y el paso a los ríos Mira, Tapaje y Patía.

Para muchas comunidades, dirigentes e investigadores, la calma en Nariño se acabó con la llegada del narcotráfico, que encontró una región atractiva para su negocio porque tiene dos de las siete principales rutas de tráfico de narcóticos en Colombia: la vía marítima, por Tumaco, y la terrestre, en frontera con Ecuador. Una de las razones principales para que hoy el departamento viva una intensa confrontación, según investigaciones sobre este fenómeno, es que tras el "éxito" de la lucha en el sur de Colombia –Putumayo, Guaviare, Caquetá etc.–, a Nariño se desplazó todo el negocio de las drogas ilícitas: no solo su tráfico, como era antes, sino también su procesamiento y producción.

INICIATIVAS DE PAZ Y RECONCILIACION:
Al mirar la situación de conflicto armado que se presenta, el departamento de Nariño se ha acogido y ha apoyado todas las medidas de paz y reconciliación realizadas por parte del Gobierno Nacional con el objetivo de mitigar los daños causados a la población víctima ej: cumplimiento del acuerdo de Paz suscrito entre el Gobierno y las FARC, en particular a la implementación de los programas contemplados en el componente "Hacia un Nuevo Campo Colombiano: Reforma Rural Integral", el Sistema de Verdad, Justicia Reparación y No repetición en favor de las víctimas del conflicto armado, la reinserción de los excombatientes de las FARC y la ejecución de los Planes de Acción de Transformación Regional en las zonas beneficiadas con los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET).

También desde la Gobernación está llevando a cabo acciones internas que son de suma importancia para contribuir en la reparación de los Derechos Humanos, Uno de los hechos más importantes se llevó a cabo en abril de 2021, donde La Gobernación de Nariño, a través de la Secretaría de Gobierno y la Subsecretaría de Paz y Derechos Humanos apoya iniciativas que fortalezcan la reparación integral de la población víctima en Nariño. En esta oportunidad, la Administración Departamental apoyó la constitución legal y acompañó el lanzamiento de AVICPONAR, asociación de víctimas pertenecientes a la Policía de Nariño, conformada por 35 mujeres. "Este grupo de mujeres trabajan en pro de la reivindicación de sus derechos. A continuación, se expresan algunos apartes de la intervención de las personas que apoyaron dicho proceso: "Hoy hace el lanzamiento oficial de su asociación y nosotros hemos tenido la posibilidad de respaldar a la población de la Policía Nacional, que ha sido víctima del conflicto armado", indicó el Subsecretario de Paz y Derechos Humanos de la Gobernación de Nariño, Amilcar Pantoja.
Fuente: https://sitio.narino.gov.co/0539-2/

Por su parte, Liliana Villota Arce, Representante de la Asociación AVICPONAR, expresó que: "Somos viudas, esposas e hijas de policías muertos en combate. Nuestro propósito es hacernos visibles, hacerlos visibles a ellos. Hoy representamos la resiliencia, que no nos quedamos allí, que no nos olviden."

Estas acciones de respaldo hacia las víctimas representan un paso importante para generar las condiciones y garantías para la no repetición de estos hechos violentos en Nariño.
Fuente: https://sitio.narino.gov.co/0539-2/

También por parte de la Unidad para Atención y Reparación a las Victimas se han realizado acciones sumamente importantes que contribuyen en la reparación a las víctimas del conflicto armado, una de las actividades más recientes se llevó a cabo en los primeros meses del 2020, el primer trimestre de este año, a través de la Subdirección de atención y prevención de emergencias, la Unidad para las Víctimas, ha coordinado la entrega de atención humanitaria inmediata en subsidiariedad y complementariedad a los entes territoriales de Nariño, dada la violencia que golpea la Costa Pacífica del departamento.

De esta manera, con el acompañamiento de la Alcaldía de Tumaco, la Gobernación de Nariño y la Armada Nacional, la Unidad entregó 52 toneladas de ayudas humanitarias y llegó con la atención a las familias del Consejo Comunitario del Río Chaguí que fueron desplazadas el pasado 9 de enero de 2020. En abril, entregó en los municipios de Roberto Payán, Olaya Herrera y Francisco Pizarro ayuda humanitaria, compuesta por kits de alimentos, hábitat y aseo, estos kits, que beneficiaron a más de 600 personas, estaban compuestos por alimentos, elementos de aseo y cocina, cobijas, juegos de cama, colchonetas, toldillos, toallas, entre otros. Así mismo, durante este año, la Unidad para las Víctimas en su calidad de coordinadora del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas (SNARIV), realizó en Nariño jornadas de asistencia técnica, a los nuevos mandatarios, junto con las secretarías de Planeación y de Gobierno, y los enlaces de víctimas con el objetivo de garantizar la continuidad y sostenibilidad de los procesos de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas, en los planes de desarrollo. En este tema también se brindó capacitación a la Mesa Departamental de Participación Efectiva de Víctimas, con el fin de mejorar su proceso de incidencia ante las administraciones locales en la construcción de los planes de desarrollo municipales y departamental.
Fuente: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/institucional/asi-avanza-la-atencion-y-reparacion-las-victimas-en-narino/56774

A nivel de reparación individual, durante el 2020 se entregaron 1.590 indemnizaciones, con una inversión superior a los 12.000 millones de pesos, beneficiando a las personas mayores de 70 años, personas con algún tipo de discapacidad o con alguna enfermedad catastrófica. En marzo, en un acto encabezado por el director Ramón Rodríguez, la Unidad para las Víctimas entregó la dotación de confección en el marco del proyecto “Alianza Público-Privada de Confecciones”, en el que diferentes entidades del SNARIV le apuestan a la formación de 55 mujeres pertenecientes a la Cooperativa de Mujeres Emprendedoras para el Futuro de Tumaco, para la producción y comercialización de sus productos.

Para el año 2020 La Unidad también benefició a casi 50.000 hogares con ayuda humanitaria por más de 40.000 millones de pesos. En temas de ayuda humanitaria, a través de servicio al ciudadano, fueron beneficiados 49.692 hogares con 70.216 giros

con una inversión superior a los 43.609 millones de pesos, buscando que la población víctima tuviera un ingreso para temas de servicios públicos, arriendo, entre otros.

Fuente:https://www.unidadvictimas.gov.co/es/institucional/asi-avanza-la-atencion-y-reparacion-las-victimas-en-narino/56774

Restitución de tierras:

La implementación de la Ley 1448 de 2011, así como de los Decretos Ley 4633, 4634 y 4635 de 2011, establecieron una serie de retos para el Departamento de Nariño. En materia de reparación a las víctimas del conflicto armado, le corresponde a la Gobernación de Nariño adelantar una serie de tareas, como promover la articulación entre sus dependencias en torno a dar respuestas a las reclamaciones de restitución, la cimentación de procedimientos, la construcción conjunta de un proceso con las particularidades que tiene una norma de carácter transicional nunca antes aplicada en Colombia; el desarrollo de la operación en medio del conflicto, superar las deficiencias del sistema de información de tierras, el cumplimiento de órdenes, y el seguimiento y monitoreo de información que en detalle da cuenta de la realidad de los procesos de restitución de tierras. Todo con el fin de contribuir a la consolidación de la paz y la reconciliación.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el Departamento.

El departamento de Nariño se encuentra ubicado en la zona suroccidente de Colombia y su capital es San Juan de Pasto. Está dividido en 64 municipios y 230 corregimientos. Cuenta con una extensión de 33.268 km2, limita al norte con Cauca, al oeste con el océano Pacífico, al este con Putumayo y al sur con la República de Ecuador, Antes de la llegada de los colonizadores, el territorio del actual Departamento de Nariño estaba ocupado por diversos grupos indígenas Pasto, Quillacinga, Iscuandé, Telembí, Tuma, Tabile, Abada, Chinche, Chapanchica y Pichilimbí. El Departamento de Nariño fue creado por ministerio de la Ley Primera el 6 de agosto de 1904, con Pasto como su capital, su primer gobernador fue Don Julián Bucheli Ayerbe, quien tomó posesión del cargo el 18 de octubre de 1904.
Fuente: https://sitio.narino.gov.co/historia/

La hidrografía del Departamento está constituida por dos vertientes, la vertiente del Pacífico que comprende los ríos Patía, Guaítara, Mayo Juanambú, Pasto, Iscuandé, Mira y Mataje, y la vertiente amazónica formada por los ríos Guamués, Churuyaco, San Miguel, Patascoy, Afiladores y Lora. Con relación a su clima el relieve permite disfrutar de temperaturas cálidas, templadas, frías, y de páramo. Los ecosistemas de páramos en el departamento cubren un área de 207.569 ha, corresponden al Complejo La Cocha Patascoy, al Complejo de Páramos Chiles-Cumbal y Complejo de Páramos Doña Juana Chimayoy, (Corponariño, 2017).

El Departamento de Nariño alberga un alto porcentaje de la biodiversidad del país, se considera como un lugar importante para la conservación de especies endémicas, por lo que puede reconocerse como centro de especiación, particularmente de colibríes. Del total de especies de Colombia, representa el 19.60% de las plantas, el 11.05% de los anfibios, el 13.03% de los reptiles, el 68.09% de las aves, el 38.30% de los mamíferos, el 12.68% de las mariposas, el 19.06% de las hormigas, y el 1.35% de los escarabajos (Grupo de Investigación de Ecología Evolutiva de la Universidad de Nariño, 2019), valores ampliamente distribuidos en ecosistemas estratégicos como páramos humedales, bosque seco, bosques tropicales y andinos, ecosistemas de manglar, guandal.

en el Departamento se encuentra el Parque Nacional de Sanquianga, los Santuarios de Flora y Fauna, Galeras e isla de la Corota, y 47 áreas de reserva natural, en los municipios de Barbacoas, Chachagüi, Ricaurte, Pasto y Yacuanquer. (Fuente: Grupo de Investigación de Ecología Evolutiva de la Universidad de Nariño (2019).
Fuente: https://sitio.narino.gov.co/historia/

Con relación a la población del departamento según la proyección para el año 2020 del Censo 2018, la población total del Departamento de Nariño es de 1.627.589 habitantes: 832.046 mujeres (51%) y 795.543 hombres (49%). Respecto a la distribución, la población rural constituye el 56.15% (913.960 habitantes), mientras que la población urbana conforma el 43.84% restante (713.629 habitantes) (fuente: plan de desarrollo mi Nariño). Nariño se caracteriza por ser un Departamento multiétnico y pluricultural, el 32.9% de la población, de acuerdo con el Censo 2018, corresponde a grupos étnicos, entre los que se encuentran 206.455 indígenas (15.5%), 232.847 afrodescendientes (17.4%) y 141 Rom Gitanos.
Fuente:https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190726-CNPV-presentacion-Narino-Pasto.pdf

En lo referente a las condiciones de vida de la población, el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del Departamento se encuentra en 21.59%, que promedia el resultado en cabeceras (16.2%) y centros poblados y de población rural dispersa (26.61%). Sin embargo, los municipios del Pacífico promedian un NBI de 64.5%, en donde La Tola y Magüí Payán tienen un NBI superior al 94%. El Índice de Pobreza Multidimensional en el Departamento es para el 2018 de 33.5, y el Índice de Pobreza Monetaria es del 41.4, este último con una disminución de 14.7 puntos en la última década, con una tasa promedio del -3%.

Fuente: (NBI) Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018 https://www.dane.gov.co

https://rap-pacifico.gov.co/wp-content/uploads/2020/07/Plan-de-Desarrollo-Mi-Nari%C3%B1o-en-Defensa-de-lo-Nuestro-2020-2023-2.pdf

Frente a la economía el Departamento de Nariño en el valor agregado por actividad económica sobresalen los servicios sociales y la administración pública, el comercio es la segunda rama más representativa de la economía, La agricultura es la tercera rama

económica, también sobresale la construcción, actividades profesionales y servicios financieros.

Al realizar un análisis del contexto nariñense se puede inferir que la parte económica, social, cultural y ambiental han sido tocadas de manera muy fuerte por factores negativos que influyen de manera directa en su adecuado desarrollo, por ejemplo: la falta de adecuación en vías y garantías que permitan comercializar los productos campesinos, la falta de oportunidades de trabajo formal, las dificultades de acceso a estudio superior, entre otras, han hecho que la población opte por hacer cosas ilegales que potencializan el nivel de violencia y aumenta el conflicto armado, una de las cosas que ha influido directamente en el incremento de nivel de violencia es la siembra de cultivos ilícitos, En la actualidad continúa siendo el departamento con mayor afectación por los cultivos de coca con 24,7 % del porcentaje nacional lo que es equivalente a 41.903 hectáreas cultivadas. Siendo Tumaco el municipio con mayor cantidad de cultivos, con el 38.2% del departamento. (SIMCI, 2019), a pesar de presentar una reducción del 8 % en el área sembrada con coca. Nariño es considerada una zona de interés estratégico para los actores armados por su ubicación geográfica fronteriza con el Ecuador, su salida marítima y acceso al bajo y alto Putumayo, a esto se le suma la falta de presencia y el bajo interés del Estado en la implementación de políticas de desarrollo sostenible se evidencia, mayormente, por la presencia de diversos grupos armados ilegales que se han apropiado del territorio.

Teniendo en cuenta los datos analizados anteriormente se puede evidenciar que existe una gran influencia de la parte cultural, social, política y económica frente a los hechos victimizantes que se generan con mayor índice en Nariño. De manera general hay factores que han incidido en gran medida en que se presenten situaciones de vulnerabilidad en la población como son: la deficiencia en la infraestructura vial, la imposibilidad de acceder a energía, servicios básicos y conectividad en algunas zonas del departamento y aunque existe una ventaja geográfica de contar con una salida al mar, el Departamento no tiene un desarrollo significativo económicamente y las zonas costeras no tienen comunicación entre sí, también prevalece una economía campesina precaria, mal remunerada, con dificultades para comercialización de productos importantes para el abastecimiento alimentario, lo que incrementa la expansión de la producción ilícita y el esfuerzo por incautar también se vuelve alto, lo que incrementa el valor de la siembra de la hoja de coca y venta, siendo una fuente de ingreso rentable para los campesinos que la procesan en el departamento en términos económicos.

A continuación se exponen algunos datos tomados del plan de desarrollo territorial que exponen problemáticas desde la parte cultural, social, económica y política las cuales reflejan el incumplimiento de necesidades básicas de la población, haciendo que ellos opten por tomar alternativas de solución no licitas o que perjudican su mismo espacio de desarrollo y esto en cierta medida es la principal brecha para que se desaten una serie de situaciones de riesgo que más adelante se considera como un hecho victimizante o un factor que influyó en que se llegue a este hecho, ejemplo:

RECURSOS NATURALES E INDUSTRIALES:
frente a la conservación de la biodiversidad y sus servicios ecosistémicos la deforestación es una de las principales afectaciones en el territorio nariñense Según

registros del Ideam (2018b), el área deforestada en el Departamento de Nariño, entre los años 2010-2018, ascendió a 41.545 ha, de modo que al finalizar el 2018, la cobertura de bosques naturales fue de 1.895.271 hectáreas **(Ideam, 2020b).** De acuerdo con la estimación de la tasa nacional de deforestación de 2018, Nariño ocupó el décimo lugar, con un total de 2833 ha pérdidas durante ese año. La mayor parte de la deforestación (cerca al 85%) y sus emisiones asociadas provienen consistentemente de municipios PDET. Como ejemplo, tan solo los dos municipios con mayores tasas en 2018 (El Charco y San Andrés de Tumaco) acumularon entre los dos, cerca de 850 ha, lo que equivale alrededor del 30% del total de la deforestación del departamento.

Entre las causas estructurales de la deforestación se encuentran los cultivos de uso ilícito, donde la población manifiesta que estos cultivos generan mayor ganancia económica que los lícitos. la explotación minera ilegal, la explotación ilegal de bosque, y los incendios forestales. Los cultivos de uso ilícito para el 2018 registraron un total de 41.900 ha (1.26% del área del Componente estratégico 117 departamento), donde los municipios de la Costa nariñense son donde se concentra el 72% de los cultivos de coca, lo que afecta e incide en las tasas de deforestación en el área de influencia de la Reserva Forestal del Pacífico. En el caso de la minería, el mayor impacto se deriva de las explotaciones por sistemas de minidragas, dragas, retroexcavadoras, y actualmente grandes dragones que ocasionan altos impactos en el cauce de las fuentes hídricas, la flora y fauna, actividades que se desarrollan en la ilegalidad y son difíciles de controlar por relacionarse con problemas de orden público (Corponariño, 2017). Para contrarrestar esta problemática la Gobernación de Nariño ha creado dentro de su plan de desarrollo un programa llamado conservación de la biodiversidad y emprendimientos verdes para favorecer el cuidado de los ecosistemas.
.
Fuente:https://sitio.narino.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/Plan_de_Desarrollo_Mi_Narino_en_Defensa_de_lo_Nuestro_2020-2023.pdf

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y ECONOMIA: Nariño representa el 44% de las unidades de producción nacional, y ocupa el cuarto lugar en número de unidades de producción (254.569), de las cuales el 16.2% son destinadas a uso agrícola, el 45.7% a uso pecuario y el 38.1% restante a bosques naturales (DANE, 2014). La disponibilidad de alimentos del Departamento de Nariño se refleja básicamente en la producción agropecuaria, donde se destacan los cultivos de papa, hortalizas, trigo, frijol y cebada. La explotación pecuaria es vacuna, con fines principalmente lecheros, también existe el ganado ovino y la cría de cuyes. Algunos ingresos dependen de la explotación forestal y la pesca (cultivo de camarón para exportación) en el Litoral Pacífico. El sector primario es explotado de forma tradicional, con énfasis en economías de subsistencia, en una estructura de tenencia de la tierra mayoritariamente minifundista, donde el 80% de los predios son menores de 5 hectáreas y ocupan el 32% de la superficie total del departamento. Pese a esta estructura de tenencia de tierra que supone un alto grado de democratización, las brechas tanto en formalización de la tierra como en acceso son significativas para el Departamento.

A pesar de las características de poblamiento, distribución y acceso a tierra, principalmente en las zonas rurales, las condiciones de pobreza e inequidad social,

agudizadas por la situación del conflicto armado, hacen que la población no tenga acceso a una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada a las necesidades de las familias, para garantizar su inocuidad. De igual manera, la carencia de infraestructura básica para el almacenamiento y la refrigeración generan problemas al sistema de abastecimiento alimentario departamental, debido a que no se cuenta con adecuaciones que cumplan con las normas sanitarias nacionales. El Departamento de Nariño presenta también debilidad en la conexión en red a las organizaciones campesinas con centros de acopio regionales y estrategias de comercialización. La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional, Ensin 2015, reporta que el 61.9% de la población nariñense se encuentra en Inseguridad Alimentaria en el Hogar.

El consumo diario de alimentos claves en la prevención de la malnutrición se encuentran por debajo de los promedios nacionales (74.5% de frutas, 71.8% de verduras, 79.7% de lácteos, 91.9% de carnes y derivados) contribuyendo al incremento de trastornos nutricionales; de acuerdo con los sistemas de información del Instituto Departamental de Salud de Nariño, durante 2019 se presentaron 10 muertes por causas asociadas a desnutrición y 651 casos de DNT aguda, los principales municipios que reportaron casos de este diagnósticos fueron: Tumaco (243), Pasto (82), Barbacoas (42), El Charco (54), Ipiales (37), Olaya Herrera (24) y Ricaurte (23), notificados en el Sistema de Vigilancia de Salud Pública, Sivigila.
Fuente:https://sitio.narino.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/Plan_de_Desarrollo_Mi_Narino_en_Defensa_de_lo_Nuestro_2020-2023.pdf

SALUD:
La oferta de servicios de salud en Nariño tiene 2148 instituciones habilitadas, que prestan el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, 3579 instituciones habilitadas prestan el servicio de consulta externa, 235 instituciones habilitadas prestan el servicio de internación, 4892 instituciones habilitadas prestan el servicio de protección específica y detección temprana, en promedio 333 instituciones habilitadas prestan el servicios quirúrgicos, en promedio 13 instituciones habilitadas prestan el servicio de transporte asistencial, y en promedio 95 instituciones habilitadas prestan el servicio de urgencias.
Fuente:https://sitio.narino.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/Plan_de_Desarrollo_Mi_Narino_en_Defensa_de_lo_Nuestro_2020-2023.pdf

Dentro del componente de aseguramiento en el Departamento de Nariño encontramos que:

- Número de personas residentes en el Departamento de Nariño: 1.627.386 (*Fuente: DANE 2019, Fecha de corte:* Año 2019 corte 2021)
- Porcentaje de Población General: 17,7%
- Número de personas víctimas residentes en la ET: 288.213 (*Fuente: CUBOS BDUA Aseguramiento Grupo Poblacional Víctimas / Cubos RUV - MSPS, Fecha de corte: agosto 2021)*

- Número de personas víctimas reconocidas en sentencias y órdenes judiciales/administrativas nacionales/internacionales residentes en la ET: 1.909 personas *(Fuente: MSPS, Fecha de corte: abril 2021)*

ASEGURAMIENTO DEPARTAMENTAL:

- Porcentaje de afiliación de población general residente en la ET: 90.4% *(Fuente: DANE 2019 corte 2021 Vs CUBOS BDUA Aseguramiento en general, Fecha de corte: agosto 2021)*
- Porcentaje de afiliación de población víctima residente en la ET: 97.5% *(Fuente: CUBOS BDUA Aseguramiento Grupo Poblacional Víctimas / Cubos RUV - MSPS, Fecha de corte: agosto 2021)*
- Porcentaje de afiliación de población víctima diferencial residente en la ET Población víctima indígena: 0.8%, Población víctima indígena: 0.8%, Población víctima Rrom: 0.01% *(Fuente: Cubos RUV - MSPS, Fecha de corte: Agosto 2021)*

Sin embargo, la población indígena dispersa, en muchos casos no identificada, tiene dificultades para el acceso oportuno a los servicios de salud y encuentra barreras en una atención no diferenciada; no obstante se está trabajando en la implementación de programas creados desde el Ministerio de Salud y Protección Social, dirigidos a población vulnerable entre ella la población víctima del conflicto armado, se está capacitando al talento humano en salud y administrativo para brindar una atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial, en la atención en salud se está abordando la identificación y caracterización de esta población, a pesar de la normatividad existente, las barreras de acceso al sistema de salud para las personas víctimas, para las que están en condición de discapacidad, y población en general tienen barreras en el acceso a los servicios de salud, por desconocimiento, por desinformación, por falta de educación, la alta demanda de servicios ha generado que por los procesos de pandemia por Covid 19, se represen las atenciones o se generen canales efectivos de comunicación, por vía electrónica, a través de las páginas web institucionales, correos electrónicos, llamadas telefónicas, etc.

Otra de las barreras de acceso es el aseguramiento de la población vulnerable, donde con el acceso a la información por desconocimiento en el uso de nuevas tecnologías, y por carencia de ellas hace que limiten a la población para que se inscriban en el SGSSS, ya que actualmente los usuarios deben realizar diligencias por internet, algunas de las EAPB tienen su portafolio de servicios en plataforma digital, brindan servicios que apoyan el servicio de referencia y contrarreferencia por medio digital, diligencias que en la ciudad es más factible que los usuarios las puedan realizar, desde procedimientos que acercan a usuarios que viven en la ciudad, pero en los municipios, donde se dificulta la conectividad y no hay los medios tecnológicos, aleja a los usuarios en lugar de acercarlos al sistema de salud, en cuanto al acceso e información de los servicios que se prestan en el primer nivel aún sigue siendo deficiente para la población rural y urbana víctima, no conoce los programas de P y P, además los canales de comunicación no son efectivos, se hace necesario en medio de la pandemia acudir presencialmente para realizar gestiones de salud, por lo factores mencionados y por el manejo que desde la administración de las IPS continúan manejando la modalidad presencial; para acceder a servicios de atención primaria en salud, y de otros niveles de atención.

La situación de la pandemia desde el 2019 ha agudizado la problemática de las barreras de acceso a los servicios de salud, el represamiento de valoraciones por medicina diferentes especialidades, la alerta roja en la que está el sector salud.

El 76,15% de la población del departamento está vinculada al sistema de salud. 2.2% regímenes especiales, 18,5 regímenes contributivos, 79,2 régimen subsidiado. como también a los lugares

VIVIENDA: De acuerdo con el reporte de población ajustada por cobertura, del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, el Departamento de Nariño cuenta con una población total de 1.630.592 habitantes, de los cuales 716.592, se ubican en las cabeceras municipales y 914.000 se ubican en los centros poblados y rural dispersos. En el Departamento, en general predominan los hogares con 3 personas; en las cabeceras municipales se concentran la mayoría, de manera que solo aquellos con 5 personas y más son superiores en el área rural. En cuanto al número de hogares por vivienda, tanto la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2018c), como los resultados preliminares del último Censo de Población y Vivienda (DANE, 2018a) indican que en el Departamento predomina la vivienda unifamiliar, con máximo 1.5 hogares por vivienda.
El porcentaje de hogares con vivienda propia en el Departamento de Nariño es del 53.10%, que incluye los hogares con vivienda totalmente pagada o que se está pagando (DANE, 2018a), el déficit cuantitativo de vivienda para el Departamento se calcula en 18.51%, correspondiente a aproximadamente 80.998 hogares, y el cualitativo se calcula en 42.56%, correspondiente a aproximadamente 186.277 hogares.

Según el reporte de distribución geográfica de la miseria y del NBI, en el Departamento de Nariño, los municipios de Ricaurte, Barbacoas, Magüí Payán, El Charco, Olaya Herrera, La Tola, Mosquera y Santa Bárbara presentan porcentajes superiores al 50% de necesidades básicas insatisfechas (DANE, 2020b), muchos de ellos asociados a las deficiencias de vivienda; seguidos de municipios de la Cordillera, como Los Andes, Cumbitara, Policarpa, El Rosario y Leiva, que en conjunto también se encuentran catalogados como municipios PDET, para la atención posconflicto.
Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2018,

EDUCACIÓN:
De acuerdo con los datos suministrados por la Secretaría de Educación Departamental, la tasa de cobertura neta en los 61 municipios no certificados de Nariño es de 46%, basados en información del Ministerio de Educación Nacional, MEN. Para los municipios certificados de Pasto, Ipiales y Tumaco la tasa de cobertura neta corresponde a 90.36, 72.84 y 86.38%, respectivamente.

Gran parte de los municipios en el Departamento de Nariño no cuentan con coberturas escolares superiores al 50%. Se resalta la emigración de la población estudiantil de las zonas rurales a los cascos urbanos municipales más cercanos, impulsada por la oferta de los establecimientos educativos, que van desde matrículas estudiantiles hasta formación a grado once, de ahí la tendencia creciente de urbanización de Pasto, Ipiales y Tumaco.

En cuanto a la deserción escolar, los valores más bajos se presentan en los municipios con cercanía a Pasto, Ipiales, Tumaco, La Unión y Túquerres. En los 61 municipios no certificados se aproxima al 1.36%, mientras que para los municipios certificados es de 1.69, 1.20% y 1.54%, respectivamente (Mineducación). En este sentido existen factores directamente asociados a la deserción escolar, entre ellos están la dispersión geográfica del Departamento, el conflicto armado y cultivos ilícitos (principalmente en zonas rurales), el embarazo a temprana edad, el consumo de sustancias psicoactivas, la población flotante y la falta de personal calificado para las necesidades de la juventud actual.

En cuanto a educación superior, Nariño presenta una cobertura bruta superior del 24% y una tasa de tránsito inmediato a la educación superior del 28.3% (MEN, 2019), lo que refleja que tan solo ese porcentaje de los estudiantes que se gradúan de grado 11° acceden a educación superior en el Departamento, se cuenta con la Universidad de Nariño, institución pública y Universidades Privadas como la Universidad Mariana, Cooperativa, CESMAG, Autónoma, Santo Thomas, Uniminuto, Antonio Nariño, Catolica del Sur, que ofrecen programas técnicos, tecnológicos, universitarios, pero con limitaciones de acceso, por lo limitado de los cupos y los costos propios de la educación privada.
Fuente:https://sitio.narino.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/Plan_de_Desarrollo_Mi_Narino_en_Defensa_de_lo_Nuestro_2020-2023.pdf

SEGURIDAD Y CONVIVENCIA:
La posición geoestratégica del Departamento de Nariño ha permitido a grupos al margen de la ley aprovechar las condiciones territoriales para impulsar sus actividades ilícitas. El acceso al mar, la conectividad y fluido intercambio comercial en la zona fronteriza con Ecuador, grandes extensiones de selva en la región del Pacífico y la Amazonía, la conexión con la zona sur del departamento del Cauca y el macizo colombiano, el tránsito del Oleoducto Trasandino, y la destacada producción de oro y plata generan disputas territoriales históricas con serias consecuencias sobre la vida y la tranquilidad de las personas, principalmente en la Costa Pacífica nariñense, en la Cordillera y Región Centro-Occidente. En el Departamento de Nariño, Indepaz identifica como Grupos de Seguridad del Narcotráfico y Mafias (GSNM), los siguientes: Guerrillas Unidas del Pacífico (GUP), el Frente Oliver Sinisterra (FOS) y el Movimiento Revolucionario Campesino (MRC).

Dentro de los grupos narcoparamilitares se distinguen las Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC), y en menor medida, las Autodefensas Unidas del Pacífico (Aupac) (Indepaz, 2018) Luego de del desarrollo de las negociaciones con las FARC, se generaron zonas libres de casi toda actividad criminal por parte de los grupos armados ilegales, pero debido a la problemática integral, que se complementa con el Delito Transnacional, DT, la extorsión, el secuestro y el tráfico y exportación del clorhidrato de cocaína, se abrió paso a actores criminales que no se acogieron a los procesos de negociación, y formaron pequeñas estructuras armadas con la ambición de poder, por lo que se generó rivalidad entre los cabecillas de estas, provocando enfrentamientos armados, constituyéndose así un obstáculo para el desarrollo y el progreso del Departamento. Las principales fuentes de financiamiento de estos grupos son la minería

ilegal y el narcotráfico. En cuanto al narcotráfico, Nariño se considera como uno de los departamentos a nivel nacional más afectados por la presencia de cultivos de hoja de coca, situación que se viene presentando desde 2012 (Simci, 2018). Los municipios con mayor incremento porcentual en cultivos ilícitos son Leiva (630%), Ricaurte (543%), Cumbitara (272%), El Charco (263%), El Rosario (245%), Francisco Pizarro (232%), y Policarpa (187%). Efectivamente, las áreas afectadas por cultivos de uso ilícito son aquellas que cuentan con mayor presencia de actores armados, y a su vez, son aquellas con mayores desafíos en cuanto a prestación de servicios públicos y sociales, lo que refleja la complejidad del fenómeno y la necesidad de alternativas productivas viables y sostenibles.

Fuente: http://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2020/11/INFORME-GRUPOS-ARMADOS-2020-OCTUBRE.pdf

Los factores anteriormente mencionados son aquellos que han llevado a que en el departamento de Nariño se presente un índice alto de conflicto armado, ya que la pobreza, la falta de oportunidades de trabajo formal, las cifras de malnutrición, la ambición de poder, las amenazas constantes de grupos armados han influido de manera directa en la convivencia y calidad de vida de la población.

A continuación, se dará a conocer la cantidad de población víctima y los principales hechos victimizantes.

NÚMERO Y PORCENTAJE DE POBLACIÓN VÍCTIMA EN EL TERRITORIO.

De acuerdo a los datos y aportes suministrados por la unidad para la atención y reparación a las víctimas del conflicto armado en Nariño existen 386.572 víctimas, de las cuales 347.416 están sujetas de atención. información suministrada a corte 31 de mayo del año 2021.

HECHOS VICTIMIZANTES:

Víctimas por Hecho Victimizante - Departamento NARIÑO - Fecha Corte 30/06/2021

Hecho Victimizante	546.955 VÍCTIMAS OCURRENCIA	482.418 VÍCTIMAS DECLARACIÓN	387.282 VÍCTIMAS UBICACIÓN	347.943 SUJETOS DE ATENCIÓN	715.178 EVENTOS
Acto terroris...	15.774	14.014	12.279	11.795	18.073
Amenaza	40.487	24.761	26.382	26.000	42.972
Delitos contr...	3.078	2.472	2.304	2.280	3.175
Desaparición ...	6.311	6.123	4.389	3.927	6.616
Desplazamient...	495.019	437.254	361.544	324.430	566.961
Homicidio	42.008	35.468	25.251	22.519	44.013
Minas Antiper...	1.060	515	550	507	1.090
Secuestro	2.821	2.287	2.263	2.088	2.901
Tortura	948	947	819	787	961
Vinculación d...	490	260	253	242	522
Abandono o De...	2.899	0	3.019	2.943	3.052
Perdida de Bi...	16.329	7.517	12.518	12.235	18.485
Lesiones Pers...	1.243	873	883	864	1.251
Lesiones Pers...	1.375	1.681	1.216	1.184	1.378
Confinamiento	3.048	3.048	2.050	1.936	3.048
Sin informacion	668	5	406	369	680

Activar Windows
Ve a Configuración para activa

https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394

Entre estos hechos sobresale el desplazamiento forzado, donde las principales causas fueron los constantes enfrentamientos entre grupos ilegales que disputan las rutas del narcotráfico y el control sobre las poblaciones. En este contexto, las zonas más afectadas son los municipios de la Costa Pacífica nariñense y del Alto Patía: El Rosario, Policarpa, Cumbitara y Leiva. En medio de la problemática, las comunidades étnicas son la población más afectada.

POBLACION ETNICA:
Nariño se caracteriza por ser un Departamento multiétnico y pluricultural, como se evidencia en varios grupos poblacionales importantes. Se encuentran siete pueblos indígenas, 75 Consejos Comunitarios y el Pueblo Rom Gitano. Se constata que los grupos étnicos están presentes en 54 municipios del Departamento, donde ocupan un área aproximadamente 1.872.216 hectáreas, equivalentes al 56.28% del Departamento, cuya población tiene altos índices de NBI.

Los grupos étnicos del Departamento de Nariño han sido víctimas del conflicto armado; con amenazas, violaciones de derechos, asesinatos, secuestros y el desplazamiento, que han conllevado a la desestabilización de la seguridad en los territorios y la migración de los habitantes a otros lugares. Otro aspecto para resaltar es la vulneración de derechos individuales y colectivos, la exclusión en procesos sociales, casos de violencia intrafamiliar y sexual, y acoso laboral y sexual. Las comunidades étnicas han sido poblaciones que han sufrido, incluso milenariamente, la vulneración de los derechos humanos, con afectaciones como el desplazamiento masivo, las masacres, la desterritorialización de las comunidades, la pérdida de la identidad cultural frente a la discriminación y el racismo, la no valorización de sus usos y costumbres, entre otras. Desde este contexto, existen varios líderes indígenas que han sido amenazados y otros que han sido asesinados.

En esta dinámica, en la Sentencia T-025 de 2004, la Corte Constitucional ha venido presentando diferentes pronunciamientos frente a la necesidad del diseño y aplicación de políticas públicas con enfoque diferencial, que permitan el reconocimiento y atención de particularidades y características propias de los diversos sectores de la población (Auto 382 de 2010). Posteriormente, el Auto 005 de 2009, sobre las garantías de derechos para la población afrodescendiente desplazada, dinamizó la reivindicación de los derechos de estas comunidades y sus consejos comunitarios. Se resalta la vulnerabilidad de la población en áreas de conflicto, y que son afectadas por reclutamiento forzado.
Fuente: https://rap-pacifico.gov.co/wp-content/uploads/2020/07/Plan-de-Desarrollo-Mi-Nari%C3%B1o-en-Defensa-de-lo-Nuestro-2020-2023-2.pdf

Las desigualdades de oportunidades son notorias en las comunidades étnicas, existe vulneración de derechos por factores tanto internos como externos. Se resalta la exclusión de procesos sociales y acceso sin equidad a espacios de participación y representación, escasos escenarios de participación, de políticas diferenciales para los jóvenes, deficientes oportunidades labores de hombres y mujeres (jóvenes), violencia en género y afectación a niñas y niños y jóvenes, dificultad para el acceso a educación

y su continuidad, violencia intrafamiliar, violencia sexual, y acoso laboral, entre otras vulneraciones

Al realizar un análisis de las problemáticas que se presentan en la parte social, política, económica y cultural desde el Plan de desarrollo de la Gobernación de Nariño se están creando estrategias de intervención que permita subsanar la mayoría de dificultades y necesidades básicas insatisfechas para lograr establecer un equilibrio. Se han creado estrategias de inclusión y con atención diferencial donde también se abarque las comunidades étnicas del departamento.

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio.

Teniendo en cuenta que en el anterior punto se socializaron factores económicos, políticos, sociales y culturales que han influido en la problemática del conflicto armado y en la incidencia de hechos victimizantes en el departamento de Nariño, en este apartado se dará a conocer que estrategias de atención se han creado para mitigar los daños psicosociales y de salud de la población Víctima.

En el departamento se ha llevado a cabo el programa Papsivi desde la vigencia 2013, el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas del conflicto armado, que surgió según lo ordenado en el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011 y tiene por objeto mitigar las afectaciones físicas, mentales y psicosociales de la población víctima del conflicto armado, a través de la atención psicosocial y la atención integral en salud con enfoque psicosocial.

La atención psicosocial está basada en Favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario, la atención se basa en modalidad individual, familiar, comunitaria y colectiva. Por otro lado, se desarrolla la atención integral en salud con enfoque psicosocial la cual consiste en Desarrollar indicaciones basadas en evidencia que orienten la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial, como medida de asistencia y/o rehabilitación para la población víctima del conflicto armado y lo hace a través de asistencia en salud, promoción y prevención y rehabilitación física y mental.Fuente: Manual de atención a población victima Papsivi

Durante la ejecución del programa PAPSIVI en el departamento de Nariño se ha dado cobertura a diferentes municipios priorizados por el MSPS y el IDSN, logrando los siguientes resultados en atención psicosocial.

ATENCIONES VIGENCIA 2014
MSPS-IDSN

Municipio priorizado	Personas únicas atendidas
MALLAMA	83
RICAURTE	205
IPIALES	106
CORDOBA	29
ANCUYA	76
SANDONA	103
LINARES	44
BUESACO	116
TABLON DE GOMEZ	268
ARBOLEDA	67
LA UNIÓN	93
TAMINANGO	245
SAMANIEGO	92
SANTACRUZ DE GUACHAVEZ	57
TUQUERRES	63
TUMACO	335
LA TOLA	68
EL CHARCO	203
FRANCISCO PIZARRO	88
MOSQUERA	65
MAGUI PAYAN	67
ROBERTO PAYAN	125
BARBACOAS	168
CUMBITARA	117
POLICARPA	184
LEIVA	129
ROSARIO	167
SAN LORENZO	39
SANTA BARBARA	122
PASTO	487
LOS ANDES SOTOMAYOR	80
LA LLANADA	41
OLAYA HERRERA	48
TOTAL	**4180**

Fuente: IDSN -PAPSIVI 2014

ATENCIONES VIGENCIA 2015
MSPS-IDSN

Municipio	2015			
	INDIVIDUAL	FAMILIAR	COMUNITARIO	Total personas
ANCUYA				
ARBOLEDA	59	27	116	202
BARBACOAS	50	251	259	560
BUESACO	54	19	31	104
CÓRDOBA	26	114	167	307
CUMBITARA	81	120	409	610
EL CHARCO	36	271	324	631
EL ROSARIO	120	149	167	436
EL TABLÓN DE GÓMEZ	82	232	170	484
FRANCISCO PIZARRO	61	37	73	171
IPIALES	24	253	414	691
LA LLANADA				
LA TOLA	25	158	43	226
LA UNION				
LEIVA	37	143	210	390
LINARES				
LOS ANDES	70	63	172	305
MAGUI				
MALLAMA				
MOSQUERA	36	171	104	311
NARIÑO				
OLAYA HERRERA	37	266	167	470
PASTO	320	62	439	821
POLICARPA	95	75	381	551
RICAURTE				
ROBERTO PAYÁN	19	71	150	240
SAMANIEGO	109	82	343	534
SAN ANDRES DE TUMACO	290	168	331	789
SAN LORENZO	63	144	197	404
SANDONA				
SANTA BÁRBARA	43	93	78	214
SANTACRUZ				
TABLON DE GOMEZ				
TAMINANGO	154	130	358	642
TANGUA				
TÚQUERRES	24	123	108	255
Total general	**1,915**	**3,222**	**5,211**	**10,348**

Fuente: IDSN -PAPSIVI 2015

ATENCIONES VIGENCIA 2016
MSPS-IDSN

Personas atendidas por PAPSIVI en el departamento de Nariño en 2016				
Municipio	**Individual**	**Familiar**	**Comunitario**	**Total general**
ARBOLEDA	73	3		76
BARBACOAS	2	331	281	614
BUESACO	168	196		364
CÓRDOBA	111	241		352
CUMBITARA	111	296	168	575
EL CHARCO	36	545	284	865
EL ROSARIO	77	334	304	715
EL TABLÓN DE GÓMEZ	78	429		507
FRANCISCO PIZARRO	39	414		453
IPIALES	91	139	374	604
LA TOLA	29	356		385
LEIVA	63	312	220	595
LINARES		5		5
LOS ANDES	98	86	386	570
MOSQUERA	1	229		230
NARIÑO			26	26
OLAYA HERRERA	77	307		384
PASTO	266	467	63	796
POLICARPA	205	364	146	715
ROBERTO PAYÁN	73	160		233
SAMANIEGO	70	702	300	1,072
SAN ANDRES DE TUMACO	283	458	272	1,013
SAN LORENZO	40	276		316
SANTA BÁRBARA	24	199	250	473
TAMINANGO	50	161	356	567
TÚQUERRES	125	339		464
Total general	**2,190**	**7,349**	**3,430**	**12,969**
Fuente: MSPS, PAPSIVI. Corte Diciembre 2016				

ATENCIONES VIGENCIA 2017
MSPS-IDSN

Municipio	PROFESIONALES PSICOSOCIALES	Modalidades	Personas INDV	Personas INDV GR	Personas FAM	Personas COM	TOTAL PERSONAS
SENTENCIAS	3	Equipo movil sentencias	30	0	45	0	75
SENTENCIAS			30	0	45	0	75
SENTENCIAS			30	0	45	0	75
OLAYA HERRERA	2	FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
OLAYA HERRERA		INDIVIDUAL-FAMLIAR	15	0	135	0	150
LA CRUZ	3	INDIVIDUAL-FAMLIAR	15	0	135	0	150
LA CRUZ		GRUPAL-INDIVIDUAL-FAMILIAR	9	48	135	0	192
LA CRUZ		FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
RICAURTE	3	FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
RICAURTE		GRUPAL-INDIVIDUAL-FAMILIAR	9	48	135	0	192
RICAURTE		INDIVIDUAL-FAMLIAR	15	0	135	0	150
SANTA BÁRBARA	2	INDIVIDUAL-FAMLIAR	15	0	135	0	150
SANTA BÁRBARA		FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
BARBACOAS	2	INDIVIDUAL -FAMILIAR	15	0	135	0	150
BARBACOAS		FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
BUESACO	2	FAMILIAR COMUNITARIO	0	0	168	100	268
BUESACO		INDIVIDUAL - FAMILIAR	15	0	135	0	150
SAMANIEGO	3	INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
SAMANIEGO		INDIVIDUAL-FAMLIAR	15	0	135	0	150
SAMANIEGO		FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
PASTO	5	INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
PASTO		INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
PASTO		INDIVIDUAL-FAMLIAR	0	0	180	0	180
PASTO		INDIVIDUAL-FAMILIAR	20	0	135	0	155
PASTO		INDIVIDUAL-FAMLIAR	10	0	135	75	220
EL CHARCO	3	INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
EL CHARCO		INDIVIDUAL-FAMLIAR	15	0	135	0	150
EL CHARCO		FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
EL ROSARIO	3	INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
EL ROSARIO		INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
EL ROSARIO		FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
TUMACO	5	GRUPAL-INDIVIDUAL-FAMILIAR	9	48	135	0	192
TUMACO		INDIVIDUAL-FAMILIAR	20	0	135	0	155
TUMACO		INDIVIDUAL-FAMILIAR	20	0	135	0	155
TUMACO		INDIVIDUAL-FAMILIAR	0	0	150	0	150
TUMACO		FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
LOS ANDES	2	FAMILIAR COMUNITARIO	0	0	168	100	268
LOS ANDES		INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
IPIALES	3	INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
IPIALES		FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
IPIALES		FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
TAMINANGO	3	FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
TAMINANGO		GRUPAL-INDIVIDUAL-FAMILIAR	9	48	135	0	192
TAMINANGO		INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
LEIVA	2	INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
LEIVA		FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
POLICARPA	3	FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	50	218
POLICARPA		INDIVIDUAL-FAMILIAR	20	0	135	0	155
POLICARPA		FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
EL TABLÓN DE GÓMEZ	3	FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
EL TABLÓN DE GÓMEZ		INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
EL TABLÓN DE GÓMEZ		INDIVIDUAL - FAMILIAR	10	0	150	0	160
SAN LORENZO	2	FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
SAN LORENZO		INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
CORDOBA	2	FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
CÓRDOBA		INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
TUQUERRES	2	FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
TUQUERRES		INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
FRANCISCO PIZARRO	2	INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
FRANCISCO PIZARRO		FAMILIAR-COMUNITARIO	0	0	168	100	268
CUMBITARA	3	FAMILIAR -COMUNITARIO	0	0	168	100	268
CUMBITARA		INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
CUMBITARA		INDIVIDUAL-FAMILIAR	15	0	135	0	150
	63		0	0	0	0	0
			511	**240**	**8934**	**2325**	**11962**

Fuente: IDSN -PAPSIVI 2017

ATENCIONES VIGENCIA 2019
MSPS-FUNDACIÓN POR UN MUNDO NUEVO

NARINO	Los Andes	1	128	0	129
	Policarpa	0	126	35	161
	Pasto	203	683	224	1110
	San Andres De Tumaco	199	1047	300	1546
	El Tablón de Gómez	1	173	0	174
	Total Dpto de:	**404**	**2157**	**559**	**3120**

Fuente: IDSN -PAPSIVI 2019

En referencia a la atención en salud la oferta de servicios en salud en Nariño tiene 2148 instituciones habilitadas, que prestan el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, 3579 instituciones habilitadas prestan el servicio de consulta externa, 235 instituciones habilitadas prestan el servicio de internación, 4892 instituciones habilitadas prestan el servicio de protección específica y detección temprana, en promedio 333 instituciones habilitadas prestan el servicios quirúrgicos, en promedio 13 instituciones habilitadas prestan el servicio de transporte asistencial, y en promedio 95 instituciones habilitadas prestan el servicio de urgencias.

A esta oferta de servicios de salud puede acceder la población víctima, ya que se encuentran distribuidos en todo el departamento, la atención se brinda dependiendo de la entidad prestadora de salud a la cual este afiliado. El 76,15% de la población del departamento está vinculada al sistema de salud. 2.2% regímenes especiales, 18,5 regímenes contributivos, 79,2 régimen subsidiado.

Las principales entidades prestadoras de salud que atienden a la población víctima son: Mallamas, Asmet Salud, Emmasanar, Famisanar, Nueva Eps y Sanitas.

De acuerdo al proceso de inspección y vigilancia llevado a cabo durante la vigencia 2021 a las EAPB por parte de la entidad territorial departamental como lo es el Instituto Departamental de Nariño, se obtuvo la siguiente información:

- Sanitas Eps: 34.898 PVCA de acuerdo con la caracterización.
- Nueva Eps: La eapb identifica la población con los cruces que se hacen y se obtiene la PVCA con un total de 25.953 en el departamento de Nariño.
- Mallamas: 47058 PVCA. Caracterización territorial y demográfica de la población afiliada a la EPS Indígena Mallamas, víctima del conflicto armado.
- Asmet Salud: 75119 PVCA. Caracterización.
- Emssanar: 223.789 PVCA.

El ente territorial en salud: Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), cuenta con líder de componente de Víctimas, Referente Papsivi Departamental Doctora Sandra Belalcazar, Referente Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial para victimas Doctora Martha Acosta, Apoyo en el Protocolo. Alexander Coral.

Desde la creación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, por parte del IDSN, se han realizado asistencias técnicas mediante la organización primero del Plan de Acción Territorial en Salud donde se explica a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como lo son: secretarias municipales de salud y/o direcciones locales de salud), las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y Empresas Sociales del Estado (ESE). el proceso de implementación del Protocolo, de esta manera, generando en común acuerdo con los actores.

Es así, que el Plan de Acción Territorial (PAT) contiene diferentes acciones encaminadas a la estrategia de rehabilitación, entre ellas está como producto: Servicio de asistencia técnica para el fortalecimiento de capacidades básicas y técnicas en salud, donde se mide a través de los indicadores de producto: Número de municipios con planes de gestión articulado con actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para implementación de protocolo de atención integral en salud y número de municipios con mesas de medidas de rehabilitación.
En esas asistencias técnicas se socializa temáticas:

- Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado: cómo surge el protocolo, normatividad que lo respalda, desarrollo e implementación de este con sus componentes (coordinación, socialización, diagnóstico, formación y atención) y como mediante el anexo 2 se debe empezar la implementación de este protocolo.
- El comunicado conjunto número 4, es aquel documento mediante el cual se establece el paso a paso para acceder a una herramienta llamada Vivanto, con apoyo de la Red Nacional de Información (RNI) para verificar información de las personas que han sido ingresadas dentro del Registro Único de Víctimas.
- Resolución 1166 del 2018, es aquel documento en el que se adoptan los lineamientos para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado.

Con el transcurrir del tiempo, estas se socializan a través de Asistencia Técnica a los diferentes actores del SGSSS como lo son: Secretarías Municipales de Salud, Direcciones locales de Salud, Centros Médicos, Hospitales, Clínicas, IPS Municipales y EAPB del departamento de Nariño.

Cabe resaltar que dentro del Departamento de Nariño, existe talento humano formado en atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas, esto en articulación con el Servicio de Aprendizaje Nacional Sena en DLS, E.S.E, EAPB del departamento de Nariño.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

La ley 1448 del 2011, entre las disposiciones que estipulo, fue la creación del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV), está compuesto por diferentes entidades públicas nacionales y territoriales, al igual que por las mesas de participación efectiva de víctimas y organizaciones encargadas de realizar planes, programas y proyectos tendientes a la atención y reparación integral de las víctimas. (Fuente: portalsnariv.gov.co)

Al instaurarse el SNARIV, las entidades que participan en este, promueven sus servicios al bien de la comunidad víctima, a través de la oferta institucional que es un conjunto de planes, programas, proyectos y acciones específicas, a disposición de la población víctima de la violencia, en los cuales se diseñan estrategias de atención en la búsqueda de la superación de la vulnerabilidad.

Fuente:



http://www.portalsnariv.gov.co/node/949

La Unidad para las Víctimas, como coordinadora de las entidades que hacen parte del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas - SNARIV, esta entidad realiza la identificación de la oferta institucional disponible en cada territorio de acuerdo con las competencias asignadas a cada institución.

A continuación, relacionamos las que están vigentes para el Departamento de Nariño:

ENTIDAD	PROGRAMAS	REFERENTE

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	● Orientación Ocupacional ● Formación para el Trabajo ● Intermediación Laboral ● Emprendimiento	Claudia Males 3182725398 males@sena.edu.co Enlace Regional Centro Lope y Sur Colombiano , producción limpia Lope ubicado en la ciudad de Pasto. Edison Bastidas 3205247254 jbastidasa@sena.edu.co Enlace regional Centro Agroindustrial y pesquero de la Costa Pacífica ubicado en Tumaco.
Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN	Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.	Martha Acosta 3165276906 marthaacosta@idsn.gov.co Líder Componente de Víctimas Alexander Coral 3157480421 alexandercoral@idsn.gov.co idsnvictimas@gmail.com Calle 15 n° 28 - 41 Plazuela de Bomboná Pasto - Nariño
Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN	Dimensión Sexualidad DSR	Liliana Ortiz 7201855 Profesional Especializada Dimensión Sexualidad y Reproductiva Calle 15 n° 28 - 41 Plazuela de Bomboná Pasto - Nariño
Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN	Programa de Promoción y Prevención para la Protección integral de niños., niñas y adolescentes	Diva Edith Bastidas Bolaños 3122478807 Líder de Dimensión Gestión Diferencial Poblaciones Vulnerables GDPV componente Desarrollo Integral de Niños, Niñas y Adolescentes. Calle 15 n° 28 - 41 Plazuela de Bomboná Pasto - Nariño
Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN	● Mujeres ● Personas de Sectores Sociales LGTB	Humberto J. Benavides Játiva 7235428 - 7236928 - 7223031 - 7296125 humbertobenavides@idsn.gov.co Calle 15 n° 28 - 41 Plazuela de Bomboná Pasto - Nariño
Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN	Personas con Discapacidad	Sandra Belalcazar 3175029660 sandrabelalcazar@idsn.gov.co Líder Componente de Género y

		Discapacidad Carolina Romero Oviedo 3117710493 carolinaromero@idsn.gov.co Apoyo Discapacidad Calle 15 n° 28 - 41 Plazuela de Bomboná Pasto - Nariño
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF	● Modalidad de Atención a Primera Infancia: Modalidad Individual ● Modalidad de Atención a Primera Infancia: Modalidad Familiar ● Modalidades Familiar de Atención a la Primera Infancia ● Modalidad Comunitaria ● Modalidad Institucional ● Modalidad Propia	Daniella Alejandra Paz Ceballos daniela.paz@icbf.gov.co
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF	Niñas y niños, entre los 6 y 13 años, 11 meses y 29 días y adolescentes entre los 14 y 17 años, 11 meses y 29 días, con discapacidad intelectual, con apoyos extensos o generalizados discapacidad mental-psicosocial (autismo) o con discapacidad múltiple que requiera apoyos limitados o extensos	Jaqueline Bastidas 3164072654 jaqueline.bastidas@icbf.gov.co San Andrés de Tumaco
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF	Generaciones, sacudete, nodos, sacúdete, Adolescentes y Jóvenes	Diana Sarasty diana.sarasty@icbf.gov.co referente de proceso misional de infancia y proceso misional de adolescencia y juventud
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF	Modalidad 1000 días para cambiar el mundo (niños, niñas, mujeres gestantes)	Isabel Estupiñan isabel.estupinan@icbf.gov.co
Agencia Nacional de	Ruta de articulación para	Maria Catalina Delgado

Tierras	la adquisición o formalización de predios en el desarrollo de los planes de retorno y/o reubicación para las comunidades étnicas víctimas de desplazamiento forzado	Santacruz 7310488 - ext 2201- 2220 3004332973 - 3144394901 maria.delgado@restituciondetierras.gov.co Calle 20 n° 23-56 Centro de Pasto, al costado de la casa mettler ltda, respaldo de la Gobernación de Nariño
Prosperidad Social	Familias en Acción	Franco Anderson Muñoz Carrera 25 No.20 – 69 oficina 103
Prosperidad Social	Jóvenes en acción	Magaly Esperanza Erazo Bermudez Carrera 25 No.20 – 69 oficina 103
Prosperidad Social	Ingreso Solidario	Aneth Constanza Ruiz Carrera 25 No.20 – 69 oficina 103

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

En la atención al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI, se desarrollan actividades teniendo en cuenta articulación con los entes territoriales donde a su vez la finalidad que se busca es eliminar barreras de acceso a nivel físico, comunicacionales, actitudinales.

La barreras de acceso en los servicios de salud predominan más debido a todo lo que se vive en estos tiempos de pandemia a nivel departamental, la disminución en el acceso a canales de comunicación efectiva entre los actores del SGSSS, las trabas administrativas, restricciones al acceso, negación en prestación de servicios, insumos o medicamentos, restricción de demoras en la autorización, restricción por fallas en la afiliación, restricción por localización física o geográfica, restricción por falta de oportunidad en la atención, restricción también por situaciones económicas, restricciones por negación de las autorización.

Hoy en día, cuando el alto índice de contagio por Covid 19 aumenta de manera progresiva, los canales de comunicación que establecen las Entidades en Salud EAPB e IPS, presentan dificultades, por acumulación de solicitudes, y falta de personal que genere respuesta oportuna, a parte también de que el talento humano está en contacto directo con la enfermedad en sus procesos de atención, entonces los integrantes del equipo multidisciplinario se incapacite por contagio y no cuenten con capacidad de talento humano que pueda compensar respuestas efectivas para los procesos de atención, rehabilitación física y mental y también acceso a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por ende también se desatan barreras actitudinales de algunas personas que no desean colaborar en el proceso de atención a las víctimas, esto se debe al aumento de carga laboral, de horas de trabajo, de atención al público restringida, de desconectividad por redes sociales debido a que muchos utilizan el dispositivo telefónico como herramienta de trabajo, entonces todo eso favorece al desarrollo de esas barreras actitudinales.

Barreras Físicas en los territorios puesto que el desplazamiento de los usuarios desde el domicilio hasta los centros de salud o IPS en el municipio hace que se generen primero desplazamientos en trayectos muy largos casi a horas de distancia, incluyendo que las carreteras no están en condiciones buenas para transitar, lo que puede generar también accidentes, vías destapadas, empinadas, las condiciones climáticas también afectan y los usuarios también no desean acceder a los servicios de salud por que implica también, suprimir su salario de una jornada laboral por el desplazamiento hasta el centro de salud y al llegar allá se encuentran con las diferentes barreras en salud antes mencionadas.

No obstante, el hecho de falta de conectividad en algunos municipios, la certeza y garantía de que estos canales (virtuales y telefónicos) sean efectivos para el agendamiento y demás en la vigencia 2021 a través del convenio actual, en los municipios de Los Andes Sotomayor y Magui Payan, se presentó represamiento en el agendamiento y la atención de primer nivel de atención a través de medicina general, puesto que pudieran acceder al servicio de medicina general, la IPS Los Andes y la IPS Saul Quiñones, no cuenta con personal médico para consulta externa, y por la alta incidencia de casos de contagio de COVID 19, dificulto aún más este proceso. A

nivel departamental podemos inferir que por la Alerta Roja en las IPS de carácter departamental y municipal, se vieron obligados a reorganizar la atención en los servicios de consulta externa de atención por especialidades, de atención al usuario, de servicios en laboratorio clínico, y rehabilitación, adoptaron la consulta virtual, actividades que los usuarios se vieron obligados a adaptarse. En cuanto a las EAPB con respecto a los procesos administrativos hubo barreras ya que se evidencio demora en los procesos de autorización de servicios y/o procesos de autorización para ordenes de procedimientos y órdenes para valoración por diferentes especialidades.

Se presentaron barreras actitudinales originadas desde los usuarios, ya que rechazaron las gestiones de salud realizadas por parte del equipo Papsivi. una usuaria de EPS Emssanar del municipio Taminango.

Otra barrera de este tipo es la desinformación, el bajo nivel educativo, el temor al Covid 19, la desinformación respecto a la ruta para reportar casos sospechosos, rutas de atención, y la misma atención en salud, por falta de personal asistencial (médicos), ocasionó barrera en el acceso a los servicios de salud.

La falta de promoción en salud por parte de la IPS de los municipios priorizados para que los usuarios accedan a los servicios de atención primaria en salud, programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Otra barrera encontrada tiene que ver con la poca disposición y los inefectivos canales de comunicación de los entes territoriales, a pesar de la gestión para articular actividades con las entidades, con la IPS los Andes, IPS Saul Quiñones, EPS Salud Total, y EPS Servicio occidental de salud S.A.S.OS, no dieron respuesta oportuna a la solicitud de gestión de citas, y traslado de usuarios de EPS.

otra barrera que afecta el acceso a los servicios de salud, fue el desarrollo del Paro nacional, evento que afectó para que los usuarios no accedan a servicios de salud programados tanto dentro como fuera de los municipios, el hecho de que cerraran las vías principales del departamento afecto la salud de los usuarios y la seguridad alimentaria de la población en general.
Otra barrera es el uso de las tecnologías para los procesos administrativos gestión de autorizaciones, consecución de citas y asistencia a citas médicas y de diferentes especialidades por medios virtuales.

7.Análisis sobre Covid 19

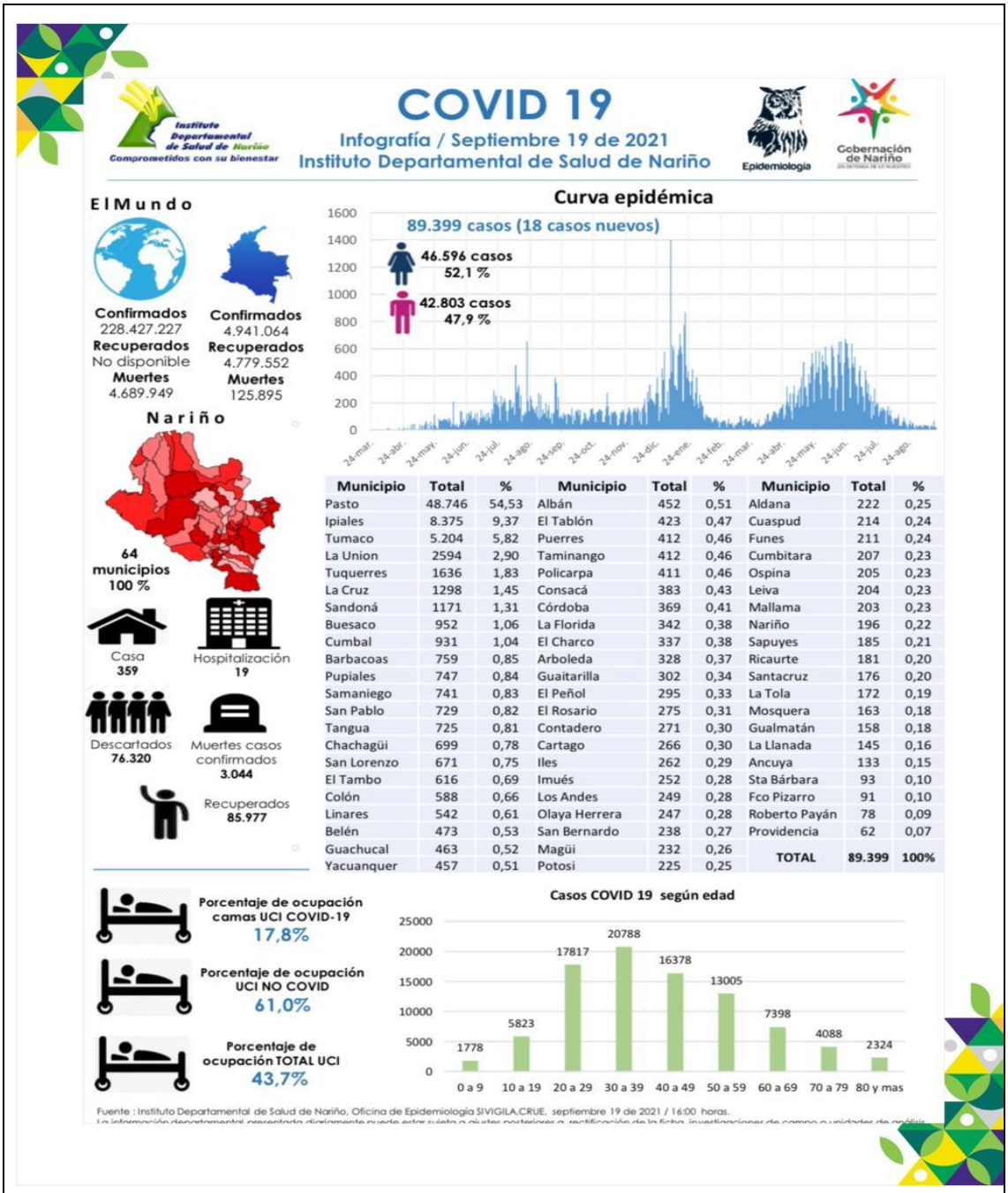
El Covid 19 es una enfermedad respiratoria provocada por un nuevo virus de tipo coronavirus, que fue identificado por primera vez en China en el año 2020. Los coronavirus son virus que surgen periódicamente causando Infección Respiratoria

Aguda, se llaman asi por su composición física que parece corona de ahí el su nombre, estos pueden causar síntomas como fiebre, cansancio y tos seca, dolores musculares, congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta o diarrea. Estos síntomas suelen ser leves y aparecen de forma gradual.

Algunas personas se infectan pero no desarrollan ningún síntoma y no se encuentran mal. La mayoría de las personas (alrededor del 80%) se recupera de la enfermedad sin necesidad de realizar ningún tratamiento especial. Alrededor de 1 de cada 6 personas que contraen la COVID-19 desarrolla una enfermedad grave y tiene dificultad para respirar. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardiacos o diabetes, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave. En torno al 2% de las personas que han contraído la enfermedad han muerto. Las personas que tengan fiebre, tos y dificultad para respirar deben buscar atención médica.

La OMS está estudiando las investigaciones en curso sobre las formas de propagación de la COVID-19 y seguirá informando sobre los resultados actualizados. (IDSN, 2020)

El Instituto Departamental de Salud de Nariño, ha generado a través de boletines informativos en su página web la información para que la población a nivel departamental pueda ser informada, sobre la situación de contagio de esta enfermedad.



Municipio	Total	%	Municipio	Total	%	Municipio	Total	%
Pasto	48.746	54,53	Albán	452	0,51	Aldana	222	0,25
Ipiales	8.375	9,37	El Tablón	423	0,47	Cuaspud	214	0,24
Tumaco	5.204	5,82	Puerres	412	0,46	Funes	211	0,24
La Union	2594	2,90	Taminango	412	0,46	Cumbitara	207	0,23
Tuquerres	1636	1,83	Policarpa	411	0,46	Ospina	205	0,23
La Cruz	1298	1,45	Consacá	383	0,43	Leiva	204	0,23
Sandoná	1171	1,31	Córdoba	369	0,41	Mallama	203	0,23
Buesaco	952	1,06	La Florida	342	0,38	Nariño	196	0,22
Cumbal	931	1,04	El Charco	337	0,38	Sapuyes	185	0,21
Barbacoas	759	0,85	Arboleda	328	0,37	Ricaurte	181	0,20
Pupiales	747	0,84	Guaitarilla	302	0,34	Santacruz	176	0,20
Samaniego	741	0,83	El Peñol	295	0,33	La Tola	172	0,19
San Pablo	729	0,82	El Rosario	275	0,31	Mosquera	163	0,18
Tangua	725	0,81	Contadero	271	0,30	Gualmatán	158	0,18
Chachagüi	699	0,78	Cartago	266	0,30	La Llanada	145	0,16
San Lorenzo	671	0,75	Iles	262	0,29	Ancuya	133	0,15
El Tambo	616	0,69	Imués	252	0,28	Sta Bárbara	93	0,10
Colón	588	0,66	Los Andes	249	0,28	Fco Pizarro	91	0,10
Linares	542	0,61	Olaya Herrera	247	0,28	Roberto Payán	78	0,09
Belén	473	0,53	San Bernardo	238	0,27	Providencia	62	0,07
Guachucal	463	0,52	Magüi	232	0,26	TOTAL	89.399	100%
Yacuanquer	457	0,51	Potosi	225	0,25			

IDSN. (Sábado 21 de Marzo de 2020). http://www.idsn.gov.co. Recuperado el 20 de 09 de 2021, de http://www.idsn.gov.co/index.php/covid19/preguntas-y-respuestas-covid-19

Actualmente, según el último reporte emitido el día 20 de Septiembre de 2021, en el boletín del Informativo n° 534 podemos observar en el departamento de Nariño 89.399 casos, en mujeres 46.596 casos es decir el 52.1% y en hombres 42.803 casos es decir 47.9% de la población total. La curva epidémica del departamento de Nariño aloja tres momentos donde hubo gran mayoría de contagios, el primer pico de la pandemia 24 de agosto de 2020 donde alrededor de 600 casos nuevos de contagio,

el segundo pico comprendido entre el 24 de diciembre 2020 al 24 de febrero 2021 entre 600 a 1400 casos de contagio y el último pico entre el 24 de mayo al 24 de julio de 2021, entre 500 a 700 casos de contagio.

Hoy en el porcentaje de ocupación de camas UCI COVID 19, es del 17.8%, porcentaje de ocupación de UCI NO COVID 61.0% y porcentaje TOTAL UCI es de 43.7%.



IDSN. (Sábado 21 de Marzo de 2020). http://www.idsn.gov.co. Recuperado el 20 de 09 de 2021, de http://www.idsn.gov.co/index.php/covid19/preguntas-y-respuestas-covid-19

El porcentaje de UCI COVID 19 ha disminuido significativamente, puesto que gracias al Plan Departamental de Vacunación, las personas han acudido masivamente, se están estableciendo todos los dias jornadas para que toda la población tenga acceso a las mismas, respetando las fases de vacunación.

2. Bibliografía:

https://sitio.narino.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/Plan_de_Desarrollo_Mi_Narino_en_Defensa_de_lo_Nuestro_2020-2023.pdf

https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394
https://www.eltiempo.com/

https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220_Analisis%20conflictividad%20Nari%C3%B1o%20PDF.pdf

https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190726-CNPV-presentacion-Narino-Pasto.pdf
http://fichaestrategica.unidadvictimas.gov.co/BoletinPDET/BoletinCompacto

://sitio.narino.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/Plan_de_Desarrollo_Mi_Narino_en_Defensa_de_lo_Nuestro_2020-2023.pdf

https://sitio.narino.gov.co/0539-2/

https://sitio.narino.gov.co/historia/

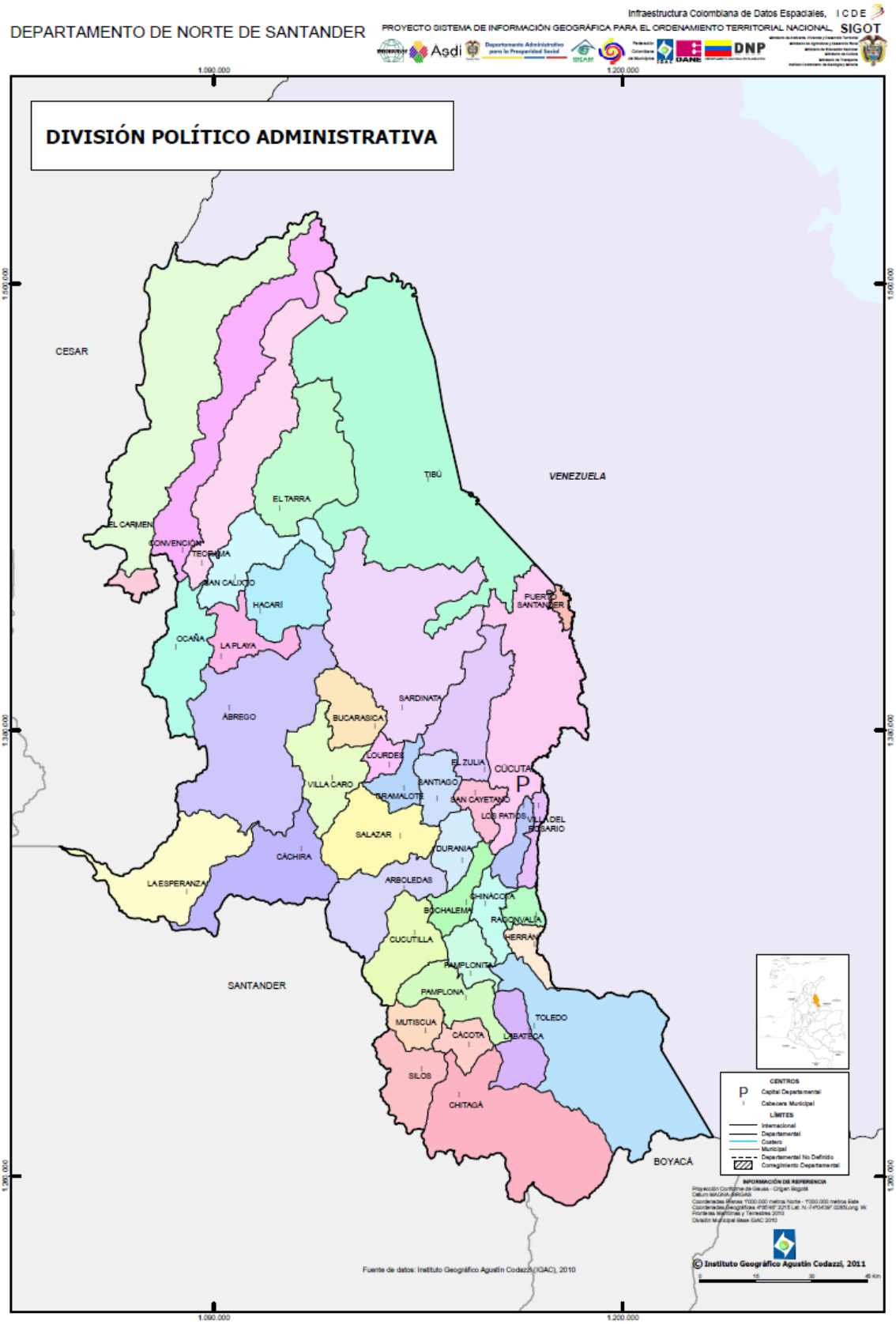
https://www.unidadvictimas.gov.co/es/institucional/asi-avanza-la-atencion-y-reparacion-las-victimas-en-narino/56774

http://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2020/11/INFORME-GRUPOS-ARMADOS-2020-OCTUBRE.pdf

IDSN. (Sábado 21 de Marzo de 2020). http://www.idsn.gov.co. Recuperado el 20 de 09 de 2021, de http://www.idsn.gov.co/index.php/covid19/preguntas-y-respuestas-covid-19

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE: NORTE DE SANTANDER



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi

Contenido

1. Introducción 4

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento. .. 5

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el municipio. 10

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio. 14

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima 16

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 17

7. Estado de emergencia sanitaria por covid 19 CORONAVIRUS 18

1. Introducción

El Ministerio de Salud y Protección Social, está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) en la Región 1 conformada por los departamentos de Cesar, Bolívar, Sucre, Córdoba Magdalena, La Guajira, Atlántico, Norte de Santander, Arauca, Guañía y Vichada. En el Departamento de Norte de Santander la atención a través del PAPSIVI, se priorizaron para la vigencia 2020 - 2021 diez (10) municipios del departamento: El Zulia, Los Patios, Abrego, Villa del Rosario, La Esperanza, Puerto Santander, La Playa, El Carmen, Ocaña y Cúcuta.

En este documento se presenta el análisis del contexto del Departamento de Norte de Santander, de acuerdo a las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). El análisis del contexto contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima y el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

Para la recolección de información se utilizaron fuentes primarias y secundarias que alimentan la construcción del documento. Las fuentes primarias consultadas son los reportes verbales de servidores públicos municipales y relatos de población víctima del conflicto armado obtenidos a través de entrevistas. Las fuentes secundarias utilizadas fueron, el Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023 y Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023, entre otros y datos de la Red Nacional de Información con corte a 1 de enero de 2020.

Norte de Santander está ubicado al noreste del país, en la región andina, limitando al norte y este con Venezuela, al sur con Boyacá, al suroeste con Santander y al oeste con Cesar. El departamento cuenta con 40 municipios repartidos en 6 subregiones: Oriente, Norte, Occidente, Centro, Suroccidente y Suroriente.
Norte de Santander es una importante zona histórica del país, en especial Cúcuta ya que en esta ciudad se realizó la consolidación de las actuales Colombia y Venezuela.

En el documento de análisis del Contexto, en el marco de la implementación de la medida de reparación a los beneficiarios de las 9 sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos se refiere que “En el Departamento Norte de Santander desde hace varias décadas, el conflicto armado ha sido protagonista entre sus habitantes de la zona del Catatumbo principalmente, la presencia de las guerrillas del EPL, ELN y antiguas FARC, quienes han venido

sembrando el terror en el territorio, el cual ha sido apetecido por su productividad en los cultivos ilícitos de coca”

Así mismo dentro de las acciones para este departamento se comprende a 13 de sus municipios como municipios priorizados para el post conflicto, entendiendo que estos se tratan de poblaciones donde, según distintas agencias del Sistema de las Naciones Unidad, se concentrará el posconflicto en Colombia, dentro de los cuales se encuentran: Ábrego, Convención, El Carmen, El Tarra, Hacarí, La Playa, Ocaña, San Calixto, Santiago, Sardinata, Teorama, Tibú y Toledo, estos municipios se entienden con la mayor presencia de actores desmovilizados de las Farc, desarrollo y pobreza, necesidades humanitarias y capacidades locales.

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento.

De acuerdo al documento al documento de Análisis del contexto departamento Norte de Santander, elaborado por Corprodinco y otro análisis elaborado por la Unión Temporal Cedavida – Apoyar, se distinguen tres periodos históricos de la confrontación en el Catatumbo: el primero desde 1986 hasta 1998 con predominio del ELN; el segundo entre 1999 y 2004 con la incursión y el dominio de las autodefensas; y un tercer período a partir de 2005 con la desmovilización del Bloque Catatumbo, la política de seguridad democrática, la aparición de nuevas formas delincuenciales derivas del desarme paramilitar y la reactivación de las FARC. Todo esto en el marco de un constante tráfico de drogas en la región.

Se produjeron de manera sistemática: persecuciones y asesinatos selectivos a comerciantes, trabajadoras sexuales, raspachines, educadores y promotores de salud, principalmente; asesinatos, tortura y desaparición de civiles y presuntos auxiliadores de la guerrilla; masacres; tratos crueles, inhumanos y degradantes, humillaciones y estigmatización de los habitantes de esta zona; siembra de minas antipersonal; delitos masivos contra la integridad sexual, la autonomía personal, la libre asociación y la libre circulación; desplazamiento forzado; apropiación, destrucción o deterioro de bienes muebles e inmuebles de la comunidad; afectaciones a derechos culturales de la comunidad; una grave contaminación del medio ambiente; deterioro de la infraestructura; y la cooptación de las rentas públicas de todo el municipio de Tibú por parte de los grupos paramilitares.

También se constata la violación de los derechos culturales de la comunidad, desde una dimensión individual y colectiva. Los paramilitares no dejaban que la gente llorara a sus muertos, les impedían realizar los ritos funerarios y se deshacían de los cuerpos en los ríos o en fosas para borrar cualquier rastro.

La configuración geográfica de algunos municipios como la Playa, La Esperanza, Abrego, Convención, El Carmen, Teorama y El Tarra ha permitido el repliegue y alistamiento de los grupos guerrilleros para acometer actos de

violencia y evadir la acción de las autoridades, en desarrollo de una estrategia de guerra de guerrillas en la que el factor sorpresa y la capacidad de ocultamiento juegan un papel importante.

Otro aspecto de particular relevancia es la ubicación limítrofe con Venezuela, por cuanto se comparte un extenso corredor de frontera, en cuyos límites la confrontación armada presenta una intensa actividad por cuenta de grupos armados organizados lo que, en ocasiones, le confiere una faceta de internacionalización.

Durante el periodo 1999 - 2005 los principales ejes en disputa se han concentrado en el centro y norte de los municipios de El Carmen, Convención, Teorama, El Tarra y Tibú. Pese a que las cabeceras urbanas de estos municipios no se consideran ejes de disputa, siguen figurando como el blanco predilecto de ataques, en especial de la guerrilla.

A los actores armados los animan propósitos ligados a su ideología de lucha, como en el caso de la guerrilla que, en su momento, buscó sentar bases sociales entre los campesinos y beneficiarse de otro tipo de conflictos en las comunidades, además de usufructuar con extorsiones, la menguada producción petrolera de la hoya del Catatumbo y otros actores como los paramilitares.

La expansión reciente de las autodefensas en el departamento del Norte de Santander tiene como objetivo crear un corredor que divida al norte del centro del país, uniendo el Urabá con el Catatumbo. Esto se manifiesta en el corredor Tibú-Cúcuta. Se trata de impedir el paso de la guerrilla de este departamento hacia Norte de Santander y de controlar la frontera con Venezuela, fuente de grandes ventajas estratégicas para la comercialización de la coca y otros productos de contrabando; así como por el acceso al mercado negro de armamento militar.

Las autodefensas utilizan su capacidad de intimidación para obligar a las personas a ejercer la actividad de raspachines en los cultivos de coca de su propiedad. Igualmente, han buscado desplazar los cultivos de coca de las FARC hacia las laderas de las montañas presionando a los pequeños cultivadores.

De otro lado, frente al procesos de paz, llevado a cabo por el gobierno de Colombia en se encontró que con La desmovilización de las FARC como grupo guerrillero en la región Norte de Santander en el mes de Septiembre de 2016 tras la firma del acuerdo de Paz con el Gobierno Nacional, inicia en el Departamento, una nueva lucha territorial entre los grupos ilegales con presencia aún en el territorio, tales como: Los Pelusos (antiguo EPL), el ELN, Los Rastrojos, Urabeños (actual Clan del Golfo), Bandas Criminales (Bacrim), y frentes paramilitares”.(Corporación Infancia y Desarrollo, 2019).

Por otra parte, el municipio de Cúcuta ha sido el mayor receptor de población desplazada proveniente de la zona del Catatumbo, convirtiéndose a su vez en un municipio transitorio, al igual que Los Patios y Ocaña, no solamente de personas -víctimas del conflicto armado (VCA), sino también de población "flotante"[41] Colombo-Venezolana, desplazada por la crisis política y económica que golpea a ese país.

Está convergencia social de ambos países ha afectado la economía Regional, dado que aún la informalidad sigue siendo una fuerte variable en la población Cucuteña y su área metropolitana[42] como fuente primaria de ingreso, aumentando la demanda de trabajadores en un contexto con bajas ofertas de estabilidad laboral.

Esta crisis propia de una dinámica fronteriza, entre dos regiones subdesarrolladas con bajo desarrollo industrial, incrementa en ambas zonas dificultades de orden social, político y económico tales como: pobreza, delincuencia, hurtos, homicidios, creación de bandas criminales, crisis en los sectores de salud y educativo, entre otras.

En relación a procesos de reparación en el departamento, la Unidad para la atención integral a las víctimas en su pagina de internet, menciona el 16 de junio del 2020 tres colectivos de victimas en Norte de Santander han finalizado su proceso de reparación en los dos últimos años, siendo estas la Asociación de Mujeres Campesinas e Indígenas del Municipio de El Zulia (Amuci), la comunidad de Cerro Norte, y el pueblo gitano rrom residente en Cúcuta.

Realizando con el colectivo Amuci se implementaron medidas de rehabilitación y satisfacción con la adecuación de espacios de memoria; medidas de restitución, como la recuperación del predio y la entrega de una sede para el proyecto social y político de la organización e implementación de instalaciones porcícolas y planta de procesamiento de cárnicos que se encuentran en pleno funcionamiento y que generan ingresos a las mujeres que conforman la organización, igualmente se fortalecieron sus proyectos de vida enmarcados en la reconstrucción del tejido social, programas y acciones que tuvieron una inversión que alcanzaron los $1.600 millones, en conjunto con entidades nacionales y entes territoriales.

Con el colectivo Cerro Norte, en articulación con otras entidades del Estado implementaron 13 medidas de reparación integral, entre ellas cuatro de garantías de no repetición contempladas en implementación de programas protectores para la reducción de impactos de la violencia, vigilancia comunitaria, acceso a la educación en el SENA y talleres con la Policía Nacional.

Para el pueblo Rrom, la funcionaria explicó que la indemnización administrativa por vía colectiva fue $234 millones, cifra dividida en partes iguales, entre la organización que integran este sujeto de reparación colectiva. La segunda medida se relacionó con el proceso de rehabilitación con el que se logró el

reconocimiento de los saberes de la comunidad, la visibilidad de los dolores y sufrimiento de los miembros de las Kumpañy, la identificación de las formas de resolución de los conflictos y las maneras de apoyo que gestionan las propias Kumpañy.

“La tercera medida, consistió en la satisfacción que tuvo como fin, el apoyo y la unión de cada una de las kumpañy, fortalecer los usos y costumbres de esta población y promover la gastronomía propia del pueblo”. Garantías de No repetición, fue la cuarta medida, en este proceso se sensibilizó a los servidores y funcionarios públicos en la necesidad de adecuar la oferta institucional a los usos y costumbres del pueblo rrom, logrando el compromiso institucional de la Alcaldía de Cúcuta en la entrega de un lote para la construcción de la casa de la cultura de esta comunidad.

Frente a los municipios PDET, en la zona del Catatumbo avanzamos en la reconstrucción del tejido social con obras de infraestructura social, comunitaria y educativa por mas de $2.000 millones en el último año, a través del programa de Retornos y Reubicaciones y el Sistema de Prevención y Atención de Emergencias. Proyectos de Retornos y Reubicaciones en cinco comunidades (Macanal, Cartagena, Balcones, La Libertad y Guamal) del municipio de Convención.

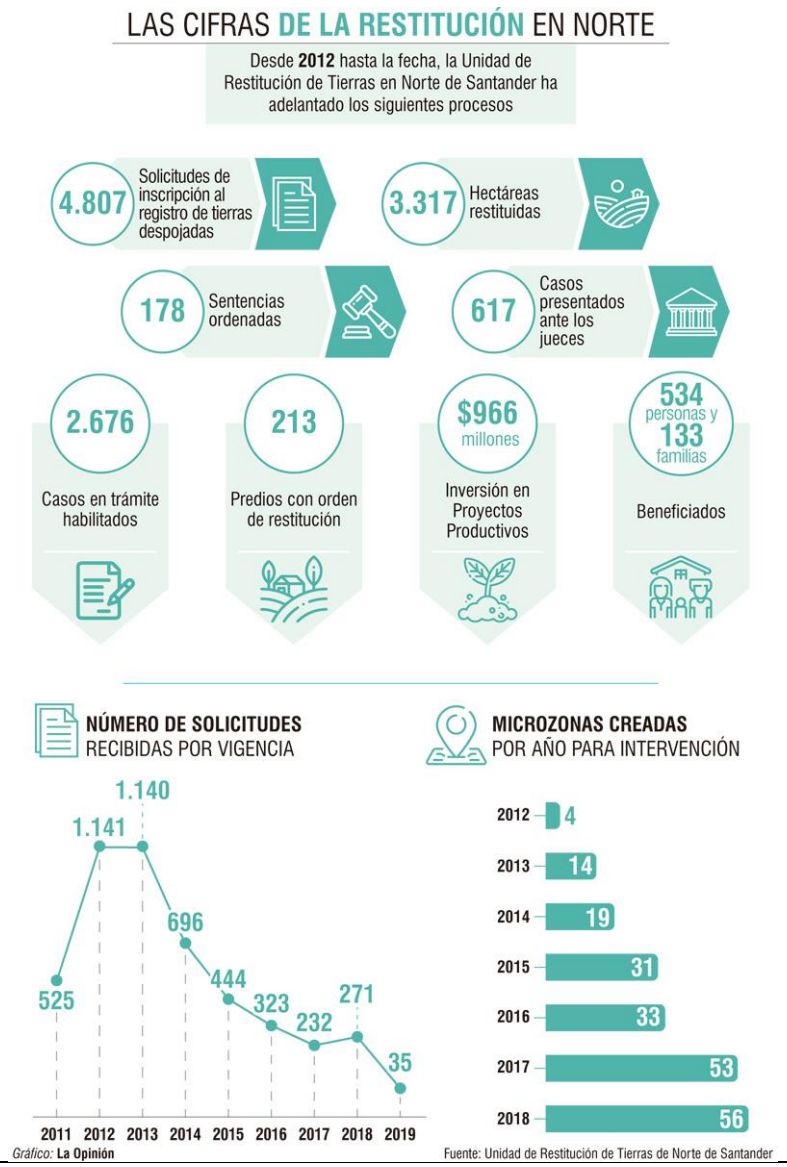
- Dotación de equipos tecnológicos y amplificación del salón comunal de la vereda La Libertad, municipio de Convención.
- Mejoramiento de la planta de tratamiento de agua potable en el centro poblado de Guamal, municipio de Convención.
- Implementación en proceso parcial proyecto Retornos y Reubicaciones, construcción parque infantil municipio El Tarra.
- Adecuación del escenario deportivo de la vereda Corral de Piedra del municipio El Tarra.
- Fortalecimiento de la atención para las víctimas en el municipio de San Calixto.
- Estrategia de fortalecimiento de los mecanismos de participación, control social y veeduría, Participaz con legalidad en los municipios de Sardinata y El Tarra.

Victimas retornadas de Venezuela, la Unidad para la victimas viene implementando con las víctimas colombianas retornadas del vecino país, Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar para fortalecer sus ideas negocio y generación de fuentes de ingreso. La directora territorial, explicó que el programa busca brindar apoyo económico a los pequeños emprendimientos de estas familias que presentaron proyectos agropecuarios, de modistería, belleza, víveres, entre otros. En el 2019 se registró una inversión de $800 millones para esta población.

En una entrevista a la Opinión en 2019 al director territorial de la Unidad de Restitución de Tierras, ese menciona que los resultados más importantes o notorios se pueden ver en El Zulia, Cúcuta, Ocaña, en veredas como Otaré,

donde ya hay sentencias, se ha titulado y muchas personas han accedido a viviendas rurales, a través del Ministerio de Agricultura. En estas zonas, sus propietarios también han explotado el predio con proyectos productivos. Además de otras medidas integrales. También hay algunos casos de predios restituidos en Tibú.

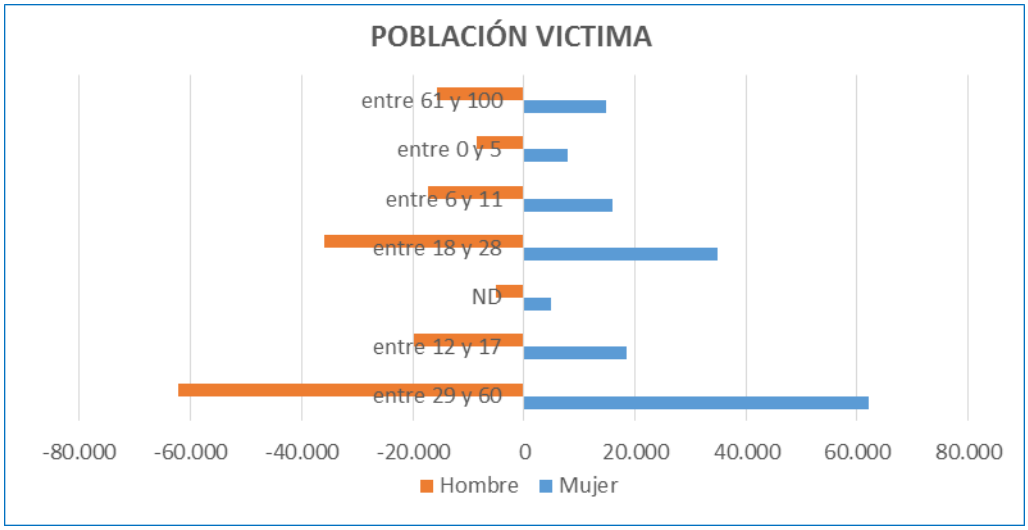
En cifras refieren lo trabajado en siete años, refiere el director de la Unidad que, Tenemos un grupo de 178 sentencias proferidas por los jueces de restitución de tierras y en esas sentencias se han restituido 3.317 hectáreas, que es una cifra bastante significativa, beneficiando a 534 personas y 133 familias. Pero, además, en proyectos productivos se han reconocido cerca de $1.000 millones, para la recuperación de la capacidad explotadora productiva de los predios y eso también es una línea directa de la recuperación de la economía rural del departamento.



3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el municipio.

La población victima en el departamento de Norte de Santander detalla en la siguiente gráfica, en la cual se evidencia cantidad de población por rangos de edad y género, entre los 29 y 60 años hay 62.101 mujeres y 62.101 hombres, entre los 12 y 17 años hay 18.440 mujeres y 19.837 hombres, entre los 18 y 28 años, hay 34.883 mujeres y 35.891 hombres, entre los 6 y 11 años hay 16.076 niñas y 17.334 niños, entre los 0 y 5 años, hay 7.915 niñas y 8.339 niños y entre los 61 y 100 años, hay 14.839 mujeres y 15.547 hombres.

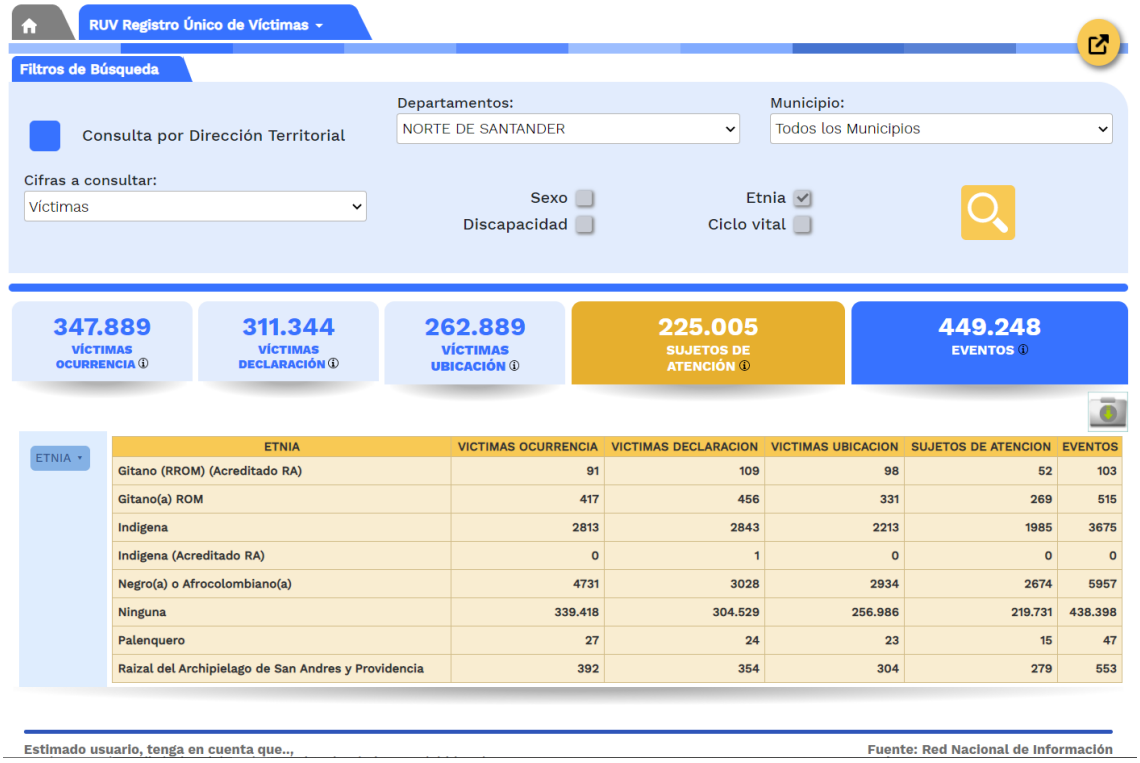
Edad actual	Mujer	Hombre
entre 29 y 60	62.101	-62.101
entre 12 y 17	18.440	-19.837
ND	4913	-4.913
entre 18 y 28	34.883	-35.891
entre 6 y 11	16.076	-17.344
entre 0 y 5	7.915	-8.389
entre 61 y 100	14.839	-15.547



Fuente: Registro Nacional de Información, https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Victimizaciones

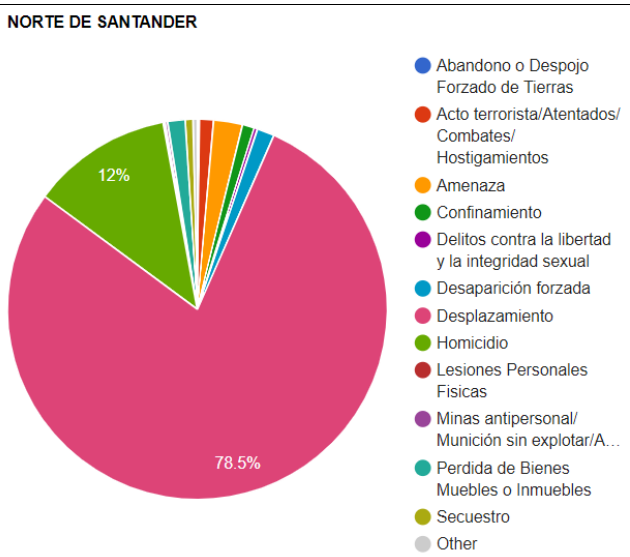
Se evidencia mayor cantidad de población femenina en los rangos de edades entre 29 y 60 años, 0 y 5 años y 61 y 100 años y es mayor la cantidad de población masculina en los rangos de edades entre 12 y 17 años, 18 y 28 años y 6 y 11 años.

La población étnica, se encuentra detallada en la siguiente gráfica, evidenciando que, personas que hacen parte de población indígena son 2843, 456 gitanos, raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia hay 392, negros o afrocolombianos hay 4731 y personas que no hacen parte de alguna etnia son 339.418.



ETNIA	VICTIMAS OCURRENCIA	VICTIMAS DECLARACION	VICTIMAS UBICACION	SUJETOS DE ATENCION	EVENTOS
Gitano (RROM) (Acreditado RA)	91	109	98	52	103
Gitano(a) ROM	417	456	331	269	515
Indigena	2813	2843	2213	1985	3675
Indigena (Acreditado RA)	0	1	0	0	0
Negro(a) o Afrocolombiano(a)	4731	3028	2934	2674	5957
Ninguna	339.418	304.529	256.986	219.731	438.398
Palenquero	27	24	23	15	47
Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia	392	354	304	279	553

En cuanto a la distribución por hecho victimizante, la siguiente grafica evidencia que el hecho que afecto la mayor cantidad de población fue el desplazamiento en el departamento de Norte de Santander detalla en la siguiente gráfica, en la cual se evidencia la cantidad de población por hecho victimizantes: Abandono o Despojo Forzado de Tierras 579, Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos 4.405, Amenaza 8.959, Confinamiento 3.678, Delitos contra la libertad y la integridad sexual 1.062, Desaparición forzada 5.382, Desplazamiento 285.844, Homicidio 43.670, Lesiones Personales Físicas 553, Lesiones Personales Psicológicas 409, Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo 814, Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles 5.403, Secuestro 2.430, Sin información 399, Tortura 359, Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes 169



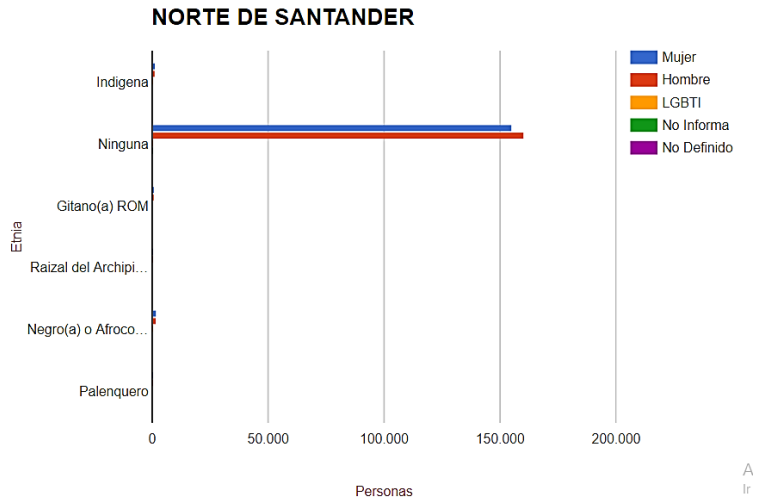
HECHO	PERSONAS
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	579
Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos	4.405
Amenaza	8.959
Confinamiento	3.678
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	1.062
Desaparición forzada	5.382
Desplazamiento	285.844
Homicidio	43.670
Lesiones Personales Fisicas	553
Lesiones Personales Psicologicas	409
Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo	814
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	5.403
Secuestro	2.430
Sin informacion	399
Tortura	359
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes	169

Fuente: Registro Nacional de Información, https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Victimizaciones

En la esfera social y económica, el conflicto armado ha impactado profundamente el municipio de Cúcuta, -capital del Departamento Norte de Santander- y su área Metropolitana (Municipio de Los patios), teniendo que albergar en los últimos años, población víctima del sector del Catatumbo y población venezolana, que han tenido que asentarse en invasiones y/o sectores pobres, sin el acceso a los servicios básicos, lo que no sólo aumenta su vulnerabilidad, sino que además aumentan las tasas de desempleo, pobreza y malnutrición del departamento. La carencia de una política pública de estado particular para la región fronteriza, donde se valoren las potencialidades geográficas, agropecuarias y mineras, no ha permitido evidenciar el esfuerzo de las autoridades locales y nacionales para

resarcir las consecuencias nefastas de la guerra (Corporación Infancia y Desarrollo, 2019)

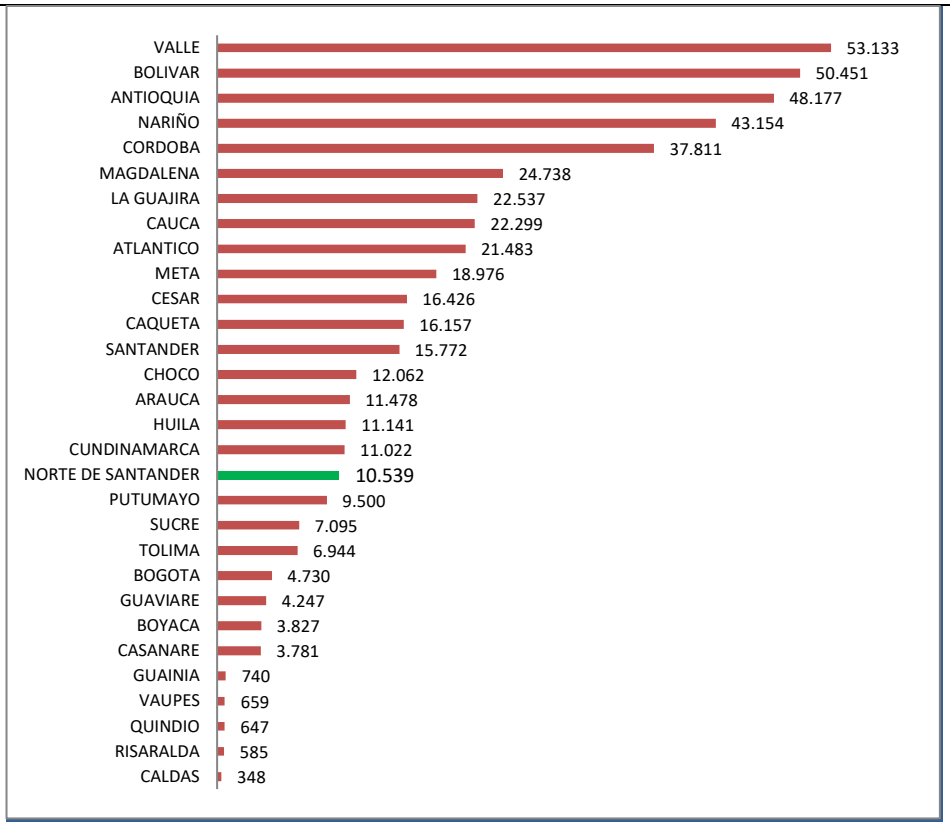
Respecto de la población étnica, por rangos de edad y género se encuentra detallada en la siguiente gráfica, evidenciando que, personas que hacen parte de población indígena son 1.160 mujeres y 1.079 hombres, gitanos, hay 718 mujeres y 675 hombres, raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia hay 170 mujeres y 189 hombres, negros o afrocolombianos hay 1.678 mujeres y 1.561 hombres, palenqueros hay 7 mujeres y 8 hombres.



Etnia	Mujer	Hombre	LGBTI	No Informa	No Definido
Indigena	1.160	1.079	2		
Ninguna	155.250	160.510	157	2	
Gitano(a) ROM	718	675			
Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia	170	189			
Negro(a) o Afrocolombiano(a)	1.678	1.561	5		
Palenquero	7	8			

Fuente: Registro Nacional de Información, https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Victimizaciones

En cuanto a la población que ha recibido atención psicosocial en el departamento, se detalla en la siguientes grafica el número de personas atendidas en el componente psicosocial de PAPSIVI, según departamento de residencia desde el año 2013 hasta el año 2018, evidenciando la población del Norte de Santander que ha sido atendida llega a10.539 personas.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Sala Situacional.

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio.

Para el caso específico de Norte de Santander, parte de la población víctima se encuentra en la zona del Catatumbo hacia el nororiente de la región; en esta zona, ha sido difícil la implementación eficiente de programas de atención psicosocial como lo es el PAPSIVI, el cual requiere de la permanencia en zona del profesional psicosocial y de salud, por ser una zona catalogada de alto riesgo. Así mismo, por tener deficientes vías de acceso y prolongadas distancias entre las viviendas en zonas rurales o veredales del municipio, el trabajo núcleo a núcleo o persona a persona ha sido una ardua tarea. (Corporación Infancia y Desarrollo, 2019)

Búsqueda de personas por Modalidad

Departamento	Fecha desde	Fecha hasta
NORTE DE SANTANDER	01/01/2013	23/09/2020

Buscar | Exportar | Nueva búsqueda

Se encontraron 6 registros

			Modalidad Individual				Modalidad Grupal				Modalidad Familiar				Modalidad Comunitaria				Total			
Divipola	Departamento	Municipio	Víctimas	No Víctimas	Total	Porcentaje No Víctimas	Víctimas	No Víctimas	Total	Porcentaje No Víctimas	Víctimas	No Víctimas	Total	Porcentaje No Víctimas	Víctimas	No Víctimas	Total	Porcentaje No Víctimas	Víctimas	No Víctimas	Total	Porcentaje No Víctimas
54003	NORTE DE SANTANDER	ABREGO	0	0	0	0	176	0	176	0	776	280	1056	26	178	0	178	0	1130	280	1410	19
54206	NORTE DE SANTANDER	CONVENCIÓN	56	2	58	3	0	0	0	0	687	219	906	24	0	0	0	0	743	221	964	22
54001	NORTE DE SANTANDER	CÚCUTA	234	157	391	40	0	0	0	0	4623	212	4835	4	0	0	0	0	4857	369	5226	7
54405	NORTE DE SANTANDER	LOS PATIOS	40	16	56	28	0	0	0	0	886	32	918	3	168	0	168	0	1094	48	1142	4
54498	NORTE DE SANTANDER	OCAÑA	191	94	285	32	0	0	0	0	1845	574	2419	23	0	0	0	0	2036	668	2704	24
54874	NORTE DE SANTANDER	VILLA DEL ROSARIO	40	12	52	23	0	0	0	0	876	158	1034	15	0	0	0	0	916	170	1086	15
	TOTAL		561	281	842	33	176	0	176	0	9693	1475	11168	13	346	0	0	0	10776	0	12532	0

Fuente Aplicativo PAPSIVI 2020

El anterior demuestra que el Programa de atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – PAPSIVI, reportándose alrededor de 12.532 personas atendidas desde las vigencias 2013 -2020.

Según el análisis de contexto en el marco de la implementación de la medida de reparación con las víctimas beneficiaras de las 9 sentencias de la CIDH, desde el 2013 se vienen desarrollando jornadas de socialización del Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado desde nivel Departamental con el Instituto Departamental de Salud-IDS y a su vez a nivel municipal desde la coordinación de PAPSIVI hacia los entes territoriales y las E.S.E.S que hacen presencia en el municipio.

A partir del 2017, se han desarrollado jornadas de actualización del protocolo y procesos de seguimiento al cumplimiento de la implementación del mismo. Cabe destacar que en el Municipio de Cúcuta, el proceso de socialización del protocolo del Programa de Atención Psicosocial y de Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado - PAPSIVI. Se ha llevado a cabo, según lineamientos del Ministerio de Salud, en todas las EAPB, la ESE IMSALUD a sus directores médicos de las 33 sedes.

Específicamente en atención en salud con enfoque psicosocial no existe la oferta en las diferentes EAPB del departamento Norte de Santander, sin embargo, desde la Dimensión de Poblaciones Vulnerables en los municipios, cuentan con profesionales capacitados en atención psicosocial y trato humanizado; adicionalmente han recibido orientaciones metodológicas sobre el Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, por parte del Ministerio de Salud. El departamento cuenta con presencia de En el Departamento Norte de Santander están presentes las siguiente EAPB: COMFAORIENTE, COOSALUD, SALUD VIDA.NUEVA EPS, COMPARTA, ECOOPSOS, MEDIMAS, SANITAS, ASMET SALUD, COOMEVA, FAMISANAR. (Corporación Infancia y Desarrollo, 2019)

Igualmente también se reporta, en materia de afiliación la mayoría de las personas víctimas, pertenece al régimen Subsidiado, siendo la EPS.S Medimás la entidad con mayor número de personas VCA registradas para los siguientes municipios: Cúcuta reporta 11.291 personas, Pamplona 1.314

personas, Teorama 4.902 personas, mientras que para Ocaña la EPS-S Comparta atiende 5.333 personas y, en el Municipio de Los Patios la Nueva EPS-S 258 usuarios; sin embargo, por información de RNI- el municipio de Los Patios cuenta con más de 4.900 personas registradas, lo que hace identificar una necesidad de articulación con las EAPB con presencia en este municipio para que depuren y actualicen el tipo de población en sus bases de datos.

El mismo informe, cita que durante el año 2018 el Instituto Departamental de Salud, a cargo de la Dimensión de Población Vulnerable en cabeza de la Dra. María Victoria Giraldo, se llevó a cabo la socialización de Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas del conflicto armado en Colombia, Resolución 1166 de 2018 Lineamientos para el talento Humano que orienta y atiende a víctimas en las mesas Departamentales y Municipales de Salud; con el apoyo del Municipio de Cúcuta, quién desde el área de salud Integral Papsivi 2018, se socializó el protocolo de atención a víctimas de Violencia Sexual en varias Unidades Básicas de Servicio de la red IMSALUD.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

En cuanto a la oferta institucional pública registrada en el Manual de Oferta Institucional para el Departamento de Norte de Santander

- Unidad De Atención Y Reparación Integral A Las Víctimas - UARIV Apoyo a entidades territoriales a través de la cofinanciación para la asistencia, atención y reparación integral a las víctimas del desplazamiento forzado a nivel. Nacional
- Unidad Del Servicio Público De Empleo Atención diferencial a víctimas del conflicto armado en la ruta de empleabilidad
- Departamento Administrativo Para La Prosperidad Social Familias en su tierra - FEST
- Unidad De Atención Y Reparación Integral A Las Víctimas - UARIV Implementación de las medidas de reparación colectiva a nivel nacional
- Comercio, Industria Y Turismo | Entidad Nacional: Ministerio De Programa de inclusión en los mercados
- Instituto Colombiano De Bienestar Familiar - ICBF Protección - acciones para preservar y restituir el ejercicio integral de los derechos de la niñez y la familia.
- Unidad De Atención Y Reparación Integral A Las Víctimas - UARIV Proyecto implementación de procesos de retorno o reubicación de víctimas de desplazamiento forzado, en el marco de la reparación integral a nivel nacional
- Entidad Nacional: Ministerio De Trabajo Rutas integrales de empleo rural y urbano para víctimas del conflicto armado

Respecto de las organizaciones sociales, se identifican en el departamento:

- Corporación Construyendo Poder, Democracia y Paz
- Asociación Departamental de Familiares de Víctimas por Causa de la Desaparición Forzada Verdad y Justicia (Cúcuta)
- Asociación Campesina del Catatumbo (ASCAMCAT)
- Comité de Integración Social del Catatumbo (CISCA) (Catatumbo)
- Asociación de Desplazados de la Provincia de Ocaña (ASODEPO) en el barrio Brisas de Polaco del municipio de Ocaña
- Asociación Víctimas Del Conflicto Armado De Teorama - ASOVICOARTE (Teorama)
- Asociación una Luz en el Camino (Pamplona)
- Asociación Conquistadores de Paz (Los Patios).

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

En el análisis del Contexto realizado por la Corporación Infancia y Desarrollo se identificaron las siguientes, que fueron validadas para construcción de este documento con población víctima y servidores públicos del Departamento:

- Existen bajas habilidades empáticas de los servidores públicos con las víctimas para la escucha activa y así resolver efectivamente sus inquietudes.
- Trámites complejas para la afiliación al sistema de seguridad social en salud
- Desactualización en las bases de datos de los afiliados.
- Las contrataciones de las EPS fragmentadas hacen difícil el acceso por el traslado a diferentes partes para los servicios.
- El tiempo de espera elevado, de las autorizaciones que retrasa la oportunidad en el diagnóstico y su tratamiento.
- La dispersión geográfica de la población dificulta el acceso a los servicios de salud.
- Los costos de transporte de las zonas rurales a Cúcuta o cabeceras municipales son altos y dificultan el acceso a los servicios.
- Escases de oferta de servicios de salud públicos de nivel I y III y los de niveles más complejos son insuficientes
- El tiempo de espera para la asignación de citas con especialista en los pacientes crónicos son muy distanciados y no se ajustan a las necesidades de los usuarios
- El desconocimiento de los derechos y del sistema a veces por el desinterés de del usuario, el nivel de estudio y la falta de información institucional.
- Demora en la entrega de medicamentos o entregas incompletas.

7. Estado de emergencia sanitaria por covid 19 CORONAVIRUS

Marco jurídico de restricciones, pico y cedula, toque de queda.

DECRETO NO. 000325 DEL 24 DE MARZO DEL 2020

“Por medio del cual se adoptan para el departamento Norte de Santander las instrucciones actos y ordenes para la debida ejecución de la medida de aislamiento preventivo obligatorio”

EL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER, en ejercicio de sus facultades constitucionales, legales y especialmente las conferidas por los artículos 209, 315 de la Constitución Política, artículos 12, 14, 57, 58, 59, y 65 de la Ley 1523 de 2012, y la Ley 1801 de 2016, Decreto 780 de 2016, Decreto 418 y 420 de 2020, y.

CONSIDERANDO

Que el presidente de la República mediante Decreto 417 del 17 de marzo del 2020 declaró el estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional por el lapso de treinta (30) días, invocando razones de salubridad publica derivadas del brote de la enfermedad causada por el Coronavirus COVID – 19.

Que mediante Circular Externa No. OFI 2020-7933-DMI-1000, del 17 de marzo de 2020, el presidente de la Republica, emitió directrices para la gestión del orden publico en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19, señalando que debe existir una articulación entre las disposiciones del Gobierno Nacional y las entidades territoriales, buscando la armonización de las decisiones administrativas que se adopten en el territorio nacional, sin perjuicio de la autonomía que gozan las entidades territoriales.

Que el presidente de la Republica, doctor Iván Duque Márquez, expidió el Decreto No. 418 del 18 de marzo del 2020, ***“Por el cual se dictan medidas transitorias para expedir normas en materia de orden público”*** en el cual se dispuso que la dirección del orden publico con el objeto de prevenir y controlar propagación del COVID-19 en el territorio y mitigar sus efectos, en el marco de la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 estará en cabeza del presidente de la Republica.

Que mediante Decreto 000311 del 17 de marzo del 2020 ***“por medio del cual se adoptan medidas y acciones transitorias de policía para la prevención y evitar el riesgo de contagio y/o propagación de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el Departamento Norte de Santander”***, se

establecieron para el departamento Norte de Santander unas medidas policivas tendientes a la disminución del riesgo de contagio por el coronavirus COVID-19 en desarrollo de la Resolución 385 del 12 de marzo del 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social, que declaró la emergencia sanitaria y el Decreto 308 del 14 de marzo del 2020, del Departamento Norte de Santander, que declaró la existencia de una situación de calamidad pública.

Que mediante Decreto No. 000318 del 20 de marzo de 2020, se decretó como medida de prevención y contención de la pandemia, el aislamiento social obligatorio en todo el territorio de Norte de Santander a partir del Día sábado 21 de marzo desde la 04:00 a.m. hasta el día lunes 23 de marzo a las 9:00 p.m.

DECRETO NO. 000326 DEL 24 DE MARZO DEL 2020

"Por medio del cual se adoptan para el departamento Norte de Santander las instrucciones actos y ordenes para la debida ejecución de la medida de aislamiento preventivo obligatorio"

Que mediante Decreto No. 000326 del 23 de marzo del 2020, con el fin de evitar que el día martes 24 de marzo del 2020, se presenten aglomeraciones innecesarias que podrían afectar el aislamiento ya en curso y generar riesgos para la salud publica se extendió el aislamiento social obligatorio en todo el territorio de Norte de Santander previsto en el Decreto No. 000311 del 17 de marzo del 2020, modificando por el Decreto 000318 del 20 de marzo del 2020, desde las 21:00 horas del día lunes 23 de marzo de 2020 hasta el día martes 24 de marzo a las 21:59 horas.

Que el presidente de la Republica mediante Decreto 457 de 22 de marzo de 2020, ordenó el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la Republica de Colombia, a partir de las cero horas (00:00 a.m.) del día 25 de marzo de 2020, hasta las cero horas (00:00 a.m.) del día 13 de abril de 2020, ordenando en el mismo decreto a los gobernantes y alcaldes que en el marco de sus competencia constitucionales y legales adopten las instrucciones, actos, y ordenes necesarias para la debida ejecución de la medida de aislamiento preventivo obligatorio, debiéndose permitir el derecho a la circulación de las personas en los casos y actividades señalados en el articulo 3 de la misma norma.

Que, en mérito de lo expuesto,

DECRETA:

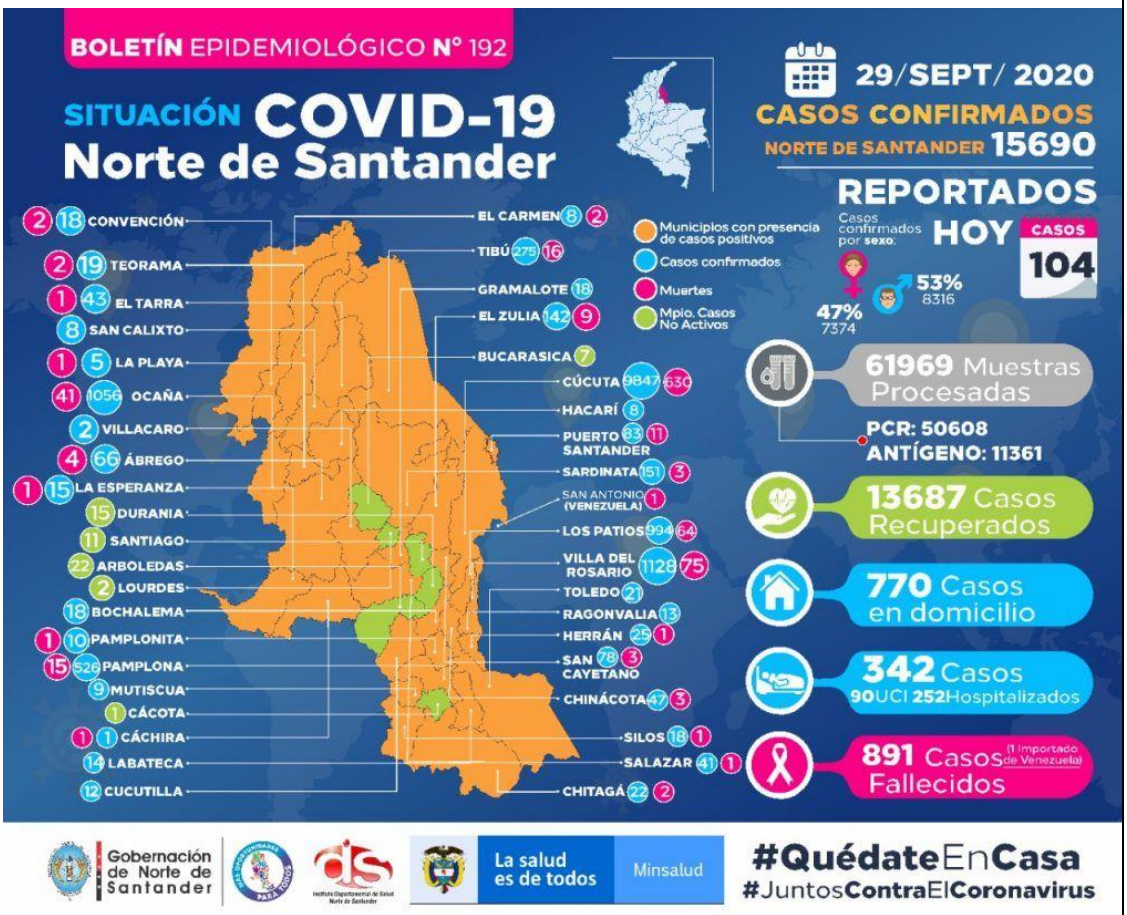
ARTICULO PRIMERO: CONTINUAR con el aislamiento preventivo obligatorio en todo el territorio de Norte de Santander previsto en el Decreto No. 000311 del 17 de marzo de 2020, modificado por los Decretos 000318 de 20 de marzo de 2020, y Decreto No. 00325 del 23 de marzo de 2020, desde las 21:00 Horas del día lunes 23 de marzo de 2020 hasta las cero horas (00:00 a.m. del día

(13) de abril de 2020, en los términos del Decreto 457 de 2020, expedido por el Gobierno Nacional.

PARÁGRAGO: Como garantía del derecho a la vida, a la salud en conexidad con la vida y la supervivencia, se permitirá el derecho a la circulación de las personas en los casos y actividades previstos en el articulo 3 del Decreto 457 de 2020, así como las que de manera particular expida cada alcalde municipal en el ámbito de su jurisdicción.

ARTÍCULO SEGUNDO: Establecer como excepción al aislamiento preventivo obligatorio para el departamento Norte de Santander, la libre movilización, con la debida identificación, a los Organismos de Cooperación Internacional, asistencia humanitaria y Organizaciones No Gubernamentales que desarrollen actividades para la prevención de la emergencia del COVID-19 en el departamento.

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO N 192 del 29 de septiembre del 2020



La cifra de contagiados con coronavirus en el departamento ascendió a 15.690 casos. El Ministerio de Salud y Protección Social confirmó ciento cuatro casos más de COVID-19 en Norte de Santander.

Desde epidemiologia los casos fueron reportados así: de 54 notificados en la ciudad de Cúcuta, 15 están recibiendo atención medica en centro hospitalario. Se trata de 27 mujeres entre 3 y 77 años, y 27 hombres de edades entre 14 y 84 años.

En Los Patios hubo 6 notificados, son 5 hombres de 28 y 72 años, y una mujer de 76, cinco están recibiendo atención médica en centro hospitalario. Villa del Rosario sumó 4 casos más, se trata de 2 hombres de 30 y 46 años, y 2 mujeres de 33 y 34, uno está recibiendo atención médica en centro hospitalario.

Ocaña aumentó 13 confirmados de COVID-19 hoy, son 5 hombres de 30 y 78 años, y 8 mujeres de 22 y 81, tres están recibiendo atención médica en centro hospitalario.

Pamplona reportó 10 contagios, se trata de 8 mujeres de 13 y 87 años, y 4 hombres de 25, 39, 81 y 86, tres están recibiendo atención médica en centro hospitalario. Tibú sumó 3 casos, son dos mujeres de 36 y 39 años, y un hombre de 31.

Tres casos más fueron notificados a Puerto Santander, se refiere a dos hombres de 34 y 60 años, y una mujer de 33. Sardinata aumentó dos confirmados con coronavirus, son una mujer de 38 y un hombre de 73.

Chinácota, Ábrego y Bochalema notificaron un contagio, se trata de dos hombres 55 y 58 años, y una mujer de 49, respectivamente, todos están recibiendo atención médica en centro hospitalario.

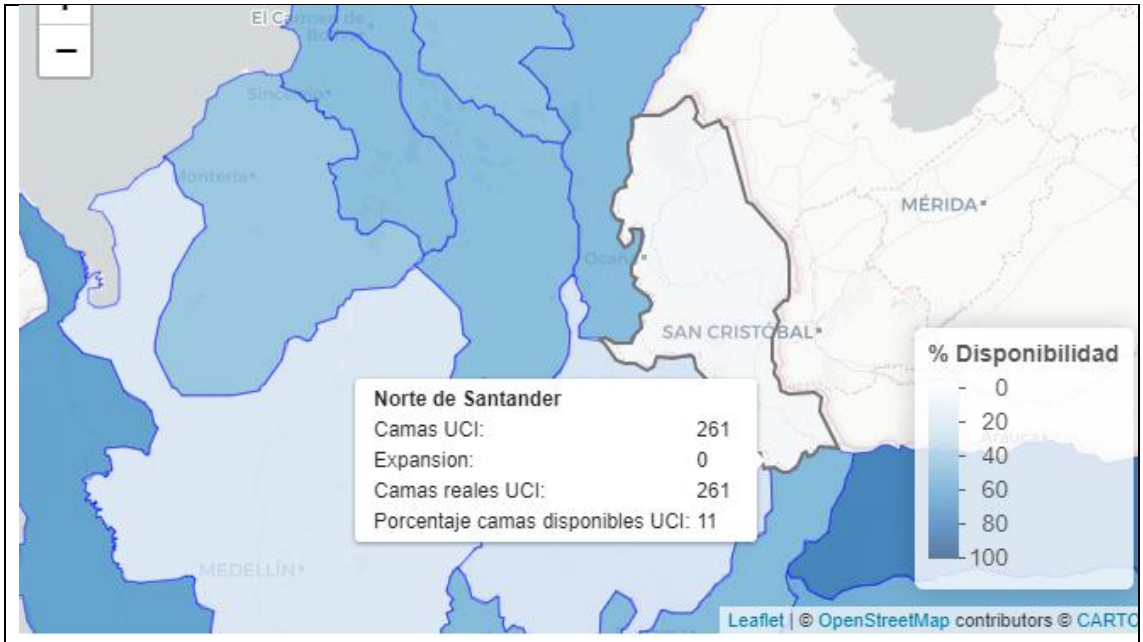
Cucutilla, El Tarra y Convención reportaron un caso, se trata de dos mujeres de 25 y 33 años, y un hombre de 64, respectivamente, uno está recibiendo atención médica en centro hospitalario.

Gramalote, Pamplonita y El Zulia sumaron un caso, son dos hombres de 20 y 71 años, y una mujer de 74, respectivamente, uno está recibiendo atención médica en centro hospitalario.

72 están en aislamiento supervisado en casa, bajo vigilancia epidemiológica del Instituto Departamental de Salud. Todos son casos en estudio.

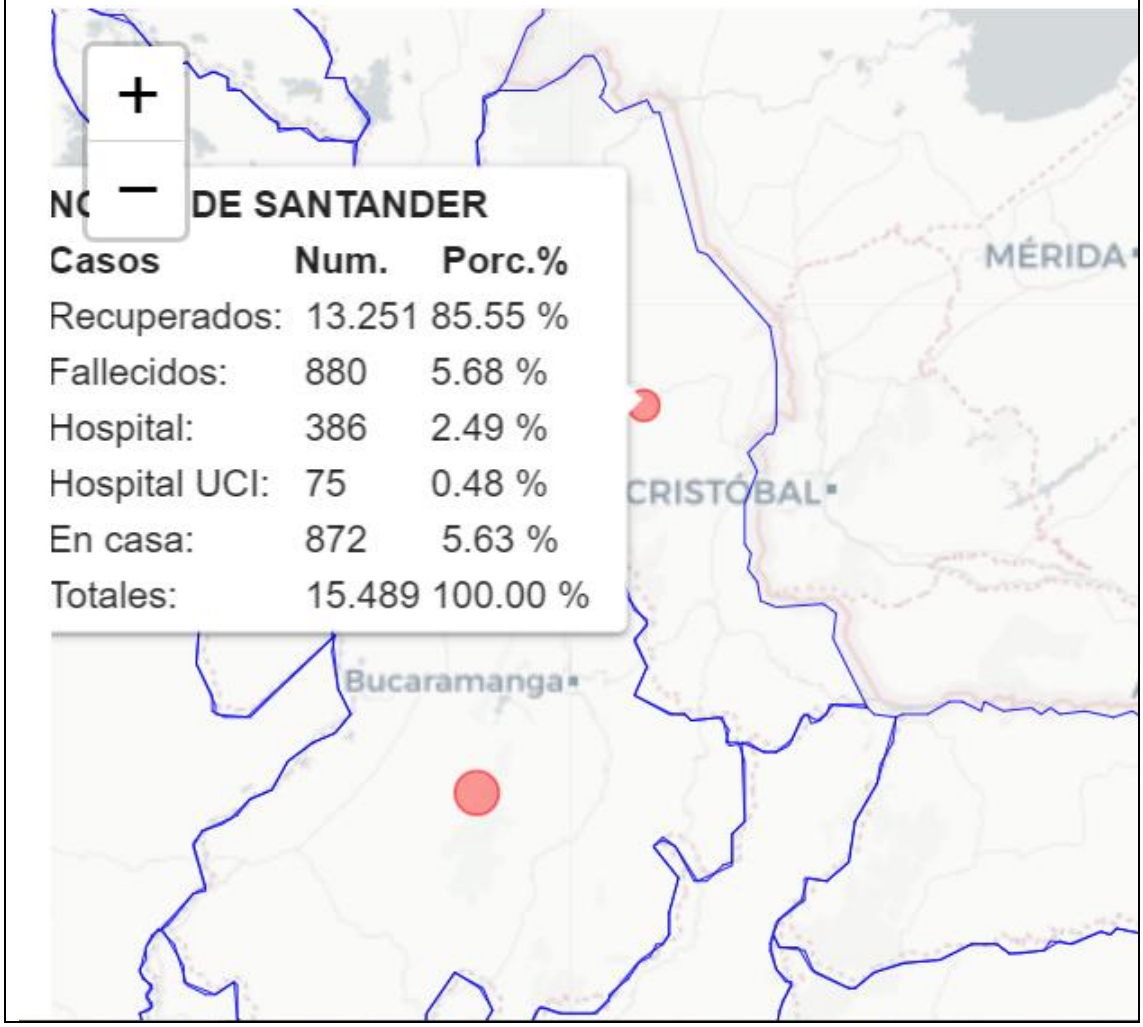
Hoy se reportaron 4 personas fallecidas en Cúcuta.

Mapas de camas UCI (Norte de Santander)



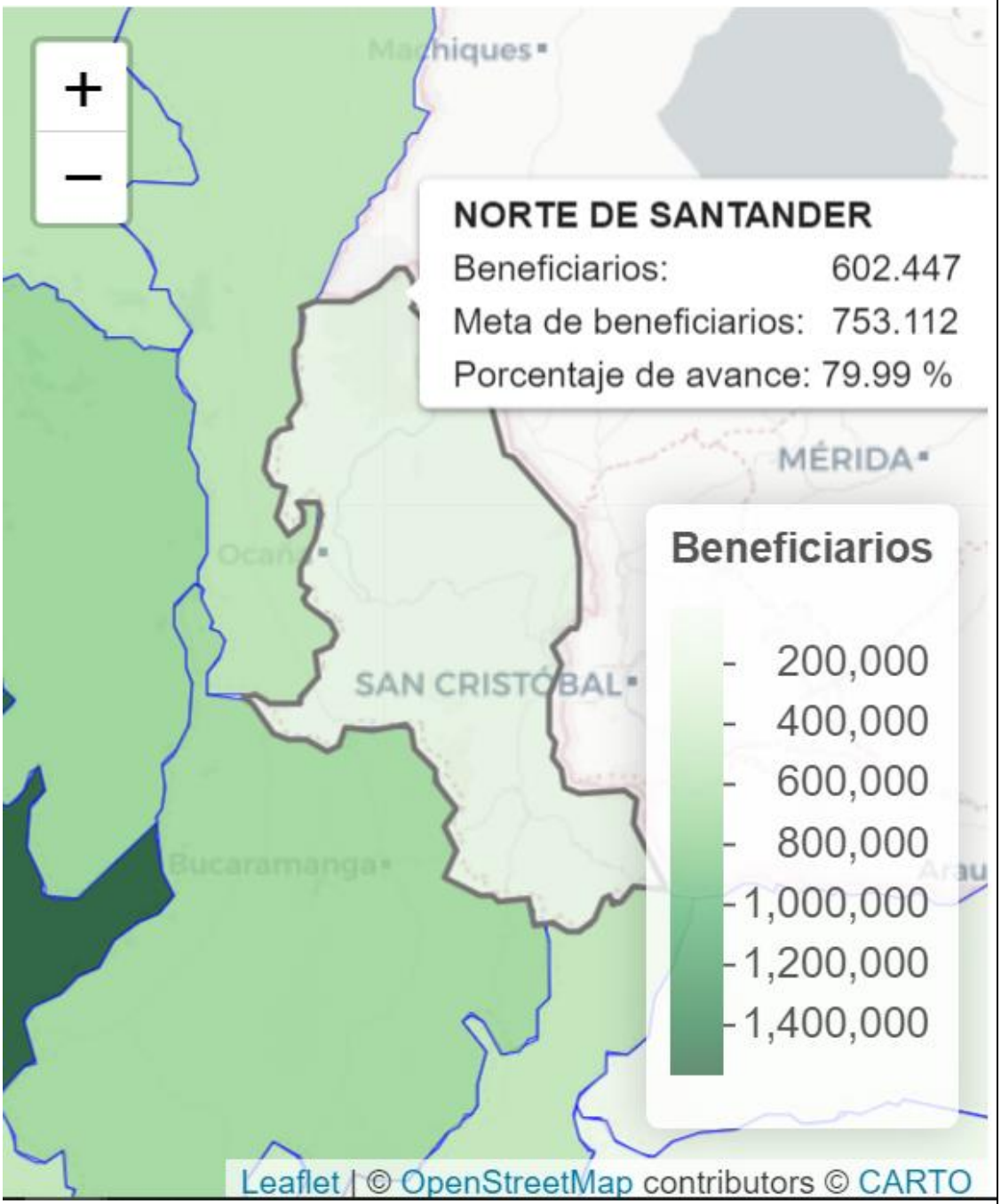
Fuente: https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/estadisticas-covid-19/ucis.html#dashboardAncor

Comportamiento del virus en Colombia (Norte de Santander)



Fuente: https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/estadisticas-covid-19/comportamiento-covid-19.html#dashboardAncor

Ayuda social del estado

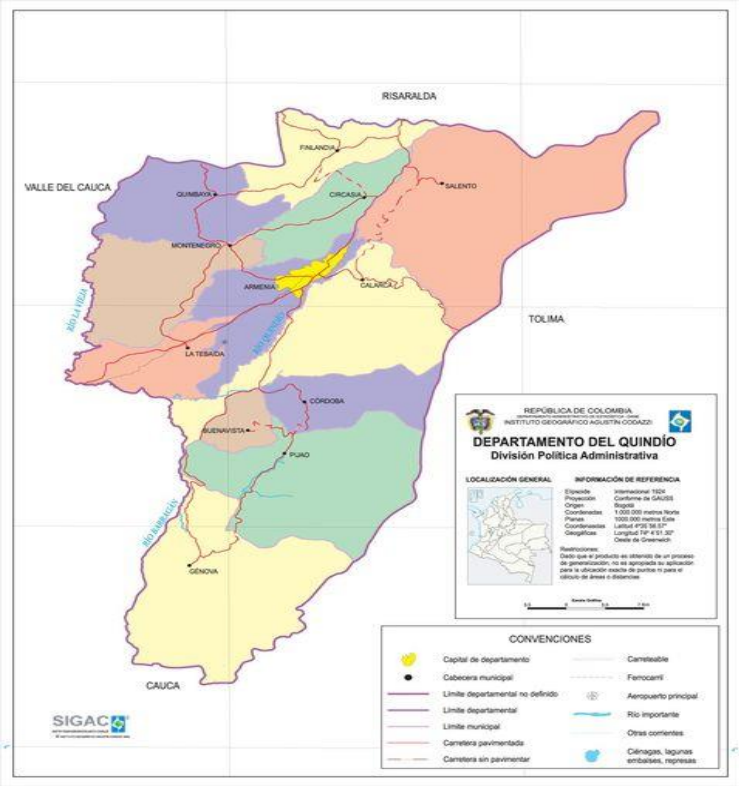


Fuente: https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/estadisticas-covid-19/ayuda-social.html#dashboardAncor

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE: QUINDIO

Mapa del Departamento de Quindío con su división político-administrativa



Tomado de http:// http://www.colombiamania.com/departamentos/quindio.html

En dicho mapa se plasma en Departamento de Quindío con sus 12 Municipios acorde con los mapas previstos en la web de la Gobernación de Quindío.

Contenido

1. Introducción 3

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio. 4

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el municipio. 6

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio. 10

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima 19

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 22

7. Estado de emergencia sanitaria Covid-19. 25

1. Introducción

La Fundación Forjando Futuros en convenio suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social, implementa el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) en el grupo 2A conformado por los departamentos de: Caldas, Quindío, Risaralda, Caquetá, Nariño y Meta. Para el departamento de Quindío, en la vigencia 2021 se implementa el PAPSIVI en dos municipios, Armenia y Calarcá.

En este documento se presenta la actualización del análisis del contexto del Departamento del Quindío, siguiendo las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en este sentido este documento contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Este documento presenta el contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Las fuentes de información que se tuvieron en este documento fueron el Plan de Desarrollo del Departamento del Quindío, datos de la Red Nacional de Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas e información del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Informe Presidencial Sobre los Avances en la Ejecución en el Cumplimiento de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, así como diferentes documentos de las entidades que conforman el SNARIV, entre otros. Los periodos de consulta o de corte de información varían dependiendo de las fuentes consultadas.

De esta manera, este documento contiene la dinámica del Quindío con sus 12 municipios (Armenia, Buena Vista, Calarcá, Circasia, Córdoba, Filanda, Génova, la Tebaida, Montenegro, Pijao, Quimbaya, Salento). 6 de ellos conforman el Área metropolitana de Armenia; 4 corregimientos y 34 Inspecciones de Policía, también varios caseríos y sitios poblados. Los municipios están agrupados en diez cabeceras de círculo notarial con un total

de catorce notarías, un círculo principal de registro con sede en la capital Armenia y dos oficinas seccionales de registro con sede en Calarcá y Filandia; un distrito judicial, Armenia, con dos cabeceras de circuito judicial en Armenia y Calarcá.

El departamento conforma la circunscripción electoral de Quindío.Siendo los municipios de Génova, Salento y Pijao municipios denominados Postconflicto. se tienen presentes elementos orientadores para los profesionales psicosociales, en aras de una correcta ejecución del PAPSIVI durante la vigencia 2021.

El departamento de Quindío es uno de los departamentos que hace parte del eje cafetero ubicado en la parte centro-occidental del país, en la región Andina, limitando al norte con los departamentos del valle del cauca y Risaralda, al este con el departamento de Tolima, al sur con los departamentos de Tolima y Valle del Cauca y al Oeste con el departamento del valle del cauca. Tiene una población de 543.532 Habitantes, contando con mayor densidad poblacional los municipios de Dosquebradas, con una superficie total de 1845 km², se encuentra entre las coordenadas geográficas 04°41′00″y 04°43′18″ de latitud norte y 75°23′41″ y 75°53′0056″ de Latitud Oeste. En cuanto al clima del departamento la temperatura promedio oscila entre 18 y 21° C.

La población total del departamento ha sufrido el desplazamiento interno del país, concentrando una gran población de víctimas recepcionadas tanto en Armenia como en los distintos municipios departamentales generando desarraigo a nivel poblacional y visibilizando las brechas de pobreza, necesidades básicas insatisfechas, desempleo, inseguridad, y problemas en la prestación de los servicios de salud, afectando el goce efectivo de derechos de muchas de las Víctimas del Conflicto Armado.

Por otro lado, es importante mencionar que el PAPSIVI, se ha comenzado a implementar desde el año 2019, logrando avances importantes en la atención psicosocial y el las garantías del acceso a la salud para víctimas del conflicto armado interno. Durante esta vigencia se han priorizado los municipios de Pereira y Dosquebradas. Es de mencionar que esta implementación se realiza a través del trabajo articulado entre la Fundación Forjando Futuros los entes departamentales, municipales y las MEPV.

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio.

El Departamento del Quindío hoy no cuenta con presencia de grupos al margen de la ley ni con asentamientos permanentes de los grupos armados, históricamente el Quindío ha sido el mayor receptor de víctimas procedentes de diferentes regiones del país, el Quindío referencia la mayor presencia de víctimas en los municipios de Armenia, La Tebaida, Montenegro, Quimbaya y Calarcá. (Plan de Desarrollo Departamental, 2020. P 7).

Es indispensable nombrar mediante este análisis de contexto que parte de los procesos que se desarrollan son direccionados a la atención, prevención y asistencia humanitaria a la población víctima, entre los cuales se encuentran los niños, niñas, adolescentes, líderes sociales y defensores de derechos humanos, tanto como los docentes y los estudiantes de las instituciones oficiales, así mismo los excombatientes de los Grupos Armados Organizados al Margen de la Ley -GAOML- entre los cuales se encuentra excombatientes de las Autodefensas Unidas de Colombia -AUC- y exguerrilleros de la FARC-EP, entre otros haciendo evidente que dentro del departamento hay 111 excombatientes radicados. (Plan de Desarrollo Departamental, 2020. P 7).

En este sentido en el departamento del Quindío han desarrollado programas y estrategias tendientes a:

Reincorporación, proceso integral sostenible y transitorio, desde la oferta institucional que facilita el acceso a los derechos tanto de los excombatientes como de sus familias para fortalecer capacidades necesarias de reincorporación social y económica en el marco de la legalidad.

Reintegración, trabajo orientado en la promoción de la convivencia y los espacios de reconciliación desde la construcción del proyecto de vida en la legalidad, para la superación de la vulnerabilidad en el ejercicio de la ciudadanía.

Justicia y Paz*,* proceso de reintegración de personas postuladas a la ley 975 de 2005 (tratamiento penal por delitos graves) quienes después de recobrar la libertad asumen los compromisos fijados con la ley y la reparación simbólica de las víctimas (Plan de Desarrollo Departamental. 2020. P. 11).

De acuerdo a lo anterior y según el informe de la Unidad de Atención a las Víctimas del Departamento de Quindío con corte al 31 de diciembre del 2019, el departamento cuenta con 41.177 víctimas del conflicto armado distribuida de la siguiente manera: Armenia con 18.581; Calarcá con 5.087; La Tebaida con 3.591; Quimbaya con 3.027; Montenegro con 2.988; Circasia 1.828; Génova 1.710; Pijao con 1.454; Córdoba con 978; Filandia con 869; Salento con 656 y Buenavista con 386.

Así mismo, en relación a la población étnica a nivel departamental la mayor representación la tiene las comunidades afrodescendientes ubicados principalmente en Armenia, Calarcá, La Tebaida y en Montenegro, con un 1.18% seguido por las comunidades indígenas las cuales están ubicadas en los municipios de Armenia, Calarcá, Córdoba, Buenavista, Pijao, La Tebaida y Quimbaya con una representación 0.56% es decir, alrededor de unas 270 familias (Plan de Desarrollo Departamental, 2020. P 61).

En este mismo sentido, Quindío cuenta con la presencia de 5.960 migrantes, la gran mayoría radicados en la ciudad de Armenia, seguido del municipio de Calarcá.

En relación a la población con Orientación Sexual e Identidad de Género Diversa -OSIGD- se relaciona más en la ciudad de Armenia, pero no como dato concreto sino más enfocado en el asesinato de la población LGTBI, que desde el rango de 2010-2017 han muerto 23 personas de la comunidad mencionada anteriormente. (Plan de Desarrollo Departamental. 2020. P. 71).

Retomando el trabajo realizado con las víctimas para el año 2019 se evidencia dos conmemoraciones lo cual representa una disminución significativa en los procesos de reparación, estas conmemoraciones están relacionadas; la primera con el día de memoria de las víctimas y la segunda con una jornada de capacitación de la ley 1448 teniendo un total de 29 personas beneficiadas en dichas conmemoraciones, aunque en el último cuatreño ha existido la participación de 617 víctimas en eventos relacionados.

En el año 2018 desde la gobernación del Quindío, se ha venido ampliando esfuerzos ya que se han subsidiado 12.509 proyectos productivos impactando el 30.39% de la población víctima (Plan de Desarrollo Departamental. 2020. P.9).

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el Departamento.

Quindío es uno de los departamentos que se encuentra en el centro occidente del país, en la región Andina, su capital es Armenia. Limita al norte con Risaralda, al este con Tolima y al oeste con Valle del Cauca. Su extensión territorial data de 1845 km 2. Pertenece al eje cafetero y a la región paisa.

Cuenta con 1845 km² de montañas con variados guaduales en sus puntas, ríos y quebradas que hidratan al departamento, y valles como los de Cocora, Maravelez y Quindío; está dividido en doce municipios, seis de ellos conforman el Área metropolitana de Armenia; cuatro corregimientos también varios caseríos y sitios poblados. Los municipios están agrupados en diez cabeceras de círculo notarial con un total de catorce notarías, un círculo principal de registro con sede en la capital armenia y dos oficinas seccionales de registro con sede en Calarcá y Filandia; un distrito judicial, Armenia, con dos cabeceras de circuito judicial en Armenia.

Según el Censo de 2018 en el Departamento de Quindío hay 509.640 habitantes, entre los cuales 263.977 son mujeres y 245.663 son hombres, que en valores proyectados para el 2020. Dicho censo, demuestra datos significativos de la población habitante del departamento, oscilando edades desde los 0 años hasta más de 80, siendo el grupo poblacional más relevante entre los 15-29 años (P.5),

En cuanto a la población étnica en el departamento la mayor representatividad la tienen las comunidades “afrodescendientes” con un 1.18 % del total de la población ubicados principalmente en Armenia, Calarcá, La Tebaida y Montenegro; seguido de las comunidades indígenas que representan un porcentaje cercano al 0,56% de la población, quienes se encuentran ubicados en los municipios de Armenia, Calarcá, Córdoba, Buenavista, Pijao, La Tebaida, y Quimbaya, evidenciando grupos culturales Emberá Chami y Patios, Nasa, Quichua, Yanaconas, Pastos, Inga, Pijao con alrededor de 270 familias, de acuerdo a las proyección DANE del censo 2005. (Plan de Desarrollo Departamental. 2020. P.61).
Armenia, siendo la capital del Departamento, es el único municipio del Quindío con más de 100.006 habitantes, representando el 55% del total de personas del departamento; por su parte, los municipios con población entre 30.000 y 100.000 habitantes son Calarcá, Montenegro, La Tebaida y Quimbaya que representan el 32%; y los municipios con población menor a 30.000 habitantes son Circasia, Filandia, Salento, Génova, Córdoba, Pijao y Buenavista que representan el 13% del total de población del departamento (P.6).

Respecto al crecimiento poblacional, el país tuvo un aumento del 12,5% en el periodo intercensal entre el 2005 y el 2018, mientras que, en el mismo periodo, el departamento del Quindío creció un 1%. Es de destacar que el municipio con mayor crecimiento poblacional fue Salento con una variación de 28%, seguido por Armenia, Córdoba, Circasia y Buenavista que tuvieron un crecimiento porcentual menor al 5%; por su parte, los municipios que tuvieron disminución de población fueron La Tebaida, Calarcá, Filandia, Montenegro, Quimbaya, Pijao y Génova (P.7).

Dentro del contexto económico territorial en cuanto a los recursos naturales en explotación y/o proyectos de miga minería, se explota oro, mineral que se encuentra en pequeñas minas naturales ubicadas en la vertiente occidental de la cordillera central; también se explota en menor cantidad plata, plomo y zinc; en cuanto a minerales no metálicos, se explota arcilla, caliza y megaproyectos dolomita. Actualmente, el 280% del territorio del Quindío (55.054 Ha) tiene títulos mineros, otorgados principalmente en los municipios cordilleranos de Salento, Córdoba, Pijao, Génova y Calarcá.

Según información suministrada por INGEOMINAS existen 74 Títulos mineros vigentes inscritos en el registro minero nacional; adicionalmente existen 132 solicitudes mineras vigentes radicadas en estudio, es decir que el área minera del departamento de ampliará a un 62% (120.284 aproximadamente) del total del territorio del Quindío. El 75,6% de los títulos mineros inscritos en el registro minero nacional corresponde a materiales de construcción y arcilla abarcando el 10,86% del área titulada, el 21,6% corresponde a oro y metales preciosos, es decir el 88,76% del área titulada y el 2,7% en otros minerales con el O,38% del área titulada: el carbón no tiene representatividad. (Plan de Desarrollo Departamental. 2020. P.62).

Así mismo la vivienda en el departamento de Quindío se divide en dos grandes grupos a nivel general comenzando en Armenia como cabecera con 96.69% ocupación, seguido por los municipios de Tebaida, Montenegro, Quimbaya, Salento y Buenavista estos dos últimos con centros poblados y rurales, los cuales ascienden al 80% de ocupación. Esta distribución se da de acuerdo al tipo comenzando por Casa con un 77,13% seguido de Apartamento 19,06%; Tipo cuarto 3,55%; Vivienda Tradicional Indígena 0.07%; Vivienda Tradicional étnica (afrocolombiana, isleña, Rrom) 0,02% (P.10).

En el departamento del Quindío se pueden citar los hechos de violencia y tales como homicidio, amenazas contra la población Victima, desplazamiento, amenazas, intimidaciones y extorsiones contra dirigentes comunales, docentes, estudiantes, activistas de ONG, defensores de derechos humanos, servidores públicos, comerciantes y líderes sociales, las cuales han dejado brechas en la población de detrimento económico, afectaciones psicológicas, desintegración del núcleo familiar que deben ser atendidas por las instituciones de carácter departamental.

Quindío cuenta con 51.483 Víctimas del Conflicto Armado -VCA-, lo cual da una prevalencia a nivel nacional del 9.3% lo cual es en porcentaje a nivel departamental de 0.6% por habitantes (Boletines Poblacionales. 2020. P.4).

Según los Boletines Poblacionales de agosto de 2020: Población Víctima del Conflicto Armado de la oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social corte de diciembre de 2019 y de acuerdo a los registros administrativos en la bodega de datos de SISPRO en Colombia hay cerca de ocho millones de víctimas del conflicto armado.

Donde la tasa de afiliación incluida en el RUV es del 91% de afiliados a comparación de la población general, siendo esto el 72,1% de población víctima perteneciente al régimen subsidiado (P.3) mientras que el 25,3% pertenece al régimen contributivo y el 2,5% al régimen especial (P.6).

Del cual el 12,3% son adultos mayores; el 56,5% en su mayoría son adultos, los NNA representan el 30,5%; el 2,7% se encuentran en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad; y según los datos del SISPRO el 5,7% se auto reconocen en algún grupo étnico dentro de los cuales el 54% se identifican como indígenas, y el 44,6% como afrodescendiente. Siento los principales hechos victimizantes el desplazamiento forzado y el homicidio (P.3).

De esta manera a continuación se presenta los principales datos de la población víctima del conflicto armado en el Departamento, de esta manera de acuerdo el RUV Risaralda tiene víctimas registradas, 21.838 Victimas Ocurrencia, 67.351 víctimas declaración,47.965 víctimas ubicación,43.660 víctimas sujetos de accion,26.090 eventos donde los hechos victimizantes más relevantes son el desplazamiento Forzado con 16.712 víctimas registradas, seguido del Homicidio con 4.789 víctimas, a continuación se evidencia en la gráfica:

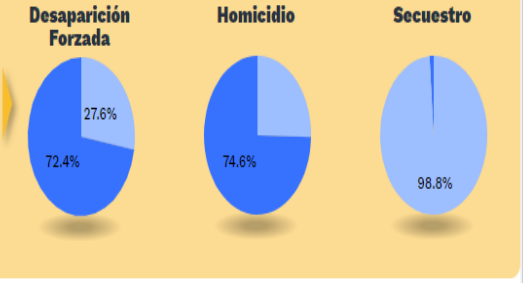
Víctimas por Hecho Victimizante - Departamento QUINDIO - Fecha Corte 31/08/2021

Hecho Victimizante	21.838 VÍCTIMAS OCURRENCIA	67.351 VÍCTIMAS DECLARACIÓN	47.965 VÍCTIMAS UBICACIÓN	43.660 SUJETOS DE ATENCIÓN	26.090 EVENTOS
Acto terroris...	215	323	386	337	218
Amenaza	2.404	7.707	5.649	5.534	2.567
Delitos contr...	83	209	211	209	84
Desaparición ...	568	1.345	1.058	928	591
Desplazamient...	16.712	59.922	43.201	39.550	17.254
Homicidio	4.789	7.664	5.981	5.316	4.959
Minas Antiper...	13	85	119	117	13
Secuestro	80	115	156	124	81
Tortura	32	82	66	64	32
Vinculación d...	23	150	122	116	24
Abandono o De...	2	0	69	67	2
Perdida de Bi...	190	419	474	458	190
Lesiones Pers...	32	104	140	138	34
Lesiones Pers...	41	71	79	78	41
Confinamiento	0	0	94	92	0
Sin informacion	0	0	48	43	0

Filtros de Búsqueda

Hecho Victimizante	Víctimas Directas	Víctimas Indirectas
Desaparición forzada	157	411
Homicidio	1,216	3,573
Secuestro	79	1





Estimado usuario, tenga en cuenta que...
Por la naturaleza dinámica del Registro Único de Víctimas y debido a los procesos de depuración de la información, se generan cambios en las cifras presentadas a través del tiempo.

Fuente: Red Nacional de Información
Fecha Corte: martes, 31 de agosto de 2021

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio.

De acuerdo a lo reportado por el Plan de Desarrollo Departamental, en relación a la atención psicosocial implementado por el Departamento, esta se ha realizado en su gran mayoría con estudiantes y docentes de manera individual y/o grupal en las instituciones educativas oficiales, con un esperado 18.000 atendidos (Plan de Desarrollo Departamental. 2020. P.12), en relación a las mujeres se aspira a implementar una Casa de la Mujer Empoderada en el Departamento del Quindío, en temáticas de empoderamiento, atención socio-jurídica de las mujeres víctimas de violencia. (Plan de Desarrollo Departamental. 2020. P. 16). Poner en salud.

Para el año 2019 el Ministerio de Salud y protección social prioriza los municipios de Armenia y Calarcá para la implementación del programa con recursos propios del Estado donde se logró atender un total de 729 y 124 personas víctimas del conflicto armado respectivamente.

Para la vigencia 2020, se amplía la cobertura de atención incluyendo los municipios de Montenegro, Quimbaya y la Tebaida, para un total de 5 municipios, se realizaron dos ciclos de atención bajo la modalidad individual y familiar, sin embargo, en este año, se modifica la forma de trabajar con la población debido a la pandemia de Covid-19 que afecto no solo a Colombia sino varios continentes del mundo, lo que llevo a optar por la telemedicina como estrategia de afrontamiento a la situación actual.

De acuerdo a lo anterior, en el municipio de Armenia se logró atender en forma semipresencial en el primer y segundo ciclo de atención en la modalidad individual y familiar un total de 154 y 100 personas víctimas del conflicto armado respectivamente, para ello, se conformó un equipo psicosocial conformado por dos profesionales psicosociales y un promotor que contaron con el acompañamiento y orientación de un asesor psicosocial, un técnico en salud, asesor en salud y un coordinador para territorio.

En la presente vigencia, año 2021, se dará continuidad a la atención en los municipios de Armenia y calarca. Se pretende entre el tercer, cuarto y quinto ciclo de atención atender un total 228 personas entre la modalidad individual y familiar, para ello se continuará trabajando de forma semipresencial y con la conformación del equipo de trabajo correspondiente a las necesidades de la implementación.

Las estrategias que se vienen desarrollando en el Departamento de Quindío (Armenia y Calarcá) municipios priorizados por el PAPSIVI son:

La articulación con las instituciones que conforman el SNARIV, el apoyo de la Secretaria de Salud Municipal y la Personería Municipal, organizaciones de víctimas, como la Mesas (municipal y departamental) de Participación Efectiva de Víctimas con quienes se ha socializado previamente el protocolo PAPSIVI. Además, se viene desarrollando las fases de focalización, caracterización,

atención psicosocial en las modalidades familiar e individual, seguimiento y monitoreo, como también derivaciones desde el componente de salud integral a las víctimas, conforme con la situación de emergencia sanitaria derivada del COVID-19, en virtud de garantizar la integridad en salud de las personas participantes del programa PAPSIVI y los profesionales adscritos a la Fundación Forjando Futuros. Esta implementación se ha realizado en el escenario semipresencial, con algunas excepciones dada la situación alarmante de contagios por Covid-19 y la ocupación UCI por encima del 90% en el mes de junio de 2021.

Estrategias que ha permitido la socialización de dichas necesidades, como en la gestión por parte de los profesionales psicosociales, favoreciendo el acceso a la salud, como a la atención psicosocial y las medidas complementarias dentro de los procesos de reparación y rehabilitación establecidos en la ley de víctimas del conflicto armado interno.

Así mismo, en las diferentes entidades tanto privadas como públicas, entre ellas SENA, Universidades, ICBF, Instituciones Educativas, Fondo Nacional del Ahorro, EPS, entre otros, se ha venido socializando el programa PAPSIVI, en busca de articular acciones que beneficien a la población víctima, en temas de mitigar los daños y/o afectaciones en la salud física, mental y psicosocial, y a su vez brindar recursos para el fortalecimiento de su proyecto de vida, a nivel personal, familiar, salud, productividad, hábitat, educación, comunidad, y seguridad. Dando a conocer la Resolución 1166 de 2018, como parte del protocolo interno.

Desde el componente de salud integral en el marco del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a víctimas del conflicto armado, el ente departamental desde el área de Promoción Social ha venido realizado desde el año 2017 acciones de difusión y socialización del protocolo a actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud a fin de que tanto la entidad territorial, las EAPBS e IPS conozcan sus competencias y responsabilidades frente a la implementación de la Ruta de Salud específica para esta población.

Vale la pena resaltar que los escenarios de articulación de la oferta psicosocial se vienen realizando a través de los Subcomités de Atención, Asistencia y Reparación Integral, espacios generados por las alcaldías municipales y el ente gubernamental con presencia de las entidades que conforman el SNARIV.

Asimismo, es de resaltar, que a medida que la población víctima del conflicto, participa del proceso de atención psicosocial, le ha permitido recibir una mayor orientación, por parte de los Profesionales Psicosociales, en temas de acceso a los servicios de salud, al registro a la Agencia Pública de Empleo, a la vinculación de ofertas institucionales a nivel formativo, etc.

A su vez, han tenido avances significativos en cuanto a la recuperación emocional, fortalecimiento de su autoestima, direccionamiento de su plan de vida, desarrollo de habilidades sociales, de afrontamiento, autonomía para la ejecución de sus actividades y participación activa en la sociedad. Acciones que se efectúan a través

de un equipo interdisciplinario (Asesor Psicosocial, Profesional Psicosocial, Asesor de Salud y Promotora Psicosocial), que permiten dar mayor credibilidad al proceso de atención.

Los miembros del Comité de Justicia Transicional aprobaron el Plan de Acción Territorial - PAT 2020 – 2023, en el que se contemplan los diferentes enfoques diferenciales de la población víctima y para el que el Plan de Desarrollo Departamental “Tú y Yo Somos Quindío” fue un insumo fundamental debido a la amplia oferta social que lo compone, a través de programas y proyectos que beneficiarán a la población víctimas del conflicto armado en el departamento.

El referente PAPSIVI está bajo la cobertura de la Secretaría de Salud departamental, la cual está conformada por el equipo interdisciplinario e interinstitucional para adelantar la atención física y/o mental de las VCA, creando así el enlace psicosocial de acuerdo al municipio y/o ciudad capital, los cuales están direccionados desde la Secretaría de salud y Protección Social el cual tiene a cargo la creación del equipo psicosocial PAPSIVI que trabaja temas de salud integral, y atención (MINSALUD.2020).

Conforme lo anterior se establece que la mayoría de las personas víctimas están siendo atendidas por Asmet Salud EPS con el 87,7 %; EPS Sanitas con 0.0%, Nueva Eps con 65,2%; Coomeva EPS 66,8%; Medimás EPS 76,8%, Salud Total 0,0%, y Servicio Occidente de Salud S.O.S con 48,1% (P.15) estas con presencia en el departamento de Quindío, Según el Boletín Poblacionales Víctimas del Conflicto Armado del MSPS las EPS con mayor protocolo y atención a las víctimas. La Atención Psicosocial, según el segundo componente del PAPSIVI de acuerdo con el Protocolo de Atención Integral con Enfoque Psicosocial del MSPS, dicta que la asistencia en salud tiene procesos y servicios de recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, como el proyecto de vida y la vida de relación generados a las víctimas, sus familias y las comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH (P. 23).

Dentro de las jornadas de socialización se realizaron: la identificación de actores, dentro de los cuales se incluyeron: entidades territoriales departamentales, municipales, EAPB, IPS, profesionales de los equipos de atención psicosocial del Papsivi, ICBF, comisarías de familia, entre otros actores relevantes.

Una vez identificados los actores, se procedió a realizar la convocatoria, a cargo del MSPS. (Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado. 2017. P. 49). Y en ese sentido se trabaja la resolución 1166 de 2018, donde se interpreta la humanización de los protocolos de atención y trabajo con VCA. Desde la planeación anual con el personal en la formación de técnicas de autocuidado, procedimientos de relaciones sociales y cuidado emocional; que se llevan a cabo en los planes, programas, proyectos y/o estrategias de cuidado (Resolución 1166.2018. P. 11).

Las principales E.S.E. en el Departamento de Quindío son: Red salud, Cisar I.P,Tes De **Servicios** Especializados S.A.S,Fresenius Medical Care,Institución Prestadora De **Servicios De Salud** Del Caribe S.A, Medicarte,Gema I.P.S. Gestión Y Manejo En **Salud**,E.S.E Hospital san camilo(Buenavista), E.S.E Hospital san Roque(Córdoba),E.S.E Hospital la Misericordia (Calarcá),E.S.E.Hospital san Juan de Dios(circasia), E.S.E Hospital Mental (Filandia), E.S.E Hospital San Vicente de Paul (Génova), Hospital PIO X(la tebaida9, Hospital Roberto Quintero villa(Montenegro), E.S.E Hospital Santa Ana(Pijao), E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús (Quimbaya), Hospital san Vicente de Paul(Salento).

PERSONAS ATENDIDAS POR EL PROGRAMA PAPSIVI, VIGENCIA 2021, FUNDACION FORJANDO FUTUROS, SEGÚN MODALIDAD Y CICLO EN EL DEPARTAMENTO.

Personas atendidas 3 Ciclo Departamento de Quindío Programa PAPSIVI

Departamento	Municipio	Personas Atendidas por Modalidad		
		Modalidad Individual	Modalidad Familiar	Total personas víctimas atendidas
Quindío	ARMENIA	14	65	79
	CALARCÁ	14	66	80
	Total Dpto. de :	**28**	**131**	**159**

PERSONAS ATENDIDAS 4 CICLO DEPARTAMENTO DE QUINDIO PROGRAMA PAPSIVI

Departamento		Personas en Modalidad Individual	Total Planes Individuales	Personas Modalidad Familiar	Total Planes Familiares	Total personas atendidas	Total de Personas proyectadas por el MSPS en Ciclo Cuatro	Porcentaje de Personas atendidas en el 4 Ciclo
QUINDIO	ARMENIA	14	14	64	20	84	74	100%
	CALARCA	14	14	69	20	83	74	100%
		Total personas atendidas 4 Ciclo de Atención				167	148	

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL DEPARTAMENTO DE QUINDIO CON EL FIN DE MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS HABITANTES DE LOS DIFERENTES MUNICIPIOS.

SALUD

A continuación, se presentan las cifras de la evolución de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS entre enero y septiembre del año 2020, para poder tener un panorama acerca de cómo ha sido el desempeño de la cobertura en el SGSSS, en el Departamento del Quindío.

Quindío Población 578.268	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.
Reg. Contributivo	261.522	263.508	265.053	265.475	267.289	267.589	268.794	269.339	270.658
Reg. Subsidiado	238.157	238.535	240.399	240.315	239.876	239.924	239.636	239.835	239.720
Reg. Especial	9.899	9.881	9.789	9.753	9.672	9.650	9.580	9.689	9.675
Total afiliados	509.578	511.924	515.241	515.543	516.837	517.163	518.010	518.863	520.053
% Afiliación	88,12	88,53	89,10	89,15	89,38	89,43	89,58	89,73	89,93

Fuente: SISPRO, Corte 15 de septiembre de 2020.

Es así como se puede evidenciar que a nivel departamental la cobertura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS ha venido aumentando porcentualmente entre el periodo de enero a septiembre de 2020, al pasar de un nivel de 88.12% en enero de 2019 al 89.93% en septiembre de 2020. En términos del número de afiliados se ha pasado de 509.578 en enero de 2019 a 520.053 en septiembre de 2020, teniendo un incremento de 10.475 afiliados en este periodo. Con base en lo anterior vemos que la afiliación a nivel global durante el periodo Enero-Septiembre de 2020 ha ido creciendo en el Departamento en un promedio mensual de 1.164 personas afiliadas en los 3 Regímenes (Contributivo, Subsidiado 43 y Especiales), lo cual posiblemente se presenta debido a mejores condiciones económicas que han estimulado la generación de empleo formal y la capacidad económica para que los independientes coticen su seguridad social, así como del trabajo realizado para identificar y canalizar la población que cumple requisitos para su afiliación al Régimen Subsidiado.

Indicadores Empresas Sociales del Estado Departamento del Quindío con corte a diciembre de 2019

INDICADOR	QUINDIO	ARMENIA	BUENAVISTA	CALARCÁ	CIRCASIA	CÓRDOBA	FILANDIA	GÉNOVA	LA TEBAIDA	MONTENEGRO	PIJAO	QUIMB
Población	**575,010**	**301,224**	**2,758**	**78,779**	**30,655**	**5,268**	**13,580**	**7,487**	**45,242**	**41,722**	**6,000**	**35,19**
Cobertura en Aseguramiento General	87.6	97.9	76.4	75.3	64.7	87.5	71.0	96.2	68.4	87.3	82.8	82.8
Cobertura de vacunación con pentavalente (DPT y Hepatitis)	96.1	94.9	86.4	100.4	79.5	93.8	111.1	98.7	98.8	99.3	129.1	94.6
Cobertura de vacunación de Triple Viral (menor 1 año)	99.9	98.6	100	104.4	81.6	92.8	109	97.6	108.2	105.2	123.2	97.1
Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos	97.7	107.4	68.2	90.8	67.4	66.2	73.7	89.5	91.3	82.2	69.1	89.3
Nacidos vivos con 4 controles prenatales (porcentaje)	93.2	95.5	90.9	89.9	91.5	88.4	97.8	83.8	89.3	93.2	87.5	89.9
Mortalidad materna a 42 días (tasa x 100.000 NV)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad materna a 1 año (tasa x 100.000 NV)	35.7	64.2	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0
Porcentaje de atención parto por personal calificado	99.8	99.8	100.0	99.6	100.0	100.0	98.9	98.6	99.5	100.0	100.0	100.
Mortalidad fetal (tasa x 1.000 Nv)	40.4	37.3	45.5	78.1	48.8	23.3	22.5	13.5	41.4	11.8	20.8	34.6
Mortalidad perinatal (Tasa x 1.000 NV)	15.2	13.2	0.0	15.1	32.5	23.3	11.2	13.5	9.7	21.2	0.0	20.2
Mortalidad en menores de 1 año (tasa 1.000 NV)	11.3	10.6	0.0	9.6	16.3	23.3	0.0	0.0	0.0	23.6	0.0	20.2
mortalidad en menores de 5 años (tasa 1.000 NV)	12.9	13.5	0.0	9.6	16.3	23.3	0.0	0.0	0.0	23.6	0.0	20.2

INDICADOR	QUINDIO	ARMENIA	BUENAVISTA	CALARCÁ	CIRCASIA	CÓRDOBA	FILANDIA	GÉNOVA	LA TEBAIDA	MONTENEGRO	PIJAO	QUIMBAYA	SALENTO
Embarazo en adolescentes (10-19 años)	19.4	17.4	36.4	21.4	17.5	25.6	12.4	32.4	23.8	26.2	14.6	17.6	27.5
Sífilis congénita (Tasa x 1.000 NV)	1.6	1.3	0.0	1.4	0.0	0.0	11.2	0.0	4.9	2.4	0.0	0.0	0.0
Bajo peso al nacer	7.1	7.0	0.0	7.5	8.1	14.0	7.9	4.1	5.8	7.3	2.1	8.4	3.9

INDICADOR	QUINDIO	ARMENIA	BUENAVISTA	CALARCÁ	CIRCASIA	CÓRDOBA	FILANDIA	GÉNOVA	LA TEBAIDA	MONTENEGRO	PIJAO	QUIMBAYA	SALENTO
Bajo peso al nacer (embarazo a término >=37 sem)	2.3	2.4	0.0	2.3	2.4	4.7	3.4	2.7	1.5	1.7	0.0	2.9	2.0
Incidencia casos de Tuberculosis (tasa x 100.000 hbtes)	40.7	48.1	0.0	33.0	22.8	19.0	0.0	80.1	28.7	31.2	50.0	56.8	0.0
Incidencia violencia de género (tasa x 100.000 hbtes)	349.6	287.5	580.1	547.1	199.0	436.6	287.2	707.9	373.5	333.2	550.0	389.3	394.4
Incidencia VIH-SIDA (tasa x 100.000 hbtes)	57.7	70.0		57.1	48.9	0.0	22.1	53.4	42.0	36.0	33.3	45.5	28.2
Incidencia intento de suicidio (tasa x 100.000 hbtes)	96.3	91.6	181.3	114.2	101.1	75.9	66.3	187.0	75.2	141.4	83.3	48.3	140.8
Mortalidad por suicidio (tasa x 100.000 hbtes)	10.6	10.0	36.3	8.9	19.6	0.0	14.7	40.1	11.1	9.6	0.0	5.7	14.1
Mortalidad por homicidio (tasa x 100.000 hbtes)	35.8	31.9	0.0	51.0	23.0	18.9	14.8	117.9	36.2	24.1	0.0	51.3	70.4
Mortalidad x accidente de tránsito (tasa x 100.000 hbtes)	21.0	29.0	0.0	23.0	16.5	0.0	0.0	13.1	13.6	4.8	0.0	2.8	0.0
Tasa de mortalidad por EDA en niños menores de 5 años	2.2	4.41	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tasa de mortalidad por IRA en niños menores de 5 años	6.5	8.83	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	28.1	0.0	0.0	0.0
Razón de Morbilidad Materna Extrema	4.8	24.7	45.5	24.7	32.5	0.0	0.0	40.5	36.5	35.4	20.8	37.5	19.6
Tasa de natalidad (por 1.000 hbtes)	9.7	10.3	8.0	9.3	8.0	8.2	6.6	9.9	9.1	10.2	8.0	9.9	7.2
Tasa de Mortalidad general (1.000 hbtes)	6.5	7.3	4.7	6.6	5.7	5.5	5.5	6.3	4.2	5.6	6.2	6.2	4.8
Nacidos vivos residencia Quindío	**5,600**	**3114**	**22**	**730**	**246**	**43**	**89**	**74**	**411**	**424**	**48**	**347**	**51**

INDICADOR	QUINDIO	ARMENIA	BUENAVISTA	CALARCÁ	CIRCASIA	CÓRDOBA	FILANDIA	GÉNOVA	LA TEBAIDA	MONTENEGRO	PIJAO	QUIMBAYA	SALENTO
Nacidos vivos con 4 controles prenatales	**5,220**	2973	20	656	225	38	87	62	367	395	42	312	43
Mortalidad materna a 42 días (tasa x 100.000 NV)	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad materna a 1 año (tasa x 100.000 NV)	**2**	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atención parto por personal calificado	**5,587**	3109	22	727	246	43	88	73	409	424	48	347	51
No. Muertes fetales	**226**	116	1	57	12	1	2	1	17	5	1	12	1
No. Muertes perinatales	**85**	41	0	11	8	1	1	1	4	9	0	7	2
Número de muertes menores de 1 año	**63**	33		7	4	1				10		7	1
Número de muertes en menores de 5 años	**72**	42		7	4	1				10		7	1
Embarazo en adolescentes (10-19 años)	**1,086**	542	8	156	43	11	11	24	98	111	7	61	14
Casos de sífilis congénita	**9**	4		1			1		2	1			
Nacidos vivos con bajo peso al nacer	**397**	219		55	20	6	7	3	24	31	1	29	2
Nacidos vivos con bajo peso al nacer >=37 sem gest	**129**	75		17	6	2	3	2	6	7		10	1
No. casos nuevos de Tuberculosis	**234**	145		26	7	1		6	13	13	3	20	
No. casos de violencia de género	**2,010**	866	16	431	61	23	39	53	169	139	33	137	28
No. casos de VIH-SIDA	**332**	211		45	15		3	4	19	15	2	16	2
No. casos de intento de suicidio	**554**	276	5	90	31	4	9	14	34	59	5	17	10
No. Muertes por suicidio	**61**	30	1	7	6		2	3	5	4		2	1
No. Muertes por homicidio	**192**	86		33	10		1	3	16	23	2	18	
No. Muertes por accidente de tránsito	**99**	53		17	6	2	1	1	9	4		4	2
Razón de Morbilidad Materna Extrema	**27**	77	1	18	8	0	0	3	15	15	1	13	1
Número de Muertes	**3,760**	2,189	13	518	176	29	75	47	190	234	37	218	34

Fuente: Secretaría de Salud Departamental

Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos:

En materia de sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos se realizaron las siguientes Acciones:

- Operativización del Comité de Maternidad Segura y proceso de aprestamiento para la implementación de la Ruta Materno Perinatal.
- Acompañamiento a los planes locales de salud en los 12 municipios en el desarrollo de capacidades para el fortalecimiento de los Comités municipales de Violencia Genero y Sexual y la operatividad de las rutas municipales
- Asesoría y asistencia técnica en la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos a las IPS públicas y privadas, planes locales de salud y EAPB ♣ Actividades Pendientes
- Implementación en el territorio de la Ruta Materno Perinatal.
- Certificación del personal de salud frente al abordaje integral de las violencias de género y sexual (Resolución No. 459).
- Establecer ruta clara desde prestación de servicios para la entrega de medicamento para el tratamiento de la Hepatitis C.
- Establecer ruta clara desde prestación de servicios para la atención integral de la población sin afiliación en salud para el manejo de los eventos de salud sexual y reproductiva tales como: violencia sexual, VIH y hepatitis.

Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental

En materia de convivencia social y salud mental se realizaron las siguientes Acciones:

- Avance en la implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud Mental en los municipios del Departamento del Quindío.
- Desarrollo de la Estrategia de Ángel Guardián para la Prevención de la conducta suicida. Estrategia para la implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud Mental en los municipios del Departamento del Quindío. 29
- Formulación de una estrategia de seguimiento y abordaje a la Violencia intrafamiliar desde un enfoque de Salud Mental. Entrenamiento en mh-Gap para los Trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.
- Conmemoración de los siguientes días: Día Mundial para la Concienciación de la Epilepsia o 'Día Púrpura 26 de marzo, Día Internacional de la Lucha contra el uso indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, 26 de junio, Día Internacional de la Sensibilización sobre la Sobredosis 31 de agosto, Día Mundial para la Prevención del Suicidio 10 de septiembre, Día Mundial de la Salud Mental 10 de octubre.
- Fortalecimiento y articulación de los procesos investigativos en Salud Mental ♣ Actividades Pendiente
- Adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de la Resolución No.1598 de 2018 por la cual se adopta la Política Departamental de Salud Mental y la Resolución 089 de 2019 Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, además de las Resoluciones de Política en Salud Mental de los 12 municipios.
- Formulación del Plan Departamental de la Conducta Suicida. o Dimensión de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables Teniendo en cuenta las dificultades que la población rural tiene para el acceso a los servicios de salud, el consumo de agua no potable, la contaminación de sus fuentes de agua, el manejo de residuos y los hábitos saludables, se dio inicio al "Jeep de la Salud" que es un acompañamiento al fortalecimiento de la estrategia de promoción de la salud y prevención de las enfermedades transmitidas por agua, suelo y alimentos dentro de la articulación de las estrategias IAMI-PAI-AIEPI; en las comunidades rurales del departamento, en el cual se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:
- El plan es la enseñanza de prácticas claves que contribuyan al autocuidado de los niños y niñas, la protección del medio ambiente y disfrute en el mantenimiento de la salud es primordial para continuar con el desarrollo de su ciclo vital y así poder llegar a la adultez con sentido de pertenecía y concientización en el autocuidado, la salud y el planeta. 30 ⟩ Con el fin de ampliar conocimientos a la población alcanzada, que permita identificar los elementos necesarios para establecer los factores de riesgo, momentos significativos en el curso de la vida y las condiciones del entorno donde viven las personas que estarán sujetas a ser trasformadas a través de una intervención en salud pública definida en el Plan Territorial de Salud.
- Se han socializado las 18 prácticas de la Estrategia AIEPI en su componente comunitario, el cual propone que las FAMILIAS incorporen

PRÁCTICAS SALUDABLES para el desarrollo seguro de sus hijos protegiendo su crecimiento sano, previniendo para que no se enfermen, dando CUIDADOS ADECUADOS en el hogar cuando están enfermos, DETECTANDO OPORTUNAMENTE SIGNOS que manifiestan que requieren TRATAMIENTO INMEDIATO para BUSCAR AYUDA

- Especificaciones de atención primaria para la prevención y cuidado adecuado de los casos de IRA (Infección Respiratoria Aguda) y EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) leves en casa
- Verificación de las coberturas de vacunación de la población visitada
- Se realizaron acciones de asistencia y acompañamiento oportuno en el desarrollo de los diferentes componentes del programa permanente del PAI, las jornadas de vacunación, operaciones barrido o intensificaciones de vacunación a nivel Municipal.
- Se brindó educación a la familia, educadores, facilitadores y actores sociales visitados sobre AIEPI 18 prácticas saludables, prácticas higiénicas, EDA, IRA y su manejo en los Hogares de bienestar, CDI Y FAMI de los 11 municipios del Departamento del Quindío y se alcanzó una población de 1335 en los años 2017-2018 y 2019.
- Se levantó información del estado de la estrategia AIEPI COMUNITARIO en el Departamento del Quindío.
- Se realizaron encuestas de familia y vivienda saludable El Departamento del Quindío, de acuerdo a proyección DANE para el año 2017, tiene 60.868 habitantes en la zona rural de los 11 municipios intervenidos, y la estrategia Jeep de la Salud permitió realizar intervenciones a 816 hogares con 2084 integrantes, lo que equivale a un 3,42% de cobertura. 31 las actividades desarrolladas en la estrategia “Jeep de la Salud”, se basaron en recorrido rural para los municipios de Buenavista, Calarcá, Circasia, Córdoba, Filandia, Génova, La Tebaida, Montenegro, Pijao, Quimbaya y Salento; donde se realizó una primera visita de caracterización de familias y viviendas donde se identificaron los riesgos que presentaban en la familia. La información que se obtuvo mediante la caracterización de familias y viviendas saludables nos va a ayudar a definir las líneas de acción y actividades necesarias para facilitar a la autoridad sanitaria en el territorio rural del Departamento del Quindío como planificador e integrador de acciones relacionadas con la producción social de la salud.

Dimensión de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.

En materia de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles se realizaron las siguientes Acciones:

- Implementación del Comité Evaluador de Casos Especiales de Tuberculosis CERCET. 34
- Rondas Medicas a pacientes hospitalizados que garanticen el contacto directo con los pacientes y poder así brindarle un mejor seguimiento a la adherencia al tratamiento.
- Formación de agentes comunitarios TB/VIH, el cual nos ha ayudado a adquirir aliados estratégicos en beneficio del programa de tuberculosis.
- Visitas a pacientes

- Búsqueda de sintomáticos respiratorios y de Piel
- Movilizaciones casa a casa
- Intervenciones psicológicas
- Estudios de caso de mortalidad por tuberculosis
- Visitas de Asistencia técnica y seguimiento a IPS Públicas, Privadas, EPS, PLS YSSM.
- Sensibilización y educación sobre la enfermedad de tuberculosis y lepra.
- Conmemoración del día del Tb y la enfermedad de Hansen.
- Capacitaciones sobre TB y Lepra.
- Implementación de la EGI, ETV, en cuatro municipios hiperendémicos, cumplimiento del 100 % en Calarcá, Quimbaya, La tebaida, y Montenegro.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

A continuación, se presenta la oferta institucional frente a los servicios a los que se puede acceder por parte del PAPSIVI en su gestión operativa dentro de los procesos de atención psicosocial, atención en salud integral y servicios complementarios:

CULTURA

- El Plan Departamental de Desarrollo del Quindío, dio a la cultura un papel importante, entendiéndola como aquella dimensión que contiene pilares fundamentales y transversales para el desarrollo de las sociedades.

Tabla No. CUL 001
Estado de la Infraestructura de la Casas de la Cultura en el Departamento

MUNICIPIOS	CASAS DE LA CULTURA						
	Nombre y Cargo del Responsable	B	R	M	Dirección	Teléfono	Correo Electrónico
Buenavista	Jairo Antonio Nieto Subsecretario de Cultura, Recreación y Deportes	x			Calle 2 No. 2 - 51	7547005	deporteyrecreacion@buenavista-quindio.gov.co
Calarcá	Diego Mauricio Vásquez Subsecretario de Cultura	x			Casa de la Cultura Lucelly García de Montoya Calle 37 # 26-2	7422941	culturayturismo@calarca-quindio.gov.co
Corregimiento de Barcelona	Diego Mauricio Vásquez Subsecretario de Cultura	x			Casa de la Cultura José Rubén Márquez Morales Cl 10 Cra. 10 esquina parque principal	7422941	culturayturismo@calarca-quindio.gov.co
Circasia	Luz Marina Rincón Rincón Directora Casa de la Cultura	x			Casa de la Cultura Antonio Valencia Mejía Calle 6a N°.15-45	7586963 7584316	cultura@circasia-quindio.gov.co
Córdoba	Ángela María Restrepo Directora de Cultura	x			Casa de la Cultura "Horacio Gómez Aristizábal" Carrera 10 # 11-59 esquina	7545099	casadelacultura@cordoba-quindio.gov.co
Filandia	Mario Alejandro Gutiérrez Director Casa de la Cultura	x			Cra 5a N° 6-40 esquina plaza principal	7582172	cultura@filandia-quindio.gov.co
Génova	María Daryery Martínez Subdirectora de Cultura, Deporte y Turismo	x			Carrera 10 # 25-67	7672075	culturadeporteturismo@genova-quindio.gov.co
La Tebaida	Alexander Carvajal Isaza Director de Cultura	x			Calle 12 # 6-60	7542444	cultura@tebaida-quindio.gov.co
Montenegro	Beatriz Botero Gómez Directora de Cultura	x			Carrera 6 Calle 18 Esquina	7535712	cultura@montenegro-quindio.gov.co
Pijao	Jiovany López Giraldo Director de Cultura	x			Cra 5 N° 12-29	7544025 7544033	casacultura@pijao-quindio.gov.co
Quimbaya	Olmedo Bello González Director Casa de la Cultura	x			Calle 16 N°4-23	7520613	casacultura@quimbaya-quindio.gov.co
Salento	Mauricio Ramírez Zuluaga Subsecretario de Cultura				No tiene Casa de la Cultura		turismoycultura@salento-quindio.gov.co
Armenia	Albert Quintero Director Corporación de Cultura y Turismo Corpocultura				No cuenta con Casa de la Cultura, pero sus espacios culturales están concentrados en la Estación del Ferrocarril	7314531 7412991. Ext 12 Ext 15	directorcorpocultura@armenia.gov.com

Fuente: Secretaría de Cultura

SECRETARIA	ACCIONES	CONTACTO
Familia	programa articulado interinstitucional para la atención integral con enfoque diferencial de las comunidades afrodescendientes asentadas en el Departamento del Quindío en sus diferentes formas organizativas	**317 73 13326**
	Planes de vida de los cabildos indígenas en el Departamento del Quindío.	
	Programa departamental para la atención y acompañamiento a la población migrante, y de repatriación	
	Estrategia de prevención del consumo de sustancias psicoactivas -SPA- dirigida a adolescentes y jóvenes del departamento.	
	Política pública de primera infancia, infancia y adolescencia	
	Estrategia de prevención y atención de embarazos y segundos embarazos a temprana edad. En el municipio de (Pijao)	
	Estrategia de prevención y atención de la erradicación del abuso, explotación sexual comercial, trabajo infantil y peores formas de trabajo, y actividades delictivas. En el municipio de (Pijao, Buenavista)	
Secretaria del interior	atención integral de las víctimas del conflicto por enfoque diferencial en los 12 municipios del departamento	**3206760290**
	Implementar el plan integral de prevención a las violaciones de Derechos Humanos DDHH e infracciones al Derecho Internacional Humanitario DIH	
	Apoyar la atención humanitaria inmediata a la población víctima del conflicto en los 12 municipios	
	Apoyar la articulación para la atención integral de las víctimas del conflicto por enfoque diferencial en los 12 municipios del departamento	
	Fortalecer el Comité departamental de justicia transicional y la mesa de participación efectiva de las víctimas del conflicto	
	Apoyar la construcción y la actualización de los Planes de Acción Territorial de víctimas PAT municipales y el PAT departamental	
	Diseñar el sistema de información Sistema de Información para la prevención, atención y reparación integral a las víctimas del conflicto armado.	
Proviquindio	Apoyo la construcción y el mejoramiento de mil (1000) viviendas urbanas, y rural priorizadas en el departamento del Quindío	
Secretaria de educación	Programa y/o proyecto para el acceso de niños, niñas y jovenes al sistema educativo	**3008630176**
	acceso de niños, niñas y jóvenes	

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

Las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales que ha experimentado la población víctima del conflicto han generado sufrimiento, discriminación, desigualdad y el mínimo de oportunidades en relación con la educación, el trabajo y la prestación de los servicios de salud, sumado a esto, ha generado desventajas ante el resto de la población en general, dentro de sus mismas comunidades y en el desenvolvimiento de su diario vivir. Lo anterior, se encuentra relacionado con la dificultad que presenta las instituciones de brindar una atención diferenciada de acuerdo a las características específicas de cada individuo.

GENERALES.

1. Con las víctimas que viven en las cabeceras rurales impidiendo su traslado al municipio más cercano para acceder a la información en temas de salud, productividad entre otras. Asimismo, la falta de recursos de las administraciones municipales para la creación de programas específicos para la población víctima. Como también la falta de oportunidades en relación a la empleabilidad en los municipios.

2. El reconocimiento del asistencialismo desprendido de la ley 1448 de 2011 que hace que las víctimas exijan sus derechos y desconocen sus deberes. Como el desconocimiento de los canales y sistemas de información, los cuales son deficientes para la identificación de la población víctima en cada municipio y así el reconocimiento del enfoque diferencial.

3. El desconocimiento de los funcionarios públicos acerca de la ley 1448 de 2011 y los derechos de la población víctima. Asimismo, la falta de programas de capacitación a los funcionarios que atienden población víctima. Como la no apropiación de los funcionarios que atienden población desde el concepto de atención bajo el marco del Enfoque diferencial y psicosocial.

4. La falta de empoderamiento de la población víctima frente a los procesos sociales y del desarrollo de su proyecto de vida, preocupándose únicamente por la indemnización por parte del Estado. Dado que las víctimas no exigen sus derechos por desconocimiento de la ley.

Barreras Comunicacionales

- ✓ El desconocimiento de la ley por parte de la población Victima para la exigencia de sus derechos y el aumento de intereses particulares de algunos líderes.
- ✓ La apatía de la población Victima a la Oferta institucional brindada por el municipio.
- ✓ La no adherencia a los procesos de Salud.
- ✓ El ver las medidas de reparación como un lucro económico y asistencialista.
- ✓ El desconocimiento de la ley 1448 /2011 por algunos funcionarios públicos y su falta de formación bajo el enfoque psicosocial para atender a esta población.
- ✓ La estigmatización por parte la sociedad en general hacia la población víctima del conflicto armado.
- ✓ El desconocimiento de los funcionarios de las Entidades prestadoras de Salud para brindar una atención oportuna y diferenciado ante los trámites requeridos por la población víctima.
- ✓ Las dificultades con los canales de comunicación expuestos por las EPS/IPS

Barreras Para La Población Víctima En Condición De Discapacidad – PCD

- ✓ Deficientes estrategias para la caracterización de la población con discapacidad víctima del conflicto armado.
- ✓ Faltan procesos de capacitación a profesionales, que faciliten la atención a la población víctima del conflicto armado con discapacidad.
- ✓ Desconocimiento del concepto de Discapacidad por parte de la población Victima y funcionarios del sector público.
- ✓ Reducida oportunidad de rehabilitación brindada por los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- ✓ La no identificación de la población Victima con discapacidad actual en el municipio para ser registrada en el RLCPCD.
- ✓ Pocos procesos de capacitación a personas cuidadoras de personas con discapacidad y con la connotación de víctimas del conflicto armado.
- ✓ Las barreras de acceso en la prestación de servicios de salud para la población Victima con Discapacidad.
- ✓ La deficiencia de programas y proyectos municipales para la población víctima con discapacidad.
- ✓ Las dificultades que presenta la población víctima del conflicto armado para obtener su certificado de discapacidad y/o certificado por enfermedad por parte de las EPS/ IPS

Barreras En La Población Adulto Mayor: (Mujeres –Hombres)

- ✓ Aumento de la exclusión social de los adultos mayores víctimas y en general.
- ✓ La falta de instituciones públicas que brinden espacios de Ocio.

- ✓ La no identificación de la población víctima del conflicto armado envejeciente.
- ✓ Las barreras de acceso en la prestación de servicios de salud para la población víctima Adulto Mayor.
- ✓ La Violencia Intrafamiliar a que son sometidos las personas mayores dentro de sus núcleos familiares incluyendo víctimas del conflicto armado.
- ✓ La mendicidad de las personas adultas mayores al tener necesidades básicas insatisfechas entre ellas las víctimas del conflicto armado.
- ✓ El que los Adulto Mayores no ingresen a la medida de Rehabilitación en el marco del PAPSIVI por desconocimiento o por falta de interés

Barreras En La Población De N.N.A (Niños, Niñas y Adolescentes)

- ✓ Aumento en los factores de riesgos para la población de N.N.A víctimas del conflicto armado en el entorno familiar y social debido a la deserción escolar, el consumo de Spa, el maltrato infantil, la mendicidad, la falta de redes de apoyo, , las necesidades básicas insatisfechas, el microtráfico
- ✓ Las barreras de acceso en la prestación de servicios de salud para la población de N, N A víctimas del conflicto armado.
- ✓ El no tener identificada la población víctima del conflicto armado desescolarizada y su incursión en empleos informales.

Grupos Étnicos (Indígenas- Afrocolombianos, Raizales, Palenqueros, ROM, Gitano)

- ✓ Prestación de servicios de salud sin Enfoque Diferencial.
- ✓ Barreras de acceso en la prestación de servicios de Salud para los grupos étnicos víctimas del conflicto armado.
- ✓ Inexistencia del Enfoque Psicosocial y diferencial en los procesos de atención a las poblaciones étnicas.
- ✓ Aumento de intereses particulares de algunos líderes representantes de sus comunidades.
- ✓ La no caracterización actualizada de la población étnica víctima del conflicto armado asentada en el municipio de Armenia.

Orientaciones Sexuales No Hegemónicas

- ✓ Promover la política de Equidad de Género en el departamento y en el municipio.
- ✓ Generar procesos con capacidad instalada para atender a la población víctima del conflicto armado con orientaciones sexuales no hegemónicas.
- ✓ Aumento del factor discriminación en esta comunidad por su orientación sexual hegemónica.

- ✓ Las barreras de acceso en la prestación de servicios de salud para la población víctima del conflicto armado con orientaciones sexuales no hegemónicas.
- ✓ La poca oferta en cuanto a programas para la población víctima del conflicto armado con orientaciones sexuales no hegemónicas.
- ✓ La discriminación.

El no tener caracterizada la población real con orientaciones no hegemónicas víctimas del conflicto armado, existente en el municipio de Armenia.

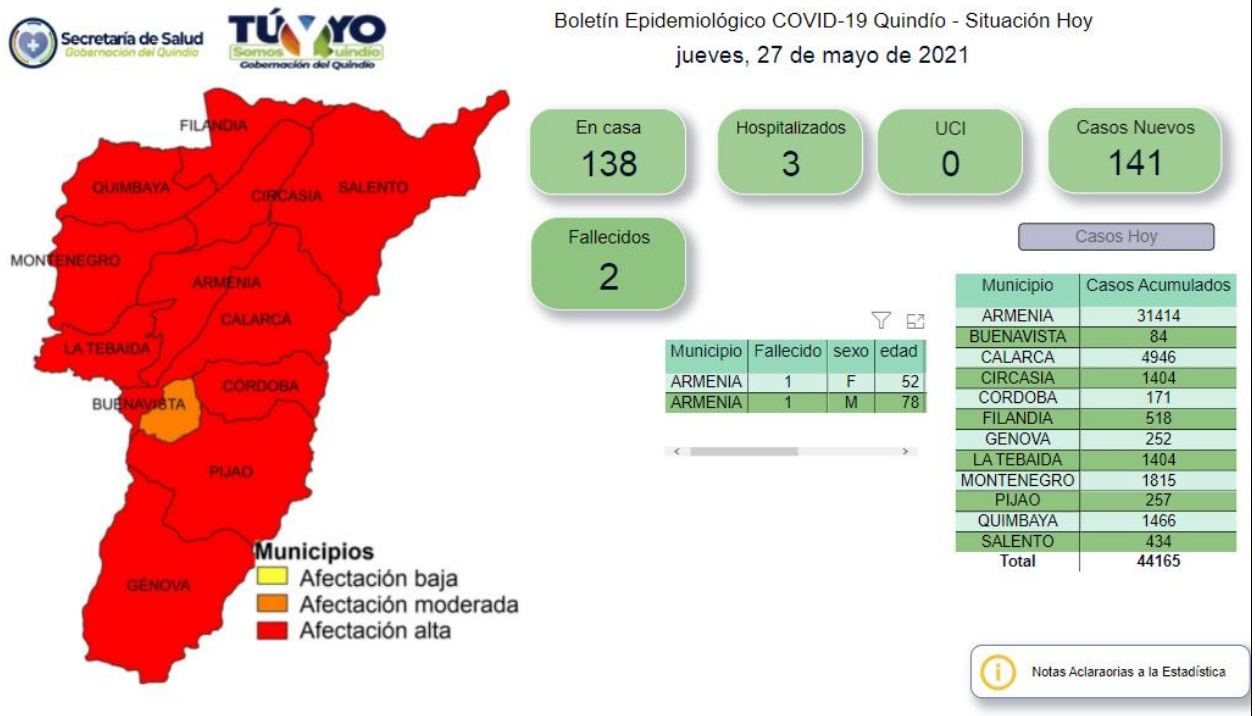
7. Estado de emergencia sanitaria Covid-19.

El nuevo Coronavirus (SARS - Cov 2) causa una Infección Respiratoria Aguda (IRA), que puede ser leve, moderada o severa. Entre sus síntomas se encuentran fiebre, tos, secreciones nasales (mocos) y malestar general. Algunos pacientes pueden presentar dificultad para respirar. La Organización Mundial de la Salud -OMS declaró el 11 de marzo del presente año como pandemia el coronavirus o Covid-19 y el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante resolución 385 de 2020 declaró emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 y adoptó medidas tendientes a prevenir y controlar la propagación del coronavirus o Covid-19 en el territorio nacional y mitigar sus efectos.

Dicha medida se ha ido extendiendo debido al comportamiento que ha tenido la pandemia y al incremento de casos. Del coronavirus o Covid-19 se conoce que cualquier persona puede infectarse, independientemente de su edad, pero hasta el momento se han registrado relativamente pocos casos de Covid-19 en niños.

La enfermedad es mortal en raras ocasiones, y hasta ahora las víctimas mortales han sido personas de edad avanzada que ya padecían una enfermedad crónica como diabetes, asma o hipertensión entre otras, y que afecta más a los hombres que a las mujeres

De acuerdo a las estadísticas reportadas por la secretaria de salud del Departamento del Quindío hay un boletín epidemiológico a fecha 27 de mayo de 2021; en relación a la emergencia sanitaria, de los 12 municipios, 11 se encuentran con una afectación alta, teniendo la ciudad de Armenia el mayor número de afectados, con un total de 115 casos activos de los 141 reportados en todo el departamento



.

Por otro lado, con respecto al paro nacional, se han presentado en la ciudad de Armenia bloqueos de vías en algunos sectores de la ciudad como también marchas y concentraciones de varios sectores lo cual impide la libre circulación y en algunas ocasiones afecta la seguridad de quien transita las calles.

En este sentido, dentro de las afectaciones que se han presentado en la ciudad de Armenia a Causa del Paro Nacional, están los disturbios presentados por el Sector de La universidad del Quindío, las denuncias de amenazas y afectaciones que presenta la Empresa de Buses Urbanos, la congestión vehicular a causa de caravanas de transportadores, las marchas convocadas por los diferentes sectores, los bloques en importantes vías de la ciudad, y en su momento los escases de gasolina.

El siguiente es un reporte de los casos de covid presentados en el municipio de Armenia del Departamento de Quindío a fecha 10 de junio de 2021 las cifras se han disparado hasta el momento cuenta con 31405 casos confirmados, casos por sexo 14636 son hombres y 16769 son mujeres, 1351 casos activos, 29219 casos recuperados y 835 personas fallecidas.

Dentro del trabajo que viene realizando el programa PAPSIVI a través de la Fundación Forjando Futuros se está adelantando constantemente la “campaña de autocuidado” prevención de la salud dentro de las diferentes atenciones psicosociales y salud integral

que se maneja con los miembros de las familias, en cuanto al manejo del protocolo de seguridad lavarse las manos constantemente, usar gel, desinfectar los implementos utilizados con alcohol, usar el tapabocas al salir de casa, tratar de evitar las aglomeraciones reuniones donde se concentra gran número de personas donde pueden existir casos activos de covid.



Se muestra a continuación otro reporte a fecha 25 de junio de 2021 de los últimos datos del covid en el municipio de Armenia – Quindío.



8. Referencias

- Alcaldia,Armenia.(16 de 03 de 2019).*Historia.* Obtenido de https://www.armenia.gov.co/alcaldia/historia

- DANE (31 de 07 de 2019). *Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.* Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190731-CNPV-presentacion-Quindio-Armenia.pdf
- El Espectador. (31 de 08 de 2020). *Alerta por presencia de grupos ilegales en el Eje Cafetero*. Obtenido de https://www.elespectador.com/colombia/mas-regiones/alerta-por-presencia-de-grupos-ilegales-en-el-eje-cafetero-article/
- Plan integral de prevencion y proteccion del municipio de Armenia. (2019). Alcaldia de Armenia.
- *Red Nacional de Informacion*. (30 de 04 de 2021). Obtenido de https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394
- Wikipedia. (14 de 06 de 2021). *Armenia (Quindio).* Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Armenia_(Quind%C3%ADo)#Armenia,_capital_quindiana
- Alcaldía de Armenia, Secretaria de Salud 2021
- ASIS DEPARTAMENTO QUINDÍO 2020 - Secretaria de Salud Departamental.

- Anexo Técnico Estrategia de Atención Psicosocial PAPSIVI 2017. Ministerio de Salud y Protección Social.

- Boletines Poblacionales: Población Víctima del Conflicto Armado Oficina de Promoción Social Ministerio de Salud y Protección Social 2020.

- Datos abiertos. 2020 Fuentes https://www.datos.gov.co/browse?q=VCA&sortBy=relevance

- Estrategia En el marco del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas - PAPSIVI de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado. 2017. Ministerio de Salud y Protección Social.

- Monografía electoral – Departamento del Quindío.

- Plan de desarrollo departamental “Tú y Yo somos Quindío” 2020-2023.

- Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas - PAPSIVI

Fuente:https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx

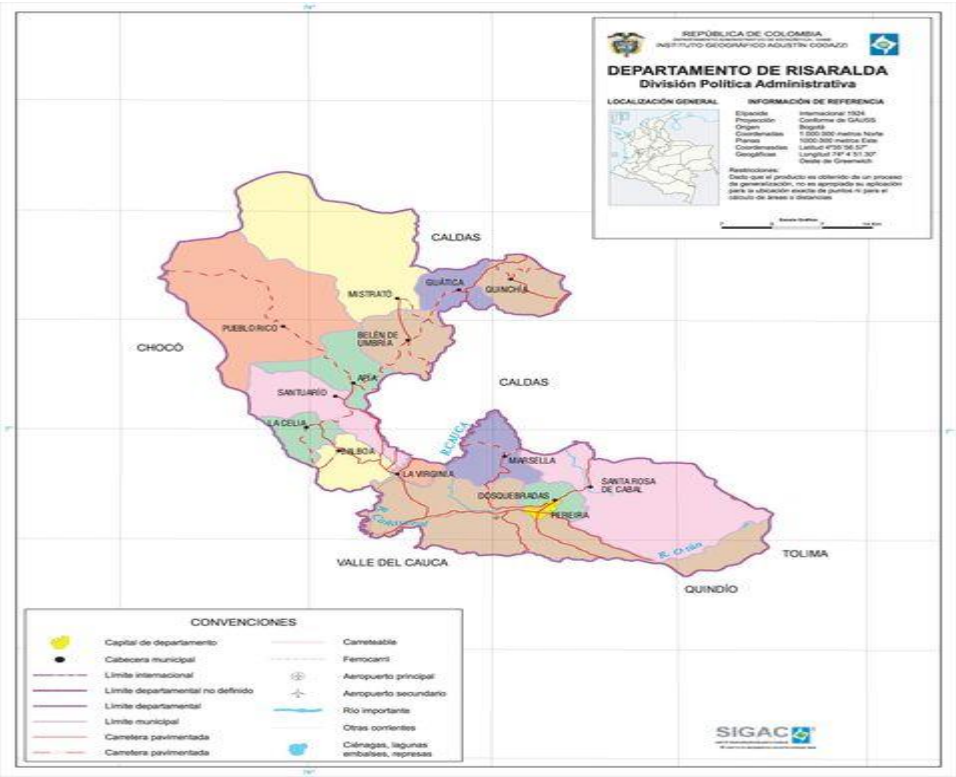
- Red Nacional de Información –Unidad de Victimas –UARIV- Reportes RNI

- SICUQ- Sistema de información cultural del Quindío- Página de la Gobernación del Quindío.

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE: RISARALDA

Mapa del Departamento de Risaralda con su división político-administrativa



Tomado de http://siete.risaralda.gov.co/sitio/index.php/mapas-departamentales/category/44-pereira

.

Contenido

1. Introducción 3

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio. 5

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el municipio. 7

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio. 9

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima 15

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 18

7. Estado de emergencia sanitaria Covid-19. 19

1. Introducción

En el marco del Convenio de asociación 469 de 2020 suscrito entre la Fundación Forjando Futuros (FFF) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) se está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI). En la vigencia 2021 se está implementando el programa en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Córdoba, Sucre, Cesar, Guajira, Magdalena, Guainía, Arauca, Caquetá, Caldas, Risaralda, Quindío, Meta, Casanare, Nariño.

En el Departamento de Risaralda, se priorizaron dos (2) municipios: Pereira y Dos Quebradas.

En este documento se presenta la actualización del análisis del contexto del Departamento del Risaralda siguiendo las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en este sentido este documento contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el Departamento para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Este documento presenta el contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima, el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, así como la oferta de servicios, mecanismos de atención no presencial y rutas de atención de casos específicos en el marco de la emergencia por el Coronavirus (COVID-19).

Las fuentes de información que se tuvieron en este documento fueron el Plan de Desarrollo del Departamento, datos de la Red Nacional de Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas e información del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Informe Presidencial Sobre los Avances en la Ejecución en el Cumplimiento de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, así como diferentes documentos de las entidades que

conforman el SNARIV, entre otros. Los periodos de consulta o de corte de información varían dependiendo de las fuentes consultadas.

Así este documento de Análisis contiene lo reportado para Risaralda con sus 14 municipios y 19 corregimientos. Bajo esta línea Los municipios se clasificanensubregiones:subregión1 Pereira, Dosquebradas, Marsella y Santa Rosa de Cabal, subregión 2, Apía, Balboa, Belén de Umbría, Guática, La Celia, La Virginia, Quinchía y Santuario, y subregión 3, Mistrató y Pueblo Rico.

Cuenta además con 19 inspecciones de policía rurales, 687 veredas y 34 corregimientos. Siendo los municipios de Balboa, Mistrato,Pueblo rico y Quinchía municipios denominados Postconflicto. se tienen presentes elementos orientadores para los profesionales psicosociales, en aras de una correcta ejecución del PAPSIVI durante la vigencia 2021.

El departamento de Risaralda es uno de los departamentos que hace parte del eje cafetero ubicado en el centro-oeste del país, en la región Andina, limitando al norte con Antioquia, al este con Caldas y Tolima, al sur con Quindío y Valle del Cauca y al Oeste con Choco, es el cuarto departamento más menos extenso del país. Tiene una población de 967,780 Habitantes, contando con mayor densidad poblacional los municipios de Dosquebradas, La Virginia y Pereira en una superficie total de 4140 km², se encuentra entre las coordenadas geográficas 4°49′00″ de latitud norte y 75°42′00″ de Latitud Oeste. En cuanto al clima del departamento la temperatura promedio oscila entre 18 y 21° C.

Por otro lado, es importante mencionar que el PAPSIVI, se ha comenzado a implementar desde el año 2019, logrando avances importantes en la atención psicosocial y el las garantías del acceso a la salud para víctimas del conflicto armado interno. Durante esta vigencia se han priorizado los municipios de Pereira y Dosquebradas. Es de mencionar que esta implementación se realizara a través del trabajo articulado entre la Fundación Forjando Futuros los entes departamentales, municipales y las MEPV.

En Risaralda no se priorizó ningún municipio posconflicto. Sin embargo, hay otras iniciativas, como el de retornos. Así lo estableció: Elizabeth Diosa, Secretaria de Desarrollo Social y quien en calidad de Gobernadora encargada, en el 2020, presidió el Comité de Justicia Transicional del Gobierno Departamental, el cual se dio un parte de seguridad para acompañar a más de 96.500 víctimas para que pudieran retornar a sus territorios. Dicha funcionaria también afirmo: "*Cerramos este cuarto comité con un balance muy positivo para las víctimas, hoy tuvimos la oportunidad de escuchar a los funcionarios de la Agencia Nacional de Tierras y dejar claro varios puntos, entre ellos que estos predios son destinados para campesinos y población en estado de vulnerabilidad, adicionalmente pudimos conocer el Plan de Acción de la Mesa Departamental de Víctimas el cual fue presentado por sus delegados y aprobar el estado de seguridad que presentó la Fuerza Pública el cual presenta*

garantías para poder retornar a sus territorios" Tomado de la página web de la Gobernación de Risaralda"

"De otro lado, se conocieron los porcentajes de avance en el proceso de caracterización de las víctimas por municipio, siendo Apia y Santuarios los dos municipios que ya cumplieron en un 100 por ciento con el ejercicio, mientras que Pereira, Dosquebradas debido al número de habitantes y la densidad del municipio ha tomado más tiempo para avanzar en la respectiva identificación, la cual permite dirigir la oferta institucional para este grupo poblacional" Tomado de la página web de la Gobernación de Risaralda"

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio.

Risaralda hace parte del eje cafetero, región caracterizada por el cultivo de café, fuentes hídricas y fluviales además de minas de oro, de esta manera ha sido punto estratégico para el paso de actores armados y narcotráfico los cuales provienen en su mayoría del Valle del Cauca, en donde a finales de 1999 identificaron a la región como un lugar propicio para la obtención de terrenos y la siembra de cultivos ilícitos como la amapola, causando graves afectaciones violentas a la población no solo por la presencia de narcotráfico sino por las disputas territoriales entre guerrillas y autodefensas que buscaban adueñarse de riquezas naturales y rutas para el narcotráfico,

La creciente economía en la región del Eje Cafetero, los cultivos de amapola y las bonanzas del café, fueron creando un escenario apropiado para la minería ilegal, el narcotráfico y como corredor que entre Risaralda, Quindío y Caldas, intercomunica por vías primarias, secundarias y terciarias con los departamentos del Valle del Cauca, Antioquia, Tolima, Cundinamarca, Chocó y Boyacá, haciéndolo propicio para el mercado ilícito preponderante en los años 80's y 90's, con lo que el homicidio fue clave en ésta dinámica, sobre todo en los municipios de Pereira, Marsella y La Virginia.

Para la época de 1963 con la creación del grupo armado guerrillero FARC-EP (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército Popular), se comenzó a registrar la presencia del frente 47 que operaba entre Chocó y Caldas, el frente 50 entre Dosquebradas y Santa Rosa, la compañía Aurelio Rodríguez entre Mistrató, Pueblo Rico, Guática y Quinchía.

El ELN (Ejército de Liberación Nacional), por otro lado, desde 1964 ha hecho presencia con el frente Cacique Calarcá, Ernesto Che Guevara y el núcleo urbano Martha Elena Barón, operando en los municipios de Pereira, Pueblo Rico, Mistrató y Belén de Umbría.

Añadido a ellos, se da la presencia del EPL (Ejército Popular de Liberación) que opera desde el año 1967 en los departamentos de Caldas, Risaralda y Antioquia, aunque hasta 1991 que ocurre su desmovilización tras la constituyente, sin embargo, muchos se adhieren al aún presente M-19 (Movimiento 19 de abril) surgido a razón del descontento social imperante

ocurrido con las elecciones presidenciales de 1970 en favor de Misael Pastrana Borrero.

Esto llevó a diversas disputas territoriales, de las rutas de narcotráfico, que a lo largo de los años no hubo control del Estado colombiano ante dichas amenazas latentes hacia la población civil, sobre todo en las zonas rurales de estos departamentos, lo que generó desplazamientos forzados, homicidios, delitos sexuales y despojo de tierras, aún sin el reconocimiento que se les dio a éstos en 1997 con la ley 387 del mismo año.

Para el año 1994, se crean las Convivir (Cooperativas de Vigilancia Privada o Asociaciones Comunitarias de Vigilancia Rural) mediante el decreto ley 356 de ese mismo año, gracias al entonces saliente presidente de la Republica César Gaviria Trujillo, para finalmente ser reguladas por el entrante presidente de la República Ernesto Samper Pizano; fundadas como una fuerza paralela a la milicia –paramilitar–, sin amparo constitucional, pero financiadas por el Estado colombiano y grupos privados del Eje Cafetero y Antioquia –principalmente–, siendo éstos lugares, sitio de operación militar en pro de combatir las crecientes guerrillas de la zona.

Dichas Convivir, mutaron en las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), apoderándose de la región centro y noroccidente del país en diferentes clanes armados, caracterizados por sus atroces crímenes, como la tortura, el desmembramiento humano, asesinato de menores de edad, abuso carnal violento y numerosas masacres, hasta el final de sus días como organización reconocida por el Estado colombiano en el año 2005 con la entrada en vigencia de la ley 975 (Ley de Justicia y Paz), promovida por el expresidente Álvaro Uribe Vélez, sin embargo, el actuar de éstas fuerzas se subdividió en clanes de narcotráfico y bloques paramilitares sin reconocimiento del Estado hasta la actualidad.

Éste fenómeno, generó una ola de violencias, masacres, homicidios selectivos, torturas, secuestros, desapariciones forzosas, delitos sexuales, reclutamiento ilegal, delitos contra menores de edad, atentados terroristas, constantes combates armados entre dichos grupos. Situación que se comenzó a expandir a todo el territorio nacional.

En el caso del Eje Cafetero, en Pueblo Rico, Quinchía, Guática, Belén de Umbría y Pereira se acentuó la presencia de la AUC, a la par que desaparecía el EPL, aunque aún para los años de 1990 hasta el año 2004 se fortalecieron las guerrillas del ELN, las FARC-EP y el grupo paramilitar AUC.

Éstas condiciones de violencias en el marco del conflicto armado interno colombiano en el, han ido mutando en violencias políticas a raíz de la polarización política que existe a nivel nacional, como en épocas bipartidistas, la radicalidad se ha favorecido de las presiones de los diversos actores armados, sobre todo, en los municipios más asolados por la presencia de los ya mencionados grupos armados ilegales. Siendo que, de alguna manera, aún

en la actualidad se encuentran permeadas por el flagelo de las violencias en el marco del conflicto armado y el narcotráfico.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el Departamento.

De acuerdo al contexto histórico del conflicto armado antes expuesto en la región cafetera, según el documento de "Los Caminos del Café "La producción cafetera colombiana se mantuvo alejada de los efectos del conflicto durante gran parte del siglo pasado, pero el incremento de la presencia de hechos violentos y cultivos ilícitos en los municipios cafeteros acompañado de las crisis del sector crearon un entorno de incertidumbre política, económica y social para los productores cafeteros. Esto intensificó la relación de la violencia, los cultivos ilícitos y la probabilidad de que un campesino modificará sus decisiones de inversión y participación en el mercado laboral, entre otros"

En promedio, la densidad poblacional es de 488.839 personas, distribuidas con 410.535 personas el área urbana dentro de las 19 comunas y 78.304 personas el área rural dentro de los 12 corregimientos del municipio de Pereira, que para el informe del Sistema Estadístico Nacional realizado por el DANE (2020), muestra un descenso en la población de entre 0 y 19 años en 2019 de hombres y mujeres, respecto al censo de 2005; así mismo, un aumento de la población entre 50 y 94 años, con un crecimiento mayor en la tasa de mujeres, en la misma comparación:

DANE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Risaralda. Indicadores demográficos
2005-2020

Año	Población			Relaciones de			Edad mediana (años)
	Total	Hombres	Mujeres	Dependencia (por mil)	Niños-mujer (por mujer)	Masculinidad (por 100 mujeres)	
2005	897.509	438.368	459.141	546,50	0,325	95,48	27,68
2010	925.105	450.884	474.221	506,65	0,311	95,08	29,24
2015	951.945	463.438	488.507	493,27	0,309	94,87	30,80
2020	978.182	476.113	502.069	506,36	0,309	94,83	32,35
							Migrantes netos

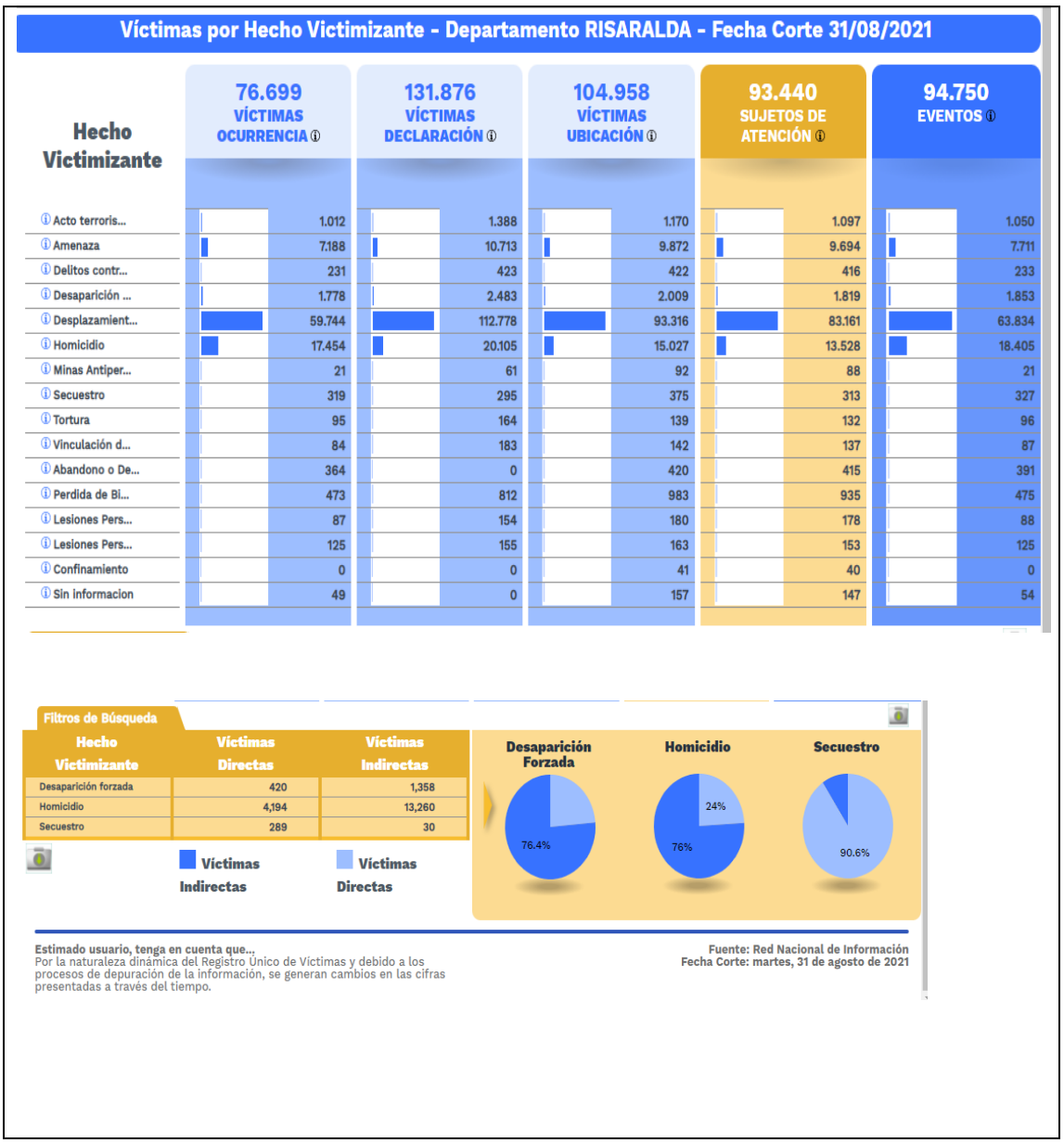
Periodo	Tasas medias anuales de crecimiento (%)		Tasas implícitas (por mil)				
	Exponencial	Geometrico	Crecimiento natural	Natalidad	Mortalidad	Total	Tasa (por mil)
2005-2010	0,61	0,61	10,68	17,23	6,55	-21.048	-4,62
2010-2015	0,57	0,57	9,78	16,43	6,66	-19.037	-4,06
2015-2020	0,54	0,55	8,70	15,68	6,98	-15.743	-3,26

Periodo	Tasa de reproducción (por mujer)		Tasa de la fecundidad (por mil mujeres)		Edad media de la fecundidad (años)	Número estimado de:	
	Bruta	Neta	Global	General		Nacimientos	Defunciones
2005-2010	1,04	1,01	2.135,00	64,60	26,15	78.498	29.854
2010-2015	1,02	0,99	2.085,00	63,40	26,06	77.118	31.241
2015-2020	1,01	0,98	2.064,50	62,80	26,02	75.649	33.669

Periodo	Esperanza de vida al nacer (años)			Tasa de mortalidad infantil (por mil)	Defunciones		
	Hombres	Mujeres	Total		< 1 años	0-4 años	1-4 años
2005-2010	68,88	78,03	73,33	18,90	1499	1620	121
2010-2015	70,63	78,93	74,67	15,50	1209	1300	91
2015-2020	72,10	79,43	75,67	12,90	991	1060	69

Tomado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/201027-InfoDANE-Risaralda.pdf

De esta manera a continuación se presenta los principales datos de la población víctima del conflicto armado en el Departamento, de esta manera de acuerdo el RUV Risaralda tiene víctimas registradas (corte agosto de 2021), 76.699 Victimas Ocurrencia, 131.876 víctimas declaración, 104.958 víctimas ubicacion93.440 víctimas sujetos de accion,94.750 eventos donde los hechos victimizantes más relevantes son el desplazamiento Forzado con 59.744 víctimas registradas, seguido del Homicidio con 17.454 víctimas, a continuación se evidencia en la gráfica:



4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el municipio.

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – PAPSIVI, forma parte de las medidas de asistencia y rehabilitación previstas en la Ley 1448 de 2011, las cuales están orientadas al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de la población víctima y la garantía del derecho a la atención en salud física, mental y psicosocial, dentro de postulados éticos para la dignificación y la recuperación de los efectos ocasionados como consecuencia de las graves violaciones a los derechos humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el marco del conflicto armado en Colombia.

Para el 2019 el Ministerio de Salud y Protección Social mediante el convenio de asociación 748 de 2018 implementó en los municipios de Dosquebradas y Pereira el PAPSIVI en manos del asociado Fundación por Un Mundo Nuevo, esto con el propósito de "Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros para el fortalecimiento de la capacidad territorial en la implementación estrategias de atención psicosocial y gestión integral en salud a víctimas del conflicto armado", de acuerdo con lo establecido en la Ley 1448 de 2011 y el Decreto reglamentario 4800 del mismo año, logrando así la atención psicosocial de 1004 víctimas en el municipio de Pereira en la modalidad individual, individual-grupal, comunitaria e individual; más 101 personas atendidas en las modalidades individual y familiar, durante la vigencia 2020-2021 en Pereira por la Unión Temporal Víctimas bajo el convenio 473 de 2020, el cual fue cancelado debido a diversa irregularidades administrativas, financieras y operativas.

Actualmente se ha dispuesto el Convenio de Asociación No. 469 de 2020, el cual fue prorrogado mediante adición y modificación suscrita el día 23 de abril de 2021, con el objetivo de avanzar en el proceso de atención psicosocial, de manera inconexa con el convenio de la UT víctimas. En ese sentido, se busca la atención de al menos 77 personas en modalidad familiar e individual, durante los meses de mayo a julio de 2021.

Las estrategias que se vienen desarrollando en el Departamento de Risaralda (Pereira- Dosquebradas) municipios priorizados por el PAPSIVI son:

La articulación con las instituciones que conforman el SNARIV, el apoyo de la Secretaria de Salud Municipal y la Personería Municipal, organizaciones de víctimas, como la Mesas (municipal y departamental) de Participación Efectiva de Víctimas con quienes se ha socializado previamente el protocolo PAPSIVI.

Además, se viene desarrollando las fases de focalización, caracterización, atención psicosocial en las modalidades familiar e individual, seguimiento y monitoreo, como también derivaciones desde el componente de salud integral a las víctimas, conforme con la situación de emergencia sanitaria derivada del COVID-19, en virtud de garantizar la integridad en salud de las personas participantes del programa PAPSIVI y los profesionales adscritos a la Fundación Forjando Futuros. Esta implementación se ha realizado en el escenario semipresencial, con algunas excepciones dada la situación alarmante de contagios por Covid-19 y la ocupación UCI por encima del 90% en el mes de junio de 2021.

Estrategias que ha permitido la socialización de dichas necesidades, como en la gestión por parte de los profesionales psicosociales, favoreciendo el acceso a la salud, como a la atención psicosocial y las medidas complementarias dentro de los procesos de reparación y rehabilitación establecidos en la ley de víctimas del conflicto armado interno. Ejercicio, que se reflejó en la Urbanización Ciudadela Salamanca del municipio de Pereira, contando con la aprobación del Plan de Acción Territorial – PAT, donde el PAPSIVI realizó

acompañamiento psicosocial en las tres modalidades de atención durante la vigencia 2019. En dicha socialización, en la cual participaron líderes del sector, presidentes de JAC, delegados de personería y del programa de inclusión de víctimas de la alcaldía y UARIV, se dispusieron importantes acuerdos que promueven un gran avance en materia de atención a población victima dentro de los que se destacan la caracterización de las víctimas, la asignación presupuestal y el seguimiento a metas e indicadores propuestos.

Así mismo, en las diferentes entidades tanto privadas como públicas, entre ellas SENA, Universidades, ICBF, Instituciones Educativas, Fondo Nacional del Ahorro, EPS, entre otros, se ha venido socializando el programa PAPSIVI, en busca de articular acciones que beneficien a la población víctima, en temas de mitigar los daños y/o afectaciones en la salud física, mental y psicosocial, y a su vez brindar recursos para el fortalecimiento de su proyecto de vida, a nivel personal, familiar, salud, productividad, hábitat, educación, comunidad, y seguridad. Dando a conocer la Resolución 1166 de 2018, como parte del protocolo interno.

Es de resaltar, que a medida que la población víctima del conflicto, participa del proceso de atención psicosocial, le ha permitido recibir una mayor orientación, por parte de los Profesionales Psicosociales, en temas de acceso a los servicios de salud, al registro a la Agencia Pública de Empleo, a la vinculación de ofertas institucionales a nivel formativo, etc. A su vez, han tenido avances significativos en cuanto a la recuperación emocional, fortalecimiento de su autoestima, direccionamiento de su plan de vida, desarrollo de habilidades sociales, de afrontamiento, autonomía para la ejecución de sus actividades y participación activa en la sociedad. Acciones que se efectúan a través de un equipo interdisciplinario (Asesor Psicosocial, Profesional Psicosocial, Asesor de Salud y Promotora Psicosocial), que permiten dar mayor credibilidad al proceso de atención.

Personas atendidas Departamento de Risaralda Ciclo 3 Programa PAPSIVI

Departamento	Municipio	Personas Atendidas por Modalidad		
		Modalidad Individual	Modalidad Familiar	Total personas víctimas atendidas
Risaralda	PEREIRA	14	68	82
	DOSQUEBRADAS	14	78	92
	Total Dpto. de:	**28**	**146**	**174**

Fundación: Forjando Futuros

PERSONAS ATENDIDAS 4 CICLO DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Departamento		Personas en Modalidad Individual	Total Planes Individuales	Personas Modalidad Familiar	Total Planes Familiares	Personas Modalidad Ind/grupal	Total planes Ind/grupal	Personas Modalidad Comunitaria	Total planes Comunitarios	Total personas atendidas	Total de Personas proyectadas por el MSPS en Ciclo Cuatro	Total Porcentaje de Personas atendidas en Ciclo 4
Risaralda	Dosquebradas	14	14	80	20	0	0	0	0	94	74	100%
	Pereira	13	13	65	19	5	1	15	1	98	90	100%
								Total		192	164	

Fuente: Fundación Forjando Futuros

Cabe resaltar que el departamento de Risaralda cuenta, no sólo con su propio plan de acción territorial, sino también con los 14 planes de acción para las víctimas del orden municipal los cuáles han sido formulados con apoyo general de la Unidad de Víctimas, quien viene articulando el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas – SNARIV- en el departamento de Risaralda, asesorando a las entidades territoriales sobre la formulación de los planes de acción territoriales, planes de prevención y de contingencia, entre otros procesos que se adelantan con esta población

Según la información del Departamento de Risaralda, el Plan de Acción Territorial (PAT) 2020-2023, se estableció desde el 17 de agosto del 2020.

El Departamento de Risaralda cuenta con las siguientes Entidades Prestadoras de Salud - EPS: EPS Medimás –siendo la EPS con mayor frecuencia de afiliación en la presente vigencia–, Asmet Salud, Nueva EPS, SOS, Salud Vida, Sura, Sanitas, Salud Total, Sanidad, Coosalud, Coomeva y Comfamiliar. Es de tener presente, que prepondera el régimen contributivo en el SGSSS.

Las principales E.S.E. en el Departamento son: La ESE Hospital San Joaquín, ESE Hospital San Jorge, ESE Hospital del Centro, ESE Centro de Salud Villa Consota, ESE Hospital San Camilo, ESE Perla del Otún, ESE Unidad Intermedia Kennedy. Adicionalmente se cuenta con las clínicas: Clínica Los Rosales, Clínica San Rafael, Clínica Comfandi, Clínica Maraya(Pereira), E.S.E Hospital santa Mónica(Dosquebradas), Hospital San Vicente de Paul(santuario), E.S.E Hospital san pedro y san pablo(virginia), Hospital Nazaret(Quinchía), Hospital san José(Marsella), E.S.E Hospital cristo rey(Balboa), E.S.E hospital santa Ana(Guática), E.S.E Hospital san Rafael(pueblo Rico), E.S.E hospital mental, E.S.E hospital san Jorge(Belén de umbría), E.S.E hospital san Vicente de Paul(Mistrató), Hospital san Vicente de Paul(santa Rosa).

Actividades realizadas en el departamento de Risaralda con el fin de mejorar las condiciones de vida de los habitantes de los diferentes Municipios.

En primera instancia está el aseguramiento en salud, el cuál se constituye en la puerta de entrada al sistema de salud.

Cifras del aseguramiento en salud con corte enero 2021

Cobertura del sistema de salud por departamento y municipio | Entidades Promotoras de Salud - EPS | Caracterización de los afiliados

Risaralda | (Todo) | (Valores múltiples)

	Nacional			Departamento Risaralda			Municipio Todo		
	diciembre 2019	diciembre 2020	enero 2021	diciembre 2019	diciembre 2020	enero 2021	diciembre 2019	diciembre 2020	enero 2021
Sisbén 1	27.867.556	26.603.855	26.603.855	569.952	560.478	560.478	569.952	560.478	560.478
Sisbén 2	2.920.321	3.633.125	3.633.125	44.088	51.716	51.716	44.088	51.716	51.716
PPNA	312.696	0	0	5.190	0	0	5.190	0	0
Contributivo	22.909.679	23.362.083	23.306.991	547.895	565.660	566.991	547.895	565.660	566.991
Subsidiado	22.808.930	24.026.912	24.068.202	388.084	415.300	414.104	388.084	415.300	414.104
Excepción & Especiales	2.244.341	2.195.331	2.196.240	15.472	15.647	15.854	15.472	15.647	15.854
Afiliados	47.962.950	49.584.326	49.571.433	951.451	996.607	996.949	951.451	996.607	996.949
Población DANE	50.374.478	50.709.385	50.765.851	972.978	964.833	965.464	972.978	964.833	965.464
Cobertura	95,21%	97,78%	97,65%	97,79%	100,00%	100,00%	97,79%	100,00%	100,00%

Fuente: SISPRO, Enero 2021

En materia de salud mental el COVID 19, las condiciones de confinamiento y el problema socioeconómico subsiguiente llevó a un gran incremento de los trastornos mentales. La depresión, el intento suicida, el suicidio, la violencia intrafamiliar, los conflictos familiares y de pareja, entre otros, han hecho parte del resultado de esta pandemia.

Desde los inicios del problema, la Gobernación de Risaralda estableció mecanismos de atención prioritaria para la población del Departamento. Se prestó el servicio de tele orientación a través de la línea amiga desde el mes de marzo a un total de 949 personas. Se han dictado 41 charlas virtuales, y curso virtual llegando a un total de 1.200 personas en temas de primeros auxilios psicológicos en tiempos de pandemia, prevención del suicidio, prevención de las violencias; prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Salud Mental y Convivencia se han realizado asistencias técnicas a los municipios en la implementación de las rutas de atención en Salud mental y violencias dirigidos a las Direcciones Locales de Salud y comités

interinstitucionales; así como en la formulación de los Planes de acción para la ejecución de acciones enfocadas a la prevención de los problemas de salud mental y violencias en niños, niñas, adolescentes y por razones de género. Nunca antes nuestro Departamento y el mundo entero se habían enfrentado a un problema de la magnitud de la Pandemia por COVID 19.

Plan Departamental de Drogas elaborado acorde a la Política Ruta Futuro del Ministerio de Justicia y a la Política de Prevención y Atención al consumo de SPA del Ministerio de Salud y Protección Social, con participación de todas las Instituciones pertenecientes al Comité Departamental de Drogas y presentado ante el Consejo Seccional de Estupefacientes.

Se impulsa el programa Habitante de Calle, acompañamiento a los municipios del área metropolitana, toma de pruebas para covid-19, capacitaciones y articulación Intersectorial.

Se inicia proceso de asistencia técnica y capacitación a todos los representantes de las Direcciones Locales de Salud y ESES de todos los municipios del Departamento.
Se retoma el programa de Seguimiento Judicial para el tratamiento por consumo de SPA para Adolescentes y jóvenes bajo responsabilidad penal.

Con el acompañamiento de profesionales del Ministerio de Justicia, se ha logrado conformar un equipo de más de cincuenta personas representantes de todas las Instituciones involucradas en el tema (Rama judicial, Fiscalía, ICBF, Desarrollo Social, Educación, Gobierno y el Sector Salud) proceso de capacitación continuo cada ocho días durante dos horas, reuniones periódicas de los equipos, avance en el proceso de alistamiento para pasar a la etapa de implementación durante el año 2021.

- El Departamento cuenta con un Plan de Intervenciones Colectivas, el cual tiene como prioridades:
- Conformación de Equipos de Reacción Inmediata para orientar la respuesta a la pandemia por COVID-19 en todos los municipios de Risaralda.
- Conformación de patrullas sanitarias para la realización de actividades de campo en todos los municipios, en repuesta a la pandemia por COVID-19.
- Conformación de equipos médicos y de enfermería para la atención de poblaciones vulnerables en la pandemia por COVID-19.
- Realización de acciones colectivas para beneficiar a la población de los 14 municipios del Departamento.

En cuanto a la promoción y prevención de la Salud se tiene:

- Plan de Acción Departamental elaborado acorde a la Política de Participación Social en Salud.

- Programa Adulto Mayor fortalecido en el Departamento, cubrimiento del 100% de los Centros de Protección para los Adultos Mayores, aplicación de pruebas para Covid-19, entrega de materiales de Bioseguridad para cada uno de los Centros, elaboración de Planes de Contingencia, seguimiento al cumplimiento de ellos.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

A continuación, se presenta la oferta institucional frente a los servicios a los que se puede acceder por parte del PAPSIVI en su gestión operativa dentro de los procesos de atención psicosocial, atención en salud integral y servicios complementarios:

Instituciones donde puede Declarar	Dirección Teléfono	Servicios que Prestan
Alcaldía Municipal.	alcalde@pereira.gov.co	Es la máxima autoridad ejecutivo del gobierno municipal, quien dirige la ejecución de los derechos Municipales, coordina su ejercicio con los programas y acciones de otras instituciones y vela por el efectivo cumplimiento de estos, así como por la inclusión en tales programas de las demandas de su población.
Carlos Alberto Maya López	(+57) 6 3248000 - (+57) 6 3248004	
Personería Municipal.	despachopersoneriapereira@gmail.com	Toma declaración, orientación y hace acompañamiento las víctimas en la activación de la ruta de atención.
Sandra Lorena Cárdenas Sepúlveda	3108243370 – 3224965953- 3248255 - 3248257	

Organizaciones	Dirección Teléfono	Servicios que prestan
Coordinador Mesa Municipal de Participación Efectiva de Victimas. Juan Yeison Salazar	3186927201	Vela por los derechos de las víctimas del conflicto armado, inicialmente escogidos por sus asociaciones para representar a todas las victimas del municipio de Pereira
Coordinador Mesa Departamental de Participación Efectiva de Victimas. Idaly Mesa	3137836512	Velar por los derechos de las víctimas del conflicto armado interno en el departamento de Risaralda.
Unidad administrativa especial del Servicio Público de Empleo Martha Lucia Ramírez Hurtado (Directora General)	3135800 Ext 63087 ó 3122950083 correo electrónico mlramirezh@sena.edu.co	Brindar servicios de registro y orientación a través de los centros de empleo en el territorio, para población víctima del conflicto armado; brindar servicios especializados para mitigación de barreras de población víctima del conflicto armado a través de la formulación y presentación de proyectos por la red de prestadores autorizada por la unidad
Banco Agrario de Colombia	Cl. 19 #8-58, Pereira, Risaralda (6) 3333318	Programa especial para la financiación de proyectos desarrollados por población víctima del conflicto armado interno
Banco de Comercio Exterior de Colombia S. A	Av. Circunvalar Cr13 13-40 Of 402 (6) 3355005	Cupo de crédito para el fortalecimiento de la actividad empresarial y/o productiva de las empresas de personas naturales o jurídicas de la población víctima del conflicto armado interno
Consejería Presidencial para la Juventud Juan Sebastián Arango Oriundo	juansarango@presidencia.gov.co (6)3822800	Pprograma estrategia Sacúdete “permitir a jóvenes desarrollar proyectos de vida a través de metodologías disruptivas generando conocimientos y fortaleciendo habilidades, que permita promover la diversificación productiva territorial, detonar talentos, desarrollar la innovación, cerrar brechas e impulsar talento humano consciente”
Defensoría del Pueblo	Calle 25 #7-48, *Pereira* , Risaralda (6) 324 0165	Acompañamiento psico jurídico en el proceso judicial, específicamente en lo relacionado con restitución de tierras
Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario	(6) 3203377 ext. 141 Calle 19 No. 13-17, Parque Olaya	Línea especial de crédito de finagro (tasa subsidiada - convenio UARIV). programa para financiar los proyectos productivos agropecuarios y rurales que vinculen a la población calificada como víctima del conflicto armado interno
Universidad Libre	Línea Gratuita Nacional 018000180560 Sede Belmonte (6)3401043 Sede Centro (6) 3401081	Convocatoria del Fondo, otorgará a los colombianos seleccionados créditos 100% condonables para estudios en nivel Técnico Profesional, Tecnológico y Universitario.

Institución que apoya para trámites de identificación	Dirección Teléfono	Servicios que prestan
Registraduría Municipal. Alberto Mario Castaño Montoya	3119018 ext. 122	Trámite y entrega de: registro civil, tarjeta de identidad y cédula.
Instituciones que brindan atención inmediata	**Dirección Teléfono**	**Servicios que prestan**
Oficina Municipal para Atención A Victimas. Omar Alonso Toro	3127363926	Atención, orientación y asistencia en la entrega de ayuda humanitaria inmediata a las víctimas.
Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas y Abandonadas (UAEGRTD). José Víctor Ávila Fontalvo	3017727594 – jose.avila@restituciondetierras.gov.co	Gestión administrativa y judicial de procesos de restitución de tierras para la población víctima del conflicto armado interno.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). María Cecilia Ramírez Cattaneo	57(6) 340 13 94 Ext: 645015 - 645035	Atención a Niños, Niñas y Adolescentes.
Secretario de Gobierno Municipal. Álvaro Arias	(+57) 6 3248068	Atención de la población para la participación ciudadana, gestión de programas sociales y políticas públicas.
Secretario de Planeación Municipal. Yesid Armando Rozo Forero	(+57) 6 3248125	Atención de los planes de desarrollo urbano y rural.
Departamento de la Prosperidad Social (DPS). Luz Faride Grisales Campo	(+57) 6 3354811 – 6 3340720 – 3158744356 – 3164740846	Atención para la implementación de políticas públicas para la superación de la pobreza y la equidad social.
Secretaría de Salud Municipal. Ana Yolima Sánchez Gutiérrez	(+57) 6 3248000 – 6 3248179	Desarrollar acciones tendientes al mejoramiento de la calidad de vida y cuidado de la salud.
Jóvenes en Acción. Yency Paola Pérez Valencia	3216285971	Programa a población joven víctimas del conflicto armado en situación de vulnerabilidad que hayan ingresado a estudios de educación superior.
Familias en Acción. Carlos Córdoba	3135762898 – cordoba2704@gmail.com	Programa para ayudas económicas a familias en situación de vulnerabilidad donde haya niños menores de 5 años o niños en edad escolar.
Programa Colombia Mayor. Libia Chica	3146211767	Atención integral al adulto mayor, mediante subsidios y acompañamiento psicosocial.
Programa de Inclusión y Atención a la Población Víctima del Conflicto Armado Interno. Natalia Paola Hincapié Saldarriaga	atencionvictimas@pereira.gov.co - 3175643129 – 3213911256 – 3016156767	Se ofrece los siguientes trámites y ofertas: - Consulta de estado de inclusión. - Activación de ruta de atención inmediata. - Atención psicológica (virtual – telefónica). - Consulta de pago de Ayudas Humanitarias (Sujeto a respuesta de la UARIV). - Acceso a Oferta Institucional (Sujeto a disponibilidad de entidades del SNARIV (Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas). - Solicitud de celeridad en valoración (Sujeto a respuesta de la UARIV).
PROFAMILIA	Dirección: Av. 30 de agosto #50-104 Teléfono: (6) 3363558	Organización privada sin ánimo de lucro que promueve el respeto y el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de toda la población colombiana

Adicionalmente, se cuenta con 128 Instituciones Educativas públicas: Núcleo 1 con 34; Núcleo 2 con 18; Núcleo 3 con 23; Núcleo 4 con 18; Núcleo 5 con 27; Núcleo 6 con 13; Núcleo 7 con 33; y Núcleo 8 con 14 Instituciones educativas.

Así mismo, se cuenta con oferta institucional del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) en las modalidades de formación virtual y presencial, con gran variedad de cursos cortos, largos, carreras profesionales, técnicos, tecnologías, capacitaciones de formación para el trabajo y talleres de diversos temas, a los que se puede acceder desde la plataforma Sofía Plus: http://oferta.senasofiaplus.edu.co/sofia-oferta/ o en sus sedes en Pereira y Dosquebradas.

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

Aunque se han realizado grandes esfuerzos desde las diferentes entidades del Estado colombiano en pro de la Atención, Asistencia y Reparación Integral a la población víctima del conflicto armado interno colombiano, existen problemas latentes en la implementación y alcance efectivo de las disposiciones de la ley 1448 de 2011 y sus decretos reglamentarios, debido en principio por la alta demanda de atención y reparación integral, lo que ha desbordado las capacidades del Estado de manera administrativa, operativa y financiera, hechos que ponen en riesgo el efectivo goce de los derechos que están dispuestos en la mencionada ley.

Por otro lado, las garantías de no repetición, dadas las dinámicas crecientes de violencias, nuevos desplazamientos forzados, homicidios, amenazas y otros delitos en el marco del conflicto armado, no sólo altera la correcta ejecución de la ley, sino también de programas como el PAPSIVI, dada la resistencia la temporalidad, la baja confianza en las instituciones del Estado, las críticas a los gobiernos frente a la implementación de políticas públicas de orden social en beneficio de las comunidades que han sufrido hechos victimizantes en el marco del conflicto armado interno y la brecha social, que suma el descontento de la población a atender.

Entre las barreras más perceptibles tenemos las siguientes:

- ✓ El Colegio Colombiano de Psicólogos – COLPSIC, en conjunto con Médicos sin Fronteras (2013), manifiestan que el número de los Profesionales Psicosociales, Asesores en Salud, y demás integrantes del equipo interdisciplinario contemplados en el PAPSIVI “no debería definirse únicamente en función de las víctimas reconocidas, ya que esto puede ser una barrera para el acceso a los servicios de salud mental en los sitios donde existe una afectación generalizada por el conflicto y donde no todos han alcanzado reconocimiento oficial como víctimas”. (Pág. 270)

- ✓ Las Entidades prestadoras de servicio de salud y las EPS, “no deben tomar la decisión sobre el tipo de atención que se ofrece en cada nivel. La única forma de garantizar una atención de calidad a las víctimas del

conflicto es delimitando las diferentes responsabilidades en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las diferentes instituciones sanitarias". (Ibíd. Pág. 271)

- ✓ Temor a la atención presencial dado el alto índice de contagios del COVID-19. (*ver punto 7*)

- ✓ Deficiencias en la conectividad, señal celular y disposiciones del tiempo para la atención por parte de los participantes.

- ✓ La falta de adecuación de la oferta a las particularidades de los sujetos de especial protección y el orden de prelación a que se refiere la ley, dadas sus expectativas y aprendizajes de trabajo en el sector agro y textil, que no se encuentra disponible en el territorio en entidades como el SENA, Comfamiliar o el Centro Cultural Lucy Tejada.

- ✓ Deficiencias marcadas en el Sistema de Salud colombiano, mostrado en demoras, negaciones y vulneración del derecho a la salud y la vida por parte de las entidades correspondientes, como considera la Defensoría del Pueblo en el Estudio La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social (2020), "la cuarta entidad con el mayor número de tutelas en el país durante 2019 fue Medimás, con 34.003 acciones" (pág. 89) a nivel nacional, siendo Pereira el segundo municipio con el 6,9% de estas; "La quinta entidad con más tutelas en salud fue Asmet Salud" (pág. 143) con 8.507 tutelas a nivel nacional, siendo Pereira el segundo municipio con el 8,6% de estas. Ello, comprendiendo que son las EPS donde se agrupa la moda –estadística– de vinculación al sistema de salud de los participantes del PAPSIVI en el municipio de Pereira (*ver punto 4*).

- ✓ Falta de cobertura y cupos para inclusión al programa Colombia Mayor.

- ✓ Falta fortalecimiento en las políticas de inclusión laboral y de avances en condiciones de empleo digno para las víctimas, en temas de empleabilidad y emprendimiento. (PND, 2018. Pág. 14).

- ✓ El daño causado directa e indirectamente a la percepción del PAPSIVI por la incorrecta implementación administrativa y financiera del operador Unión Temporal Víctimas en el convenio 473 de 2020 con el MSPS en la vigencia 2020-2021.

7. Estado de emergencia sanitaria Covid-19.

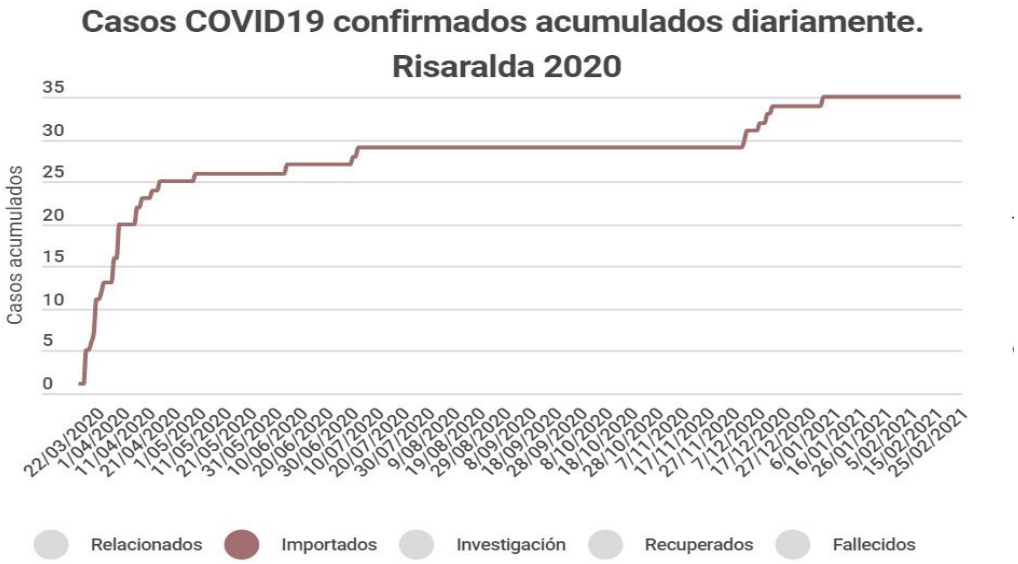
En el marco de las acciones dispuestas por la administración departamental a través de su equipo de gobierno y en coordinación con la Secretaría Departamental de Salud, desde el conocimiento de los lineamientos de elaboración de los Planes de Preparación y Respuesta frente de la posibilidad de afectación en la nación por causa de la llegada del COVID 19 (Circular 005

de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social), se trabajó intersectorialmente en acciones de preparación que contemplaban el desarrollo de competencias y capacidades en los principales actores del sector salud, en el establecimiento de puntos de control migratorios y en la adopción de medidas generales de educación y comunicación del riesgo como advertencia para la población.Adicionalmente el marco General de las acciones dispuestas por la administración departamental, como consta en el Plan de Contingencia formulado giró en torno a los siguientes ejes: Acciones de vigilancia en salud pública.

- Acciones de laboratorio para confirmación de casos.
- Acciones para la prevención y el control.
- Acciones para la atención y Prestación de Servicios de Salud.
- Acciones relacionadas con la exposición al riesgo laboral.
- Acciones en los puntos de entrada al departamento.
- Articulación intersectorial y gestión del riesgo.
- Comunicación del riesgo.

- Para materializar la atención de dicha urgencia sanitaria estaban:
- Clinica Confamiliar.
- Pinares Médica
- San Rafael (Mega centro y Cuba)
- Clínica los Rosales
- E.S.E. Hospital Universitario San Jorge
- E.S.E. Santa Mónica
- E.S.E. Salud Pereira (3 sedes)

Sin margo, red hospitalaria colapso rápidamente debido a las

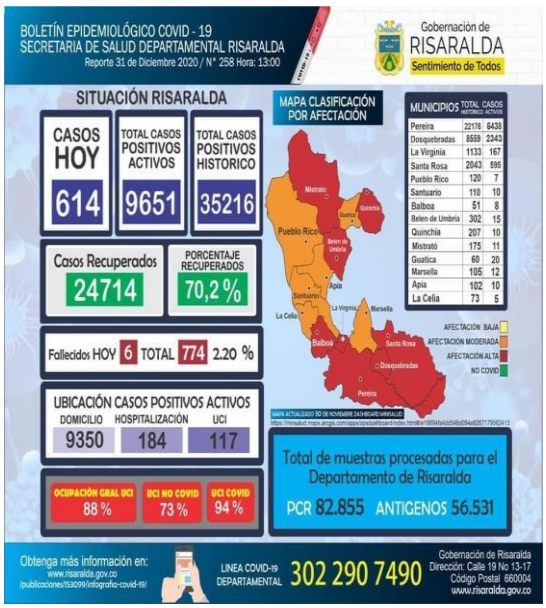


siguientes cifras

El Departamento de Risaralda tiene una población total de 961,055. Las Proyecciones para la epidemia de COVID 19 se muestran en la siguiente Tabla:

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	SUCEPTIBLE	IR	POBLACION AJUSTADA	ASINTOMATICO	EN CASA	HOSPITALIZADO	UCI	MUERTOS
00-04	62849	31425	0,4996	15700	1570	1441	68	47	14
05 09	62758	31379	0,4996	15677	1568	1439	67	47	14
10 14	64835	32418	0,4996	16196	1620	1487	70	49	15
15 1d9	70985	35493	0,7	24845	2485	2281	107	75	22
20 24	75486	37743	0,7	26420	2642	2425	114	79	24
25 29	75712	37856	0,7	26499	2650	2433	114	80	24
30 34	69858	34929	0,7	24450	2445	2245	105	73	22
35 39	68500	34250	0,7	23975	2398	2201	103	72	22
40 44	62593	31297	0,815	25507	2551	2342	110	77	23
45 49	57904	28952	0,815	23596	2360	2166	101	71	21
50 54	60128	30064	0,815	24502	2450	2249	105	74	22
55 59	58127	29064	0,815	23687	2369	2175	102	71	21
60 64	52160	26080	3	78240	7824	7182	336	235	71
65 69	41927	20964	3	62892	6289	5773	270	189	57
70 74	31149	15575	3	46725	4673	4290	201	140	42
75 79	21109	10555	3	31665	3167	2907	136	95	29
80 84	12606	6303	3,5	22061	2206	2025	95	66	20
85 89	6936	3468	3,5	12138	1214	1114	52	36	11
90 94	3458	1729	3,5	6052	605	555	26	18	5
95 99	1433	717	3,5	2510	251	230	11	8	2
100 Y MAS	542	271	3,5	949	95	87	4	3	1

En términos generales las cifras registradas en Risaralda por COVID don:



Adicionalmente en el Departamento se establecieron las siguientes estrategias para abordar la pandemia:

Acciones en el marco del Plan Cosecha: Siendo el departamento

de Risaralda un departamento de vocación cafetera y en el marco de la temporada de cosecha que moviliza alrededor de 45.000 personas que se dedican a ejercer esta labor, desde los actores involucrados Comité de cafeteros, secretaria de desarrollo agropecuario y Secretaría de Salud Departamental se coordinaron acciones para definir una ruta de acción que a la fecha registra cero conglomerados en fincas cafeteras. La ruta definida contiene 33 puntos o actividades que giran en torno a los siguientes ejes:

Campañas de Información Educación y Comunicación: Entendiendo que el principal reto en la lucha contra el COVID es generar conciencia de autocuidado y autogestión en la población, desde la oficina de comunicaciones se trabaja de manera permanente en el desarrollo de piezas publicitarias que cumplan con este objetivo.







8. Referencias

Alcaldía de Pereira. (20 de abril 2016). Plan de Contingencia para la Atención Inmediata de Emergencias Humanitarias del Municipio de Pereira. Recuperado el 19 de junio de 2021 en http://www.pereira.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionyControl/Anexo%20Plan%20de%20Desarrollo%202016-2019.pdf

Alcaldía de Pereira. (29 de abril 2016). Documento Técnico de soporte Plan de Desarrollo Municipal 2016 – 2019 "Pereira, Capital del Eje". Recuperado el 19 de junio de 2021 en http://www.pereira.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionyControl/Plan%20de%20Desarrollo%202016-2019.pdf

Alcaldía de Pereira. (s.f.). Economía. Infografía. Recuperado el 19 de junio de 2021 en http://www.pereira.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Economia.aspx

Alcaldía de Pereira (2020). Gobierno de la Ciudad Garantiza la atención Integral a las Víctimas del Conflicto Armado. Sala de Prensa. Recuperado el 24 de junio de 2021 en http://www.pereira.gov.co/NuestraAlcaldia/SaladePrensa/Paginas/GOBIERNO-DE-LA-CIUDAD-GARANTIZA-LA-ATENCION-INTEGRAL-A-LAS-VICTIMAS-DEL-CONFLICTO-ARMADO.aspx

Alcaldía de Pereira. (18 de marzo 2020). Información del municipio. Recuperado el 19 de junio de 2021 en http://www.pereira.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Informacion-del-Municipio.aspx

Alcaldía de Pereira. (2012). Plan de contingencia para atención de emergencias humanitarias en el marco del conflicto armado colombiano. Recuperado el 19 de junio de 2021 en http://www.pereira.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionyControl/Plan%20de%20Contingencia%202012.pdf

Alcaldía de Pereira. (17 de agosto de 2020). Socialización y aprobación del Plan de Acción Territorial – PAT. Recuperado el 19 de junio de 2021 en http://www.pereira.gov.co/NuestraAlcaldia/SaladePrensa/Paginas/APROBADO-PLAN-DE-ACCION-TERRITORIAL-PAT.aspx

Alcaldía de Pereira. (1 de junio 2021). Oficina de paz avanza en la consolidación de casa de memoria histórica para Pereira. Sala de Prensa. Recuperado el 21 de junio de 2021 en http://www.pereira.gov.co/NuestraAlcaldia/SaladePrensa/Paginas/OFICINA-DE-PAZ-AVANZA-EN-LA-CONSOLIDACION-DE-CASA-DE-MEMORIA-HISTORICA-PARA-PEREIRA.aspx

Acevedo, Á. (2017). Pereira al reencuentro de su historia. Red Cultural del Banco de la República de Colombia. Recuperado el 19 de junio de 2021 en https://www.banrepcultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-236/pereira-al-reencuentro-de-su-historia

BBC Mundo. (2 de mayo de 2017). ¿Qué le hacen a nuestro cuerpo los gases lacrimógenos? Columna periodística. Recuperado el 24 de junio de 2021 en https://www.bbc.com/mundo/noticias-39747824

Caracol Radio. (29 de mayo de 2021). Noticiero informativo. Desmovilizados de las AUC denuncian intento de reclutamiento en Risaralda. Recuperado el 23 de junio de 2021 en https://caracol.com.co/emisora/2021/05/25/pereira/1621939173_456167.html

Caracol Televisión. (11 de mayo de 2021). Noticiero informativo. Lucas Villa: Policía y Fiscalía revelan primeras pistas sobre sus supuestos asesinos. Recuperado el 15 de mayo de 2021 en https://noticias.caracoltv.com/colombia/lucas-villa-policia-y-fiscalia-revelan-primeras-pistas-sobre-sus-supuestos-asesinos

Caracol Televisión. (4 de junio de 2021). Noticiero informativo. El 96 % de los jóvenes de Pereira ha participado en el Paro Nacional. Recuperado el 23 de junio de 2021 en https://caracol.com.co/emisora/2021/06/04/pereira/1622810695_938137.html

Centro de Memoria Histórica. (2013). Masacres 1980-2012. Informe compilado. Bogotá DC. Recuperado el 23 de junio de 2021 en https://centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basesDatos/Masacres1980-2012.xls

Concejo Municipal de Pereira (2019). Acuerdo 22 de 2019. Recuperado el 23 de junio de 2021 en http://www.pereira.gov.co/Transparencia/poblacin%20vulnerable/ACUERDO%2022%20DE%202019.pdf

Comisión Inter congregacional De Justicia Y Paz. (abril-junio, 1993). Justicia y Paz. Boletín informativo 6(2). Recuperado el 23 de junio de 2021 en https://www.nocheyniebla.org/wp-content/uploads/u1/boletin_jyp/V6N2Abril_Junio1993.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2020). Sistema Estadístico Nacional – SEN. Planes de información departamental. Recuperado el 24 de junio de 2021 en https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/201027-InfoDANE-Risaralda.pdf

Defensoría del Pueblo. (septiembre de 2018). Informe especial: Economías ilegales, actores armados y nuevos escenarios de riesgo en el posa

cuerdo. Recuperado el 20 de junio de 2021 en https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/economiasilegales.pdf

Defensoría del Pueblo. (25 de agosto de 2020). Alerta Temprana Nº 041-20. Recuperado el 15 de mayo de 2021 en https://alertastempranas.defensoria.gov.co/?anioBusqueda=&criterioBusqueda=Pereira

Defensoría del Pueblo. (2020). Estudio La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2019. Edición 14. Bogotá DC. Recuperado el 25 de junio de 2021 en https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf

Departamento Nacional de Planeación – DNP. (2018). Respuesta Mesas Departamentales de Participación Efectiva de Victimas. Oficio No. *RAD_S*. Recuperado el 25 de junio de 2021 en https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Poltica%20de%20Vctimas/RespuestaMesadeVictimas-Orfeo.pdf

El Diario (2021). Migrantes y personas sin afiliación a salud, recibirán atención en la ESE Salud Pereira. Recuperado el 23 de junio de 2021 en https://www.eldiario.com.co/noticias/pereira/migrantes-y-personas-sin-afiliacion-a-salud-recibiran-atencion-en-la-ese-salud-pereira/

Fundación Paz & Reconciliación – PARES. (2021). Informe Trimestral de Seguridad Ciudadana: Análisis nacional y una mirada a las principales aglomeraciones urbanas de Colombia. Recuperado el 23 de junio de 2021 en https://pares.com.co/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Trimestral-de-Seguridad-Ciudadana-V2.pdf

Gobernación de Risaralda. (14 de enero de 2021). Decretos 2021. Normatividad, Políticas y Lineamientos. Recuperado el día 19 de junio de 2021 en https://www.risaralda.gov.co/documentos/150317/decretos-2021/

González, C. (2021). Colombia en el borde del caos puede evitar otra guerra. Publicación web INDEPAZ. Recuperado el 16 de mayo de 2021 en http://www.indepaz.org.co/colombia-en-el-borde-del-caos-puede-evitar-otra-guerra/

INDEPAZ. (15 de mayo de 2021). Observatorio de DDHH, Conflictividades y Paz. Víctimas de violencia homicida en el marco del Paro Nacional. Recuperado el 17 de mayo de 2021 en http://www.indepaz.org.co/victimas-de-violencia-homicida-en-el-marco-del-paro-nacional/

La FM. (16 de junio de 2021). Peajes urbanos ilegales generan temor en habitantes de Pereira. Columna informativa. Recuperado el 23 de junio de 2021 en https://www.lafm.com.co/colombia/peajes-urbanos-ilegales-generan-temor-en-habitantes-de-pereira

Martínez, L. (2006). Violencia y desplazamiento: Hacia una interpretación de carácter regional y local. El caso de Risaralda y su capital Pereira. Estudios fronterizos, 7(14). México. Recuperado el 20 de junio de 2021 en: https://www.redalyc.org/pdf/530/53071404.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Actos Administrativos. Recuperado el 19 de junio de 2021 en: https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/actos-administrativos.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Coronavirus Colombia. Módulo de búsqueda. Recuperado el 20 de junio de 2021 en https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/index.html

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Documento de Análisis de Contexto para el municipio de Pereira 2020-2021. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI).

Ministerio de Salud y Prosperidad Social. (s.f.). Cifras de aseguramiento en salud con Corte mayo 2021. Recuperado el 24 de junio de 2021 en https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

Organización de los Estados Americanos - OEA. (14 de mayo 2021). Colombia: Expertos de la ONU y OEA condenan la represión de las protestas pacíficas y piden investigaciones exhaustivas e imparciales. Comunicado de prensa R124/21. Recuperado el 17 de mayo de 2021 en http://www.oas.org/es/cidh/expresion/showarticle.asp?lID=2&artID=1198

Ramírez, L., López, L., Zuleta, S., et al. (2020). Plan de Acción Municipal para la Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado en el Municipio de Pereira. Recuperado el 19 de junio de 2021 en: http://www.pereira.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionyControl/Plan%20de%20Acci%C3%B3n%20Territorial.pdf

Red Nacional de Información - RNI. (31 de mayo del 2021). Reporte Risaralda-Pereira. Recuperado el 20 de junio de 2021 en https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Cifras/#!/hechos

Revista Semana. (11 de mayo de 2021). ¿Narcos tras la muerte de Lucas Villa? Así avanzan las investigaciones por el homicidio. Recuperado el 15 de mayo de 2021 en https://www.semana.com/nacion/articulo/narcos-tras-la-muerte-de-lucas-villa-asi-avanzan-las-investigaciones-por-el-homicidio/202118/

Ruta Pacífica Para Las Mujeres. (2020). La Ruta de la Esperanza, Eje Cafetero. Recuperado el 19 de junio de 2021 en https://rutapacifica.org.co/wp/ruta-pacifica-regional-risaralda/#

Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO (2020). Caracterización territorial y demográfica Porcentaje de la población del municipio afiliada por EAPB. Recuperado el 24 de junio de 2021 en http://rssvr2.sispro.gov.co/caracterizacionpoblacional/(S(oo1tyeshxapfytkg303dgutu))/default.aspx

Temblores ONG & INDEPAZ. (14 mayo de 2021). Informe de Temblores ONG e INDEPAZ a la CIDH. Recuperado el 16 de mayo de 2021 en http://www.indepaz.org.co/informe-de-temblores-ong-e-indepaz-a-la-cidh/

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Victimas - AURIV. (2020). Resoluciones. Recuperado el 20 de junio de 2021 en https://www.unidadvictimas.gov.co/es/resoluciones/15776

Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas - UAEGRTD. (2020). Se restituyen más de 200 hectáreas de tierras en el departamento de Risaralda en medio del aislamiento obligatorio. Noticias URT WEB. Recuperado el 19 de junio de 2021 en https://www.restituciondetierras.gov.co/web/guest/historico-de-noticias/-/noticias/1409557

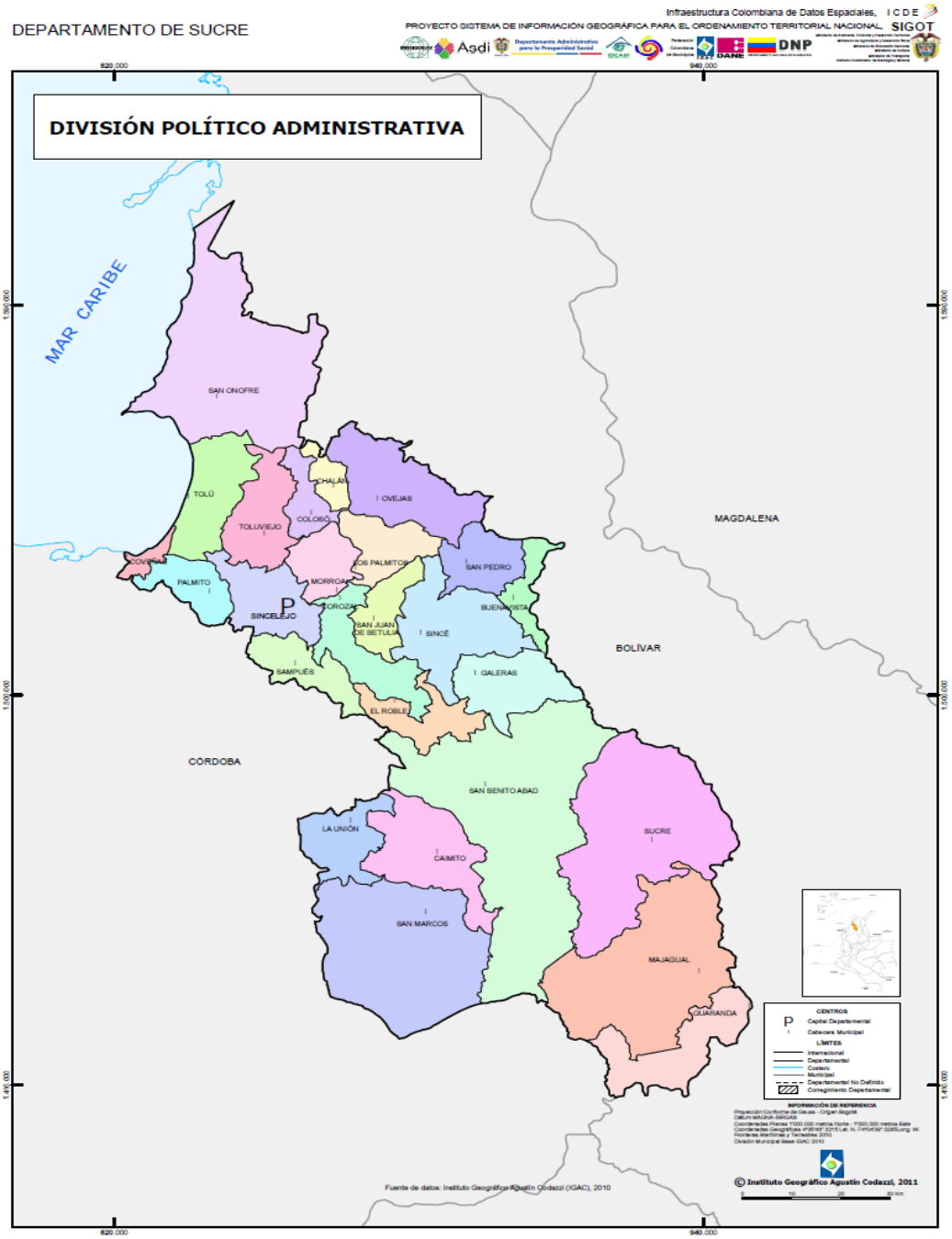
Universidad CES (2018). Barreras de acceso para la atención en salud mental a la población víctima de desplazamiento forzado. Recuperado el 25 de junio de 2021 en https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/3846/1/Salud-mental-en-v%C3%ADctimas-de-desplazamiento-forzado-por-la-violencia-en-C....pdf

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE:

SUCRE

2020



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi

CONTENIDO

1. Introducción 4

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento. 7

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes. 13

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima. 19

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima 21

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales evidenciadas en los municipios focalizados para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. 320

7. Estado de emergencia sanitaria por COVID 34

1. Introducción

La Fundación forjando futuros mediante convenio N° 469 de 2020, suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social, está implementando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) en el Grupo 1 conformada por los departamentos de Atlántico, Norte de Santander, Bolívar, Córdoba, y Sucre. En el Departamento de Sucre para la atención psicosocial a través del PAPSIVI, se priorizaron veintitrés (23) municipios: Morroa, San Onofre, Ovejas, Buena Vista, San Pedro, Galeras, Betulia, Corozal, San Benito Abbad, Guaranda, Majagual, Tolú viejo, Chalan, Coloso, San Marcos, San Luis de Sincé, Sampués, Santiago de Tolú, Sincelejo, Los Palmitos, Palmito, El Roble, Sucre, en tal sentido para el presente documento se hará principal énfasis en estos veinti y trés municipios.

En este marco los equipos territoriales del Departamento de Sucre y el equipo Coordinador Nacional del Convenio actualizan este documento durante el mes de agosto del 2020, de acuerdo a las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Este documento contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizante, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima y el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, en el departamento de Sucre.

El periodo temporal analizado corresponde a sucesos e información enmarcada desde la década de los 80 cuando incursionan grupos al margen de la ley a nuestro territorio y el primer semestre del año 2020, vigencia de la actual fase del Papsivi en el territorio sucreño. Para la recolección de información se utilizaron fuentes primarias y secundarias que alimentan la construcción del documento. Las fuentes primarias consultadas son los reportes verbales de servidores públicos municipales obtenidos a través de entrevistas. Las fuentes secundarias utilizadas son: Plan de Desarrollo Departamental de Sucre 2020- 2023 “Sucre Progresa en Paz”, Análisis de Situación de Salud 2019, documentos del Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Informes de Riesgo del Sistema de Alertas Tempranas –SAT de la Defensoría del Pueblo, el Informe del Centro de Recursos para el Análisis del Conflicto, el informe de Sala Situacional de la Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia, documento sobre el avance de los objetivos del Desarrollo Sostenible en Sucre e informes de la Unidad para las Víctimas-Regional Sucre y diversas producciones académicas.

Los municipios posconflicto del departamento de Sucre donde el Gobierno Nacional prioriza inversiones sociales en educación rural; vivienda, agua potable y saneamiento; reconciliación, convivencia y paz; infraestructura y adecuación de tierras, entre otros, son Chalán, Coloso, Los Palmitos, Palmito, Morroa, Ovejas, San Onofre y Tolú Viejo.

El Departamento de Sucre está situado en la región caribe, República de Colombia, localizado entre los 9º 18´ 0” latitud Norte y 75º 24´ 0” longitud Oeste (decimal 9.3°, -75,4° a escala 1:100.000). Limita al Norte con el océano Atlántico, al Este y Sureste con Bolívar, al Oeste y Suroeste con Córdoba.

El territorio se encuentra a una altura media de 31 msnm, el huso horario corresponde a UTC -5, su código ISO es CO-SUC. Su extensión territorial comprende 10.917 km2, correspondiente al 0.9% del territorio nacional, se divide en cinco subregiones fisiográficas, la más extensa es San Jorge (29,23%), seguida por La Mojana (21,77%), Sabanas (20,26%), Golfo del Morrosquillo (17,76%) y finalmente Montes de María (10,97%). Los municipios más grandes en extensión territorial son San Onofre, San Marcos, San Benito Abad, Majagual y Sucre. El municipio de Coveñas presenta la menor extensión seguido por Chalán. (Biblioteca digital Minsalud, 2020)

El paisaje general en el departamento es variado, en el norte y sur predominan la planicie, en la región central el lomerío con algunos valles. Teniendo en cuenta criterios de ubicación geográfica, división político-administrativa, vocación económica, relaciones intermunicipales, nexos históricos y socioculturales, se agrupan en cinco subregiones fisiográficas: Golfo de Morrosquillo, Montes de María, Sabanas, San Jorge y La Mojana.

Subregión Golfo del Morrosquillo: esta subregión se ubica al norte del departamento, bordeada por las playas del Golfo de Morrosquillo y conformada por los municipios de Coveñas, Palmitos, Santiago de Tolú, Tolú Viejo y San Onofre, los cuales ocupan un área de 1.886 km2 (18,2% del total departamental). Es una zona de bosque seco tropical, en donde la intervención humana ha favorecido la formación de sabanas antrópicas de llanuras, en el municipio de San Onofre se localiza un enclave de bosque muy seco tropical y porciones de sabanas antrópicas de lomerío y de montañas, además, se localizan en el litoral costero los ecosistemas de manglar y lagunas costeras. Esta subregión presenta diferencias en sus variables climáticas, las lluvias anuales en algunos casos son inferiores a 900 mm y en otros puede caer más de 1.200 mm al año, la temperatura media mensual es de 27,4°C y su estación seca puede durar hasta cinco meses o más, la humedad relativa promedio es del 77%. La zona costera tiene limitaciones severas por fertilidad, acidez, salinidad o encharcamiento y en general no tiene aptitud agrícola, por lo cual debe preservarse como hábitat de manglares. Su condición de llanura costera le permite mantener niveles freáticos altos que conservan el estado aprovechable para pasturas y condiciones favorables para el sostenimiento de hatos ganaderos durante la época de sequía.

Subregión Montes de María: está ubicada en la parte nororiental del departamento, conformada por los municipios de Sincelejo, Ovejas, Chalán, Morroa y Colosó, abarca una extensión de 1.104 km2 (10.6% del total departamental). Corresponde a una zona de bosque seco tropical y su paisaje característico es la montaña. El predominio de niebla es común en los bosques de ladera durante las primeras horas de la mañana y al atardecer. La acción de los vientos alisios durante la estación seca influye en la regulación de la temperatura, la humedad relativa y las precipitaciones. La temperatura promedio es de 26,8°C, la precipitación varía entre 1.000 y 1.200 milímetros al año; la humedad relativa es del 77%; el régimen de lluvia es bimodal, al corto período de lluvias del primer semestre le sigue un breve período seco en los meses de junio y julio,

conocido en la región como el nombre de “veranillo de San Juan”; en el segundo semestre se presenta la mayor cantidad de precipitación pluvial.

Subregión Sabanas: está situada en la parte central de departamento, se inicia a partir del declive de los Montes de María hasta inicios de la depresión del bajo Cauca y San Jorge, constituida por los municipios de San Luis de Sincé, El Roble, San Pedro, Sampués, Los Palmitos, Galeras, Buenavista, Corozal y San Juan de Betulia, los cuales tienen un área de 2.101 kilómetros cuadrados (el 20.7% del total departamental). Lo conforman numerosas sierras y colinas formando ondulaciones que van desde los 70 hasta 185 msnm. El clima es característico de las zonas de bosque seco tropical, hay pocos relictus (residuos) de vegetación secundaria; se dan rastrojos y extensas áreas de pastizales. Se le conoce como sabanas antrópicas por las fuertes intervención humana en este sistema ambiental, con predominio de paisaje de lomerío. La temperatura promedio anual es de 27,2°C, la precipitación fluctúa entre 990 y 1.275 mm promedio anual y la humedad relativa es del 80% en promedio, es la subregión que padece con mayor rigor la estación seca, lo que conduce a la trashumancia o traslado del ganado vacuno y equino a las subregiones de La Mojana y San Jorge. Los factores fisiográficos, edáficos, los vientos y las acciones antrópicas degenerativas del medio natural, que eliminan la cobertura arbórea y degradan el suelo, producen condiciones de acidez en el suelo con predominio de las sequías estacionales y de árboles de hoja poco durables (caducifolios).

Subregión La Mojana: esta subregión se localiza en el extremo sur del departamento, la conforman los municipios de Sucre, Majagual y Guaranda, que en conjunto tiene un área de 2.337 km2 (el 22.6% del total departamental). De acuerdo con las variables climáticas dominantes su clima se clasifica como de bosque húmedo tropical. La mayor parte de este territorio corresponde a humedales, que son ecosistemas conformados por un complejo de caños, ríos, ciénagas y zápales, que hacen parte de la Depresión Momposina, zona que amortigua y regula la avenida de los ríos Magdalena, Cauca y San Jorge. La precipitación promedio anual es de 2.800 mm, la temperatura promedio mensual es de 28°C, la humedad relativa promedio es de 85% y la altitud sobre el nivel del mar no supera los 30 metros.

Subregión San Jorge: localizada en la parte suroccidental del departamento y compuesta por los municipios de San Marcos, San Benito Abad, La Unión y Caimito, los cuales tienen un territorio de 2.934 km2 (el 28.3% del total departamental). Presenta zonas de bosque húmedo tropical, bosque seco tropical, bosque muy seco tropical y sabanas naturales. El bosque húmedo corresponde a los humedales (caños, ríos y ciénagas) y sus variables climáticas son similares con las de La Mojana. Existe una gran zona de playones que en su mayor parte se dedican a la actividad ganadera. La precipitación promedio anual es de 2.300 mm, la temperatura promedio mensual es 28°C y la humedad relativa del 85%. El bosque seco tropical hace relación a las sabanas antrópicas en los límites de San Marco y La Unión con el departamento de Córdoba. Sus variables climáticas son similares a las de la subregión Sabanas. El bosque muy seco tropical representa las extensiones de terrenos con suelos ácidos, presencia de gravas y baja fertilidad. La escasa cobertura vegetal crea condiciones particulares que permiten conformar enclaves de estos bosques cuya vegetación corresponde a matorrales. Las sabanas naturales se localizan en terrenos planos no inundables a la margen derecha del río San Jorge, en el sentido San Benito Abad – San Marcos. En

este sistema ambiental la precipitación promedio anual es de 1.300 mm, la temperatura mensual de 28°C y la humedad relativa de 80%. (Biblioteca digital Minsalud, 2020)

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento.

El Departamento de Sucre ha vivido una de las mayores crisis producto del conflicto armado en el país. Durante décadas ha sido escenario de confrontaciones y tensiones recurrentes entre distintos poderes y actores armados por la consolidación del territorio: guerrillas, paramilitares y ejército, dejando como resultado violaciones sistemáticas de los Derechos Humanos (DDHH) e infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH) con impactos directos hacia comunidades campesinas, indígenas y afrocolombianas. "Las características del territorio favorecieron las acciones armadas así como permitió la existencia de campos de entrenamiento, comunicación y movilización hacia el noroccidente, nororiente, el Océano Atlántico y el centro del país. (Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2016).

Según el documento Panorama Actual de Sucre 2006, se logró establecer que "los grupos irregulares se implantaron en Sucre desde los años ochenta, en razón a que el departamento de Sucre contiene corredores naturales, zonas de retaguardia y de avanzada y adicionalmente permite la obtención de recursos para el financiamiento de dichos grupos. La subregión de Montes de María en particular ha sido identificada por los grupos irregulares como un corredor estratégico porque su compleja geografía favorece el desarrollo de acciones armadas, la existencia de campos de entrenamiento, la comunicación y movilización hacia el noroccidente, nororiente, el Océano Atlántico y el centro del país. (Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2016)"

Antecedentes de la organización guerrillera en el territorio.

Se remontan a los años setenta, sin embargo, es a partir de los ochenta cuando la conformación de grupos armados ilegales, generó impactos en la población civil y particularmente en el movimiento campesino. Los grupos más reconocidos en la historia de los Montes de María son el Movimiento de Izquierda Revolucionaria (MIR), el Ejército de Liberación Nacional (ELN), el Movimiento Unido Revolucionario, el Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT), así como la Corriente de Renovación Socialista (CRS), y el Ejército Popular de Liberación (EPL).

Hacia los años 80 y 90 llegan los primeros actores armados a la zona y al municipio de Ovejas, entre ellos: el Partido Revolucionario de Trabajadores – PRT, la Corriente de Renovación Socialista, el Ejército Revolucionario del Pueblo - ERP, el Ejército de Liberación Nacional - ELN y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - FARC, que en los años 90 acrecientan su presencia en la zona simultáneamente con la llegada de las Autodefensas Unidas de Colombia – AUC. Es así, como estos grupos se enfrentan por el dominio del territorio y especialmente la lucha entre los frentes 35 y 37 de las FARC-EP, y las AUC bloque Montes de María, acentuaron de forma significativa

el fenómeno del desplazamiento forzado, convirtiéndose en una subregión expulsora y receptora de población desplazada.

Una de las iniciativas de paz en el Departamento de Sucre fue el primer proceso de paz, con la entrega de armas de PRT en el corregimiento Don Gabriel y la Corriente de Renovación en el corregimiento Flor del Monte.

Otra iniciativa de paz en el departamento de sucre es el festival Festival de la Reconciliación de los Montes de María, que reúne a víctimas y victimarios, actores del conflicto y sociedad civil de esta región de Bolívar y Sucre conformada por 15 municipios, en la cual los jefes de los grupos paramilitares ofrecen perdón por los actos cometidos en contra de las víctimas asentadas en el territorio

Las fuerzas militares en un acto público ofrecen perdón a las víctimas de la masacre perpetrada por las autodefensas en el corregimiento de pichillín, jurisdicción del Municipio de Morroa-Sucre

De acuerdo al documento Panorama actual de Sucre, “el ELN, logró un fuerte dominio a raíz de la desmovilización del PRT y la CRS, hacia comienzo en los años noventa y a partir de 1994 fue ocupado por las FARC, que empezó a desplazar a sus frentes con presencia tradicional en el bajo Cauca hacia el del Departamento de Sucre.” (Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2016)

Este mismo documento refiere que, “El ELN logró implantar los frentes Alfredo Gómez Quiñónez y Jaime Bateman Cayón en la Mojana y los Montes de María. A partir de ese mismo año, las FARC ampliaron de manera significativa el número de combatientes del frente 35, expandiendo su presencia sobre el departamento. El frente 35 se caracterizó principalmente por contar con un gran número de milicianos y sus acciones estaban orientadas principalmente hacia la extorsión. Estuvo al mando de alias Humberto Sepúlveda Sepúlveda y comprendió dos estructuras: la Compañía Robinson Jiménez, con 35 hombres, que actuó principalmente en los municipios de Betulia, Sincé, Buenavista y Galeras, y la Compañía Carmenza Beltrán, con 40 hombres, cuya influencia se extiende a la subregión de la Sabana, Morroa, Coloso, Ovejas, Toluviejo, San Onofre, Corozal, Chalán y Los Palmitos. El ELN contó con presencia a través del frente Jaime Bateman Cayón, bajo la conducción de William Escobar Molina, alias “Nelson”, quien actuó con muy pocos hombres, distribuidos en dos comisiones: Diomedes Cárdenas, con 10 hombres quién actuó en el área de Ovejas y San Pedro y Edwin Pérez con 10 hombres quién registró actividad en Ovejas, Los Palmitos y Coloso.

Por otra parte, la Defensoría Delegada para la Valoración del Riesgo y otros documentos de carácter académico, han evidenciado que diversos factores como el abandono del Estado y la precaria condición social y económica de los habitantes de la región facilitó la entrada de diversos actores armados desde la década de los años setenta a los Montes de María. Los grupos guerrilleros encontraron en este sector del país una zona estratégica de refugio y retaguardia, así como una población importante

para el desarrollo de proselitismo político afín a su organización y demás necesidades del movimiento campesino.

Antecedentes de la organización paramilitar en el territorio.

En los años noventa la organización paramilitar, conformada por diversos actores que pretendieron controlar el accionar de los grupos guerrilleros, dio como resultado una suma de violaciones a los derechos humanos materializada en masacres, amenazas, homicidios selectivos, confinamiento, colaboración forzada, violencia sexual, secuestros, así como persuasión para el abandono y despojo de comunidades campesinas.

“El frente Héroes Montes de María, también conocido como el frente Rito Antonio Ochoa, operó en los municipios de San Onofre, Tolú Viejo, Coloso**,** Chalán, Los Palmitos, Tolú, Corozal, Betulia Coveñas, Buena Vista, Sincé, San Pedro y Ovejas; fue comandado por Edwin Cobos Téllez, alias Diego Vecino. En esta misma zona, se presentó el frente Golfo de Morrosquillo, bajo el mando de otro reconocido paramilitar, Rodrigo Antonio Mercado Pelufo, alias “Rodrigo Cadena”, estos frentes ejercieron una influencia muy marcada en Sucre y Bolívar.” (Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2016)

Como proyecto paramilitar unificado, las Autodefensas Unidas de Colombia surgieron en 1997. “Desde ese año, las mencionadas fuerzas se trazaron como objetivo recuperar el área de los Montes de María, concentrando sus mayores efectivos y esfuerzos en Carmen de Bolívar, El Guamo, San Onofre, Tolú y Ovejas”. (Grupo de Memoria Histórica, 2010)

De acuerdo al informe de Riesgo No. 001-07 de febrero 2 de 2007 del Sistema de Alertas Tempranas –SAT-, los grupos de autodefensas hicieron su aparición entre los años 1994 y 1997 mediante el desarrollo de las asociaciones denominadas Convivir en el departamento de Sucre y la modalidad del sicariato. Desde ese tiempo, no solo el casco urbano sino sus corregimientos fueron escenarios de hechos de violencia múltiple que, sin lugar a dudas, podrían ser catalogados como crímenes de lesa humanidad. Entre estos actos se cuentan la desaparición forzada y el asesinato de al menos 3.000 personas, 17 masacres contra civiles, de las cuales se destacan, por su crueldad, las ocurridas en Pichilín, Coloso, El Salado Macayepo y Chengue. En ellas, más de 90 personas fueron asesinadas a garrote y piedra. (Defensoría del Pueblo, 2007)

Según informe de agosto de 2011 del Centro de Recursos para el Análisis del Conflicto (CERAC), durante la primera mitad de la década de los 90’s los niveles de conflicto y confrontación entre guerrilla, paramilitares y ejército fueron relativamente bajos y en algunos periodos inexistentes. Mientras que entre 1990- 1996 el número de eventos anuales de conflicto no superaba los 40, es a partir de 1997 que se registran más de 120 eventos. Según los expertos este aumento coincide con la incursión paramilitar en la región que se manifiesta en las numerosas acciones unilaterales afectando gravemente a la población civil.

A partir de 1997 hay una disminución de combates pero un aumento de las acciones unilaterales de actores armados ilegales y del ejército; desde esta fecha hasta aproximadamente 2002 se registra una masiva victimización de la población civil,

presentándose en promedio anual unas 220 muertes civiles asociadas al conflicto con una responsabilidad de las acciones paramilitares de un 80%. El mismo informe señala que en el periodo de 1996-2003 las AUC y FARC son los dos principales actores victimizantes contra la población civil (ILSA, Instituto Latinoamericano para una sociedad y un derecho alternativos, 2012). A partir de este periodo las muertes empezaron a aumentar, llegando a su punto más elevado en el año 2000. (Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2008).

Como consecuencia de las acciones paramilitares y de la guerrilla, el departamento fue centro de acciones violentas tales como, amenazas, asesinatos selectivos, confinamiento (retenes en las vías), extorsiones, enfrentamientos, bases de entrenamiento, campamentos, estigmatización y otros tipos de intimidaciones dirigidas a la población donde la guerrilla había establecido su accionar. Mediante el terror como la principal estrategia para lograr el dominio de las zonas intervenidas por estos grupos, se logró el proceso de colonización del territorio.

Con el accionar de los paramilitares aumentó el desplazamiento, generó diversos tipos de vulneración de derechos materializados en violaciones, asesinatos selectivos y torturas. Resultado de ello los campesinos que se quedaron en el territorio tuvieron que asumir prácticas impropias de su cultura y/o tuvieron que desplazarse fuera de su territorio modificando su vocación tradicionalmente rural.

De acuerdo al Sistema Único de Registro “los municipios con mayor recepción de población desplazada fueron Sincelejo (2.935 personas) y Corozal (500 personas), como municipios expulsores fueron identificados Ovejas (335 personas) y San Onofre (280 personas) en este último municipio, los grupos paramilitares ocasionaron desplazamiento masivo de la población y se apoderaron de facto –y mediante el amparo de mecanismos aparentemente legales – de sus tierras, al tiempo que mediante la coacción, la intimidación y la amenaza, hacían énfasis en la prohibición de regresar y de denunciar lo sucedido” (Movimiento Nacional de Víctimas de Crímenes de Estado, ILSA, 2010).

De acuerdo con las cifras del observatorio de la Organización de Población Desplazada Étnica y Campesina (OPDS), entre el año 1996 y el 2005, los Paramilitares realizaron 56 masacres en la región, que dejaron como saldo un total de 500 víctimas. Estos acontecimientos a su vez precedieron los episodios de desplazamiento masivo de familias del departamento de Sucre hacía distintas zonas del país. “Los hechos que reportan el mayor número de víctimas del conflicto en Sucre son el desplazamiento (90%), homicidio (6%), amenaza (2%) y la desaparición forzada (1%)” (UARIV, Dirección Territorial de Sucre, 2015)

Parte de las estrategias para la consolidación del territorio paramilitar consistió en la intimidación a través de la violencia armada. La modalidad de asesinatos selectivos, intimidaciones y amenazas dirigidos a la población civil, que sirvió como base para favorecer el abandono. La ley del terror fue el método de persuasión más efectivo para incentivar el desplazamiento forzado.

Respecto de la población étnica, el análisis situacional de salud del año 2019, resalta el reconocimiento a las comunidades indígenas residentes en los resguardos legalmente constituidos, estos territorios se han incluido en el Sistema General de Participaciones del presupuesto nacional y los aportes entregados anualmente a cada uno se realizan con base en las proyecciones de población indígena residente en estos territorios realizadas por el DANE, de acuerdo con la Ley 715 de 2001.

El antiguo Resguardo de San Andrés actualmente cuenta con 21.000 hectáreas, del total de 83.000 que eran de su posesión, esto quiere decir que aproximadamente 7.000 hectáreas se han recuperado, distribuidas en 19 predios; tierras que vienen trabajando familias indígenas. En estas tierras las familias tienen plantas medicinales, cultivos de maíz, yuca, ajonjolí, ñame, cría de especies menores y como estas tierras son insuficientes para siembras de mayor escala, su producción agrícola es mínima. Dado lo anterior, es preciso resaltar que el 15.2% de los cabildos indígenas carecen de tierras para la práctica de sus cultivos tradicionales.

Según información del Departamento Nacional de Planeación existen 3 resguardos indígenas (código DANE 1271) en los cuales viven un total de 19.090 personas, correspondiente al 2,2% de la población de origen étnico. La población indígena se encuentra organizada en resguardos, con presencia en los municipios de Sincelejo (1.735 habitantes), San Antonio de Palmito (7.744 habitantes) y Sampués (9.611 habitantes). Se aclara que según el sistema de información indígena de Colombia (SIIC) consultado el 19/10/2018, el pueblo Zenú no ha sido caracterizado (mapa de caracterización), en este mismo sistema de información mostró que con corte a 30 de junio de 2017, las asociaciones indígenas existentes son: asociación de cabildos indígenas San Jorge etnia Zenú (San Marcos), asociación de cabildos menores indígenas Yumas de las Piedras etnia Zenú del municipio de Tolú Viejo - ASCAMYTOL (Tolú Viejo), asociación de cabildos indígenas Zenú-(ASCIZ) – (Sincelejo).

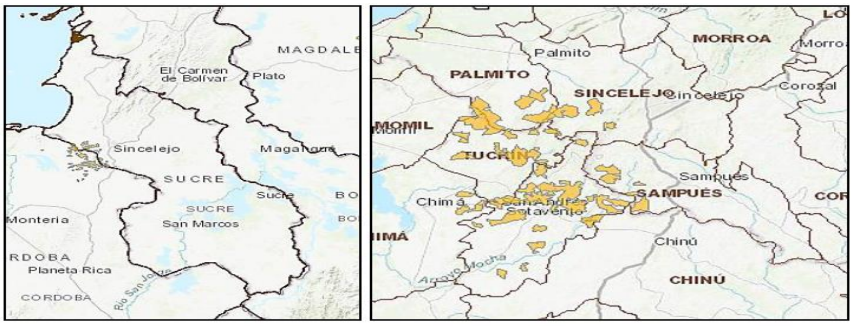
Existen 113 comunidades indígenas distribuidas en el territorio departamental, 22 de ellas ubicadas dentro del resguardo San Andrés de Sotavento, la distribución es la siguiente: 5 en Sincelejo (Babilonia, Buena Vistica, Cerro del Naranjo, San Antonio y San Jacinto), 7 en San Antonio de Palmito (Algodoncillo, El Olivo, Guaimí, La Granja, Los Castillos, Palmar Brillante y Pueblecito), 8 en Sampués (Achiote, Escobar Abajo, Escobar Arriba, La Isla, La Lucha y El Cacao).

Las 93 comunidades restantes (ubicadas por fuera del resguardo San Andrés de Sotavento) se distribuyen en los municipios de Colosó (1), Corozal (1), Coveñas (5), La Unión (2), Morroa (1), Ovejas (3), Palmito (10), Sampués (17), San Benito Abad (4), San Marcos (8), San Onofre (5), Santiago de Tolú (2), Sincelejo (20) y Tolú Viejo (14). Estas son: una en Colosó (La Esmeralda de Colosó), una en Corozal (El Mamón), 5 en Coveñas (Bellavista, El Mamey, El Reparo, Isla Gallinazo, Torrente), dos en La Unión (La Esperanza, Villa Fátima), una en Morroa (Morroy), 3 en Ovejas (Galapa, San José de Almagra, Vilut), 10 en San Antonio de Palmito (Cabecera municipal, Centro Azul, Chupundún, El Barzal, El Martillo, La Gran Vía, Media Sombra, Pueblo Nuevo, San Antonio Urbano, San Martin), 17 en Sampués (Bella Vista, Bossa Navarro, Calle Larga, Costa de Oro, El Crucero, Guaimaro, Huertas Chicas, Huertas Chicas Arriba, Loma de Piedra, Mata de Caña, Mateo Pérez, Panseñor, Piedras Blancas, Sabanalarga Palito, Sabanas de la Negra, Siloé, Villanueva), 4 en San Benito Abad (Cuiva-Caño Viejo, Jegüita, Lomas de Palito, Tacasuan), 8 en San Marcos (Cayo de la Cruz, El Oasis, El Pital, La Florida, Marusa, Montegrande, San Carlos, Santo Domingo Vidal), 5 en San

Onofre (Berrugas, La Libertad, Pajonal, Palo Alto, Rincón del Mar), dos en Santiago de Tolú (Isla Gallinazo, Puerto Viejo), 20 en Sincelejo (Maisheshe La Chivera, Altoplano San Antonio, Aywjawashi El Jordán, Campo Las Mirellas, Cerrito de la Palma, Chocho, Cruz del Beque, La Esmeralda de Chocho, La Gallera, la Peñata, Las Flores La Gallera, Las Huertas, Loma de Tigre Buenos Aires, Policarpa, Putumayo Laguna Flor, Sabanas del Potrero, San Martin, San Miguel, Santa Cruz, Tatachio Mirabel) y 14 en Tolú Viejo (Caracol, Cienaguita, Gualón, La Palmira, La Piche, La Unión Floresta, La Venta La Esperanza, Las Cavernas, Las Piedras, Los Altos, Manica, Queveva, Unión Cañito, Varsovia).

Los cabildos con registro o reconocimiento de comunidad por parte del Ministerio del Interior requieren de la aplicación de estudios etnológicos para que puedan acceder a los beneficios especiales establecidos por ley. Además, el Instituto Colombiano de Desarrollo Rural viene adelantando estudios para la consolidación de otros resguardos. Entre las prácticas culturales de los indígenas Zenú, sobresale la elaboración de artesanías con caña flecha, producto que, aunque cultivado en su tierra, no se dispone en las cantidades necesarias, pues se necesita de más tierras y de semillas para así impulsar la producción artesanal. Hasta la fecha el comercio de estas artesanías se da a través de pequeñas microempresas familiares y comunitarias. (Biblioteca digital Minsalud, 2020)

Mapa N°2. Asentamientos indígenas en el Departamento de Sucre, 2018.



Fuente: Sistema de Información Indígena de Colombia, visor geográfico. Fecha de consulta 24/09/2019.

En relación a la población afrocolombiana, hoy día se encuentran registradas 46 organizaciones en el registro único que para el efecto lleva el Ministerio del Interior, se encuentran radicadas en los municipios de Chalán (1), Corozal (3), Coveñas (1), Los Palmitos (2), Majagual (1), Morroa (1), Ovejas (2), San Benito Abad (2), San Marcos (2), San Onofre (9), San Pedro (2), Santiago de Tolú (3), Sincelejo (14), Sucre (2) y Tolú Viejo (1), siendo San Onofre, Tolú y San Benito Abad los municipios mayoritariamente habitados con esta población étnica.

A pesar de que por medio de la Ordenanza 025 de diciembre de 2008, se adopta en el Departamento una política pública para reconocer y garantizar los derechos de las comunidades negras, esta población continúa siendo población vulnerable; necesitando de más oportunidades diferenciadas en educación y el impulso al desarrollo económico. Además de continuar con los procesos de fortalecimiento de su identidad cultural e histórica, el empoderamiento de la jurisdicción que les ampara y el impulso al proceso organizativo y de otras formas asociativas.

Según cálculos del Departamento Nacional de Planeación, el índice de necesidades básicas insatisfechas de las comunidades negras, para 2002, fue de 1,94% y para 2009 de 2,33%, con ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades; la incidencia de pobreza de la población afrocolombiana fue de 16,1%, por lo cual, ha de hacérsele seguimiento y monitoreo al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, de acuerdo con los compromisos asumidos por Colombia en las conferencias y convenios internacionales de las Naciones Unidas, con énfasis en población afrocolombiana e indígena. (Biblioteca digital Minsalud, 2020)

Respecto de la población víctima del conflicto de los grupos de especial protección, según datos de la Red Nacional de Información en el Departamento de Sucre hay 5074 personas indígenas, 125 raizales, 11 personas del pueblo palenquero, 346 Rrom y 28.979 personas afrocolombianas. (Unidad para las Víctimas, 2019)

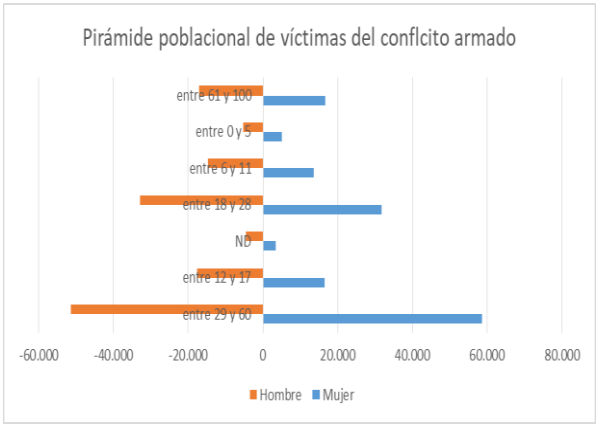
3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes.

El Departamento de Sucre, es uno de los departamentos más pobres del territorio colombiano, aspecto que se refleja en los diferentes indicadores de pobreza, desigualdad y distribución del ingreso, así como también en los distintos factores que permiten analizar elementos ligados a la calidad de vida y bienestar social de los habitantes de una determinada región. Entre los aspectos preocupantes para el departamento de Sucre y de mayor desafío se encuentra erradicar la pobreza extrema y el hambre. “Al respecto el escenario actual para la mayor parte de los sucreños es de mucha vulnerabilidad; más del 67,0% de la población está ubicada por debajo de la línea de pobreza y un 24,5% es indigente. De esta forma es indispensable que los actores involucrados en las políticas públicas diseñen e implementen estrategias pertinentes con la erradicación de la pobreza extrema, la miseria y el hambre, además de que se cree una consciencia generalizada de justicia y equidad social que permita constituir redes sociales promotores de desarrollo humano. (CECAR, DPS Y PNUD, s.f.)”

Según el DANE para el año 2016 el departamento de Sucre tiene una población de 859.909. Lo que da como resultado que desde el año 2000 la población sucreña crezca anualmente un promedio de 0.97%, muy por debajo del promedio nacional. La tasa de natalidad se calcula en 22.04 por cada mil en tanto que la tasa de mortalidad se estima en 5.56 por cada mil.

Respecto de la población víctima del conflicto armado en Sucre, de acuerdo a los datos de la Red Nacional de Información con corte al 1 de agosto de 2018 se encuentran 145.671 mujeres y 143.793 hombres, como a continuación se ilustra disgregándolo por ciclo vital. (Unidad para las Víctimas, 2019)

Edad actual	Mujer	Hombre
entre 29 y 60	58.579	-51494
entre 12 y 17	16.577	-17677
ND	3.411	-4582
entre 18 y 28	31.797	-32968
entre 6 y 11	13.566	-14741
entre 0 y 5	4.975	-5223
entre 61 y 100	16.766	-17108



Fuente: Red Nacional de Información

En cuanto a los hogares con necesidades básicas insatisfechas, Sucre es el segundo departamento con mayor índice de necesidades básicas insatisfechas (54.86%) luego del Departamento del Chocó.

Frente a la afiliación de la población de Sucre al SGSSS, se encuentra que en el régimen subsidiado desde 2014 a 2018 la afiliación venía reduciéndose, en 2019 aumentó de 768.379 a 769.315. Respecto del régimen contributivo el comportamiento de la afiliación ha aumentado o disminuido respecto de los años que se comparen, frente a 2019 la afiliación bajo (149.718) respecto de 2018 (152.830).

Las principales actividades económicas del departamento de Sucre giran alrededor de la ganadería, la agricultura, el comercio y otros servicios sociales. “Sus características geográficas y climáticas son variadas, con unas zonas ricas en agua pero anegadizas, donde no existen sistemas de drenajes, y otras secas y carentes de sistemas de riego. Este trabajo examina los factores que han frenado su desarrollo económico y social, encontrando una producción primaria con bajo valor agregado y deficiente infraestructura física en servicios públicos, vías y comunicaciones. Los indicadores sociales y económicos han mejorado en el transcurso de los últimos años pero están rezagados con relación a los promedios del país. Existe un gran potencial en la producción agroindustrial, microempresaria y artesanal, pero los productores carecen de recursos, presentan deficiencias en la administración de sus negocios y tienen alta intermediación. Las

finanzas públicas del departamento y sus municipios dependen en alta proporción de las transferencias de la Nación, por la poca dinámica de las actividades económicas locales y el alto nivel de pobreza de la población" (Banco de la República de Colombia, 2015)

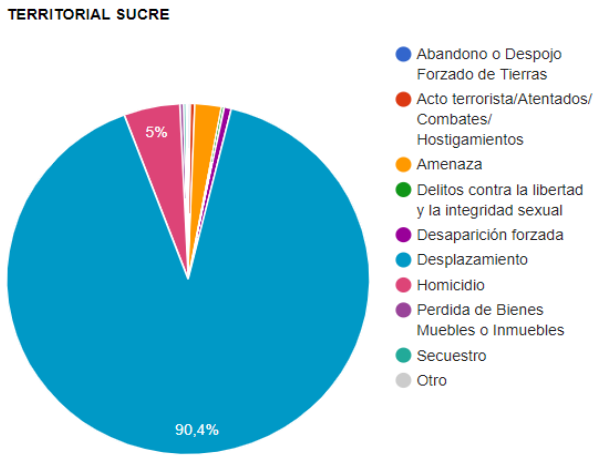
Otra de las fuentes de ingresos se deriva de productos agrícolas, principalmente el ñame, la yuca, el arroz, el algodón, el maíz, el sorgo y el plátano. El potencial económico del departamento está también representado por el oleoducto Caño Limón-Coveñas, puesto que en este municipio desemboca el último tramo de dicha infraestructura".

De acuerdo al documento del Plan de Desarrollo 2016- 2019 "Sucre progresa en paz", a nivel cultural, se evidencia un leve incremento en su patrimonio el cual es necesario valorar, proteger, salvaguardar y conservar. Existen 30 bibliotecas públicas de las cuales un 85% se encuentran adscritas a la Red Nacional con Conectividad pero con solo tres bibliotecarios formados en competencias TIC para el diseño, prestación y divulgación de los servicios. Se cuenta con 22 escuelas de formación artística y cultural creadas por acuerdos municipales. Además, la riqueza patrimonial cultural que está dada en cada una de las distintas subregiones que la conforman, proporciona distintas facetas que ofrecen para el Agro ecoturismo, Acuaturismo, el turismo religioso, y en los diversos eventos folclóricos, ganaderos, equinos y artesanales, festivales en los 26 municipios del departamento, entre ellas las festividades del 20 de enero, Encuentro Nacional de Bandas, Carrera a Caballos y feria del gallo fino, Festival Nacional de Gaitas, Festival Nacional del Pito Atravesado, La feria Agroindustrial, equina, Comercial y Artesanal de Sincelejo. A nivel artesanal se puede destacar un valioso emporio artesanal, representado por la hamaca, el sombrero vueltiao, trabajo realizados en tallados de madera, talabartería, caña flecha, tejido en hilo de algodón, palma de iraca, sepa de plátano, talla en totumo, los municipios que conforman esta ruta son: Sampués, Morroa, Sincelejo**,** Galeras, San Pedro, Ovejas, Sincé, El roble, Coloso, Toluviejo, Tolú, San Onofre y San Antonio de Palmito.

Se hace evidente el potencial cultural y económico del departamento de Sucre, sin embargo, debido a la situación del conflicto armado interno, los campesinos se vieron forzados a huir de su tierra y obligados a cambiar y a adoptar estrategias de adaptación o reconstrucción sociocultural, económica y política. Sus redes sociales y las relaciones más próximas, como son los familiares, vecinales, comunales se vieron fragmentadas. Esto se sumó a la inseguridad y precariedad económica que adquieren o que se profundiza con la situación de desplazamiento forzoso (hecho victimizante de mayor ocurrencia). Las condiciones de vida de esta población se reflejan en los ingresos precarios porque pocos logran vincularse a los mercados laborales, sumado a los impactos psicológicos que deterioran las relaciones interpersonales y la salud física; las pérdidas económicas generan inestabilidad emocional; los impactos colectivos y el daño a las redes sociales y comunitarias afectan las capacidades y posibilidades individuales.

Respecto de los hechos victimizantes sufridos por las comunidades en el departamento de Sucre, se encuentra que el desplazamiento (276.100) es el hecho victimizante que se presentó con mayor ocurrencia, como a continuación se ilustra y el de menor ocurrencia minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo (77)

HECHO	PERSONAS
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	574
Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos	1.184
Amenaza	7.286
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	693
Desaparición forzada	1.965
Desplazamiento	276.100
Homicidio	15.310
Lesiones Personales Fisicas	86



Fuente: Registro Nacional de Información, https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Victimizaciones

La situación de desplazamiento forzado juega como un determinante que afecta significativamente la vida y la salud de la población, y por tanto es un problema prioritario de salud pública porque deteriora las condiciones y formas de vida, y genera cambios en la salud individual y colectiva de la población víctima, contexto que se genera por las privaciones a que son sometidas las personas, y por las condiciones en que son obligados a vivir, tanto en el momento en que se genera el desplazamiento como durante el tiempo que les lleva reubicarse en otro sitio. Así mismo el proceso del nuevo asentamiento, en la gran mayoría de los casos, no permiten mejorar sus condiciones.

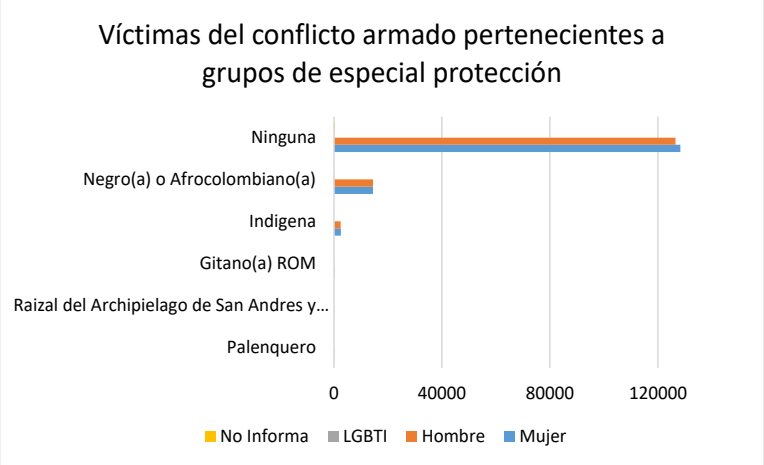
Para el caso del fenómeno del desplazamiento forzado por el conflicto interno armado-CAI, este produce consecuencias en la vida y salud de las personas víctimas. Tal magnitud del problema implica que el Estado, en concordancia con el marco normativo internacional actúe en el sentido de estructurar políticas que permitan la restitución de los derechos a esta población en la perspectiva del principio de igualdad y para ello se implementó la ley 1448 de 2011, la cual reconoce los derechos que tienen las víctimas y

propone de manera explícita que la atención a las víctimas debe adelantarse con enfoque psicosocial.

Las principales víctimas son ciertos grupos poblacionales, como campesinos, indígenas, afrodescendientes, especialmente mujeres, niños y niñas, que en su mayoría hace parte de una condición social donde se han presentado históricamente inequidades estructurales, aumentando su brecha social.

La población víctima del conflicto armado del departamento de Sucre, que pertenece a grupos de especial protección, entre ellos las comunidades étnicas se visualiza a continuación, destacando que la comunidad afrodescendiente (28.979) es la que tiene mayor presencia en el territorio, seguida de la comunidad indígena (5.074).

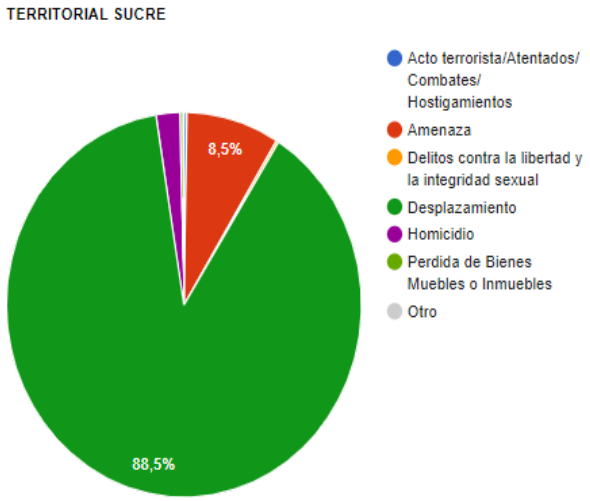
Etnia	Mujer	Hombre	LGBTI	No Informa
Ninguna	128.370	126.573	84	4
Negro(a) o Afrocolombiano(a)	14.454	14.512	13	
Indigena	2.592	2.482		
Gitano(a) ROM	189	156	1	
Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia	62	63		
Palenquero	4	7		



Fuente: Registro Nacional de Información, https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Victimizaciones

Frente a personas o comunidades reconocidas en órdenes y sentencias judiciales en Sucre se encuentra lo ilustrado a continuación, evidenciando que el mayor número de personas por hecho victimizante, corresponde al desplazamiento (10.296) y el menor número de personas son de los hechos de tortura (2), lesiones personales psicológicas (2), secuestro (3) y lesiones personales físicas (4).

HECHO	PERSONAS
Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos	32
Amenaza	984
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	26
Desplazamiento	10.298
Homicidio	254
Lesiones Personales Fisicas	4
Lesiones Personales Psicologicas	2
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	31
Secuestro	3
Tortura	2



Fuente: Registro Nacional de Información, https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Victimizaciones

Estos hechos victimizantes perpetrados por grupos armados produce experiencias traumáticas y consecuencia en el nivel individual, comunitario y social. Generalmente, las respuestas que se han privilegiado para enfrentar el impacto de los conflictos armados en las poblaciones se han centrado en la atención en salud de la población víctima. (Rondón, 2010).

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armando PAPSIVI con el fin de mitigar el sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en las comunidades, ha atendido en el

Departamento de Sucre a 7.095 personas, en las tres modalidades de atención (individual, grupal y comunitaria).

De acuerdo a las estadísticas reflejadas en el aplicativo Papsivi del Ministerio de Salud y la protección Social, hasta el mes de agosto de 2020, se han abierto 3041 planes de atención psicosocial en el Departamento de Sucre, para un total de 11.137 víctimas atendidas en el marco del Programa desde el año 2013.

Las víctimas han sido atendidas en 4 modalidades de atención psicosocial:

Modalidad individual: 1220 Planes con el mismo número de personas atendidas.

Modalidad Grupal: 41 planes con el mismo número de personas atendidas.

Modalidad Familiar: 1686 planes para 7236 víctimas atendidas.

Modalidad Comunitaria: 94 planes para 2640.

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima.

Según el Plan de Departamental de Desarrollo 2016-2019, La estrategia “Sucre más saludable” apunta al mejoramiento de las condiciones de salud de la población partir de la identificación y caracterización de los determinantes sociales, entendidos estos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el Sistema de Salud.

El desarrollo de la estrategia se centra en los individuos, las familias y las comunidades, facilitando las condiciones de materialización del goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades mediante la atención integral a la salud; retoma los componentes integrados e interdependientes definidos en la estrategia de Atención Primaria en Salud: la acción intersectorial/transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud. No es solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el progreso de la salud y la creación de un ambiente sano.

En el departamento de Sucre, la Unidad para las Víctimas conoce 46 sentencias de restitución de tierras, distribuidas en los municipios de Morroa, Ovejas y Coloso, en las que se señala que se debe realizar un acompañamiento psicosocial.

“De acuerdo con la información reportada a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS), se identificó que, en la vigencia 2015, del total de 91.182 personas atendidas por PAPSIVI en el depto. De Sucre, 57.443 recibieron atenciones en salud dentro del SGSSS. Lo anterior, representa el 63% del total de las personas atendidas por los dos componentes del Programa (psicosocial y de salud integral). Dicho porcentaje de personas con atención en salud, resulta

significativamente superior al promedio de personas de la población general con atenciones en salud, el cual se estima en 43%. Lo anterior, indicaría que la población víctima del conflicto armado ha podido acceder más a los servicios en salud que la población general". (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.)

De acuerdo a los datos obtenidos del Informe Generado Desde El Aplicativo PAPSIVI del Ministerio de Salud Y Protección Social con corte a agosto de 2020, en lo que va corrido de la ejecución del PAPSIVI desde 2013, se han atendido desde el programa en los municipios priorizados 11.075 personas en las distintas modalidades, distribuidas de la siguiente manera:

Municipio	Individual		Ind. grupal		Familiar		Comunitaria		Total	
	Planes	Personas	Planes	Personas	Planes	Personas	Planes	Personas	Planes	Personas
Corozal	228	228	0	0	232	956	23	678	489	1843
Los Palmitos	107	107	0	0	188	774	20	587	316	1449
Morroa	113	113	0	0	147	595	8	232	272	939
Ovejas	138	138	0	0	221	985	8	230	367	1350
Sampués	48	48	0	0	74	361	2	59	124	468
Tolú Viejo	20	20	0	0	29	133	1	36	50	189
Sincelejo	412	412	41	41	530	2273	18	429	1008	3147
San Onofre	153	153	0	0	264	1155	14	389	432	1685
Total	1220	1220	41	41	1686	7236	94	2640	3061	**11075**

Fuente: Aplicativo PAPSIVI Del Ministerio De Salud Y Protección Social, Corte agosto 2020.

En el Departamento de Sucre, se ha llevado acabo la socialización del Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque Psicosocial, en todos los 26 Municipios, con todas las direcciones locales de Salud, así como, con todas las EAPB, presentes en el territorio y con un gran porcentaje de las IPS, que conforman la red de atención, principalmente con la red pública, en la cual se atiende mayoritariamente a esta población, destacándose la Unidad de Salud San Francisco de Asís, ubicada en el municipios d Sincelejo, donde se encuentra el mayor porcentaje de victimas del territorio. Así mismo, se ha socializado la resolución 1166 de 2018, desde su entrada en rigor, indistintamente de la presencia o no del programa Papsivi, resaltando además, que en la actualidad, debido al cambio de Secretarios de Salud, este proceso se está desarrollando nuevamente por parte del equipo de trabajo de esta oficina, gracias al desarrollo de asistencias técnicas, orientaciones y vigilancia permanente que la Secretaria Departamental realiza en el marco de las actividades contempladas en el marco del POA – PAT, contemplado en el Departamento. (Tamara, 2020).

Gracias al desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas, y al apoyo del programa Papsivi, desde su primera vigencia, en el departamento, se cuenta con referentes de victimas en cada una de las EAPB que hacen presencia en el territorio, siendo Mutual Ser, la que concentra el mayor número de población victima afiliada, se destaca además, que en el territorio también existe personal formado en atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas del conflicto armado, estos se encuentran dentro de la Secretaria de Salud Departamental y en EAPB, como Mutual Ser y Mutual Quibdó, entre otras, todo esto, gracias al desarrollo de las formaciones en este sentido que se han adelantado desde el SENA y con lo cual, en cabeza del equipo coordinador para la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque

Psicosocial, de la Secretaria Departamental de Sucre, se espera adelantar la réplica de esta formación con todos los actores del SGSSS del departamento, en el marco de la implementación de este protocolo en los próximos meses. (Tamara, 2020)

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

Respecto a la prestación de los servicios de salud y de acuerdo a los datos de la parte diagnóstica del Plan de Desarrollo Departamental, Sucre realiza la prestación de los servicios de salud a través de la Red Pública y privada. Según el listado de inscripción y registro de IPS, a nivel departamental se cuenta con 740 prestadores, de los cuales 405 son profesionales independientes; 290, instituciones de instituciones prestadores de servicios de salud; 34, de objeto social diferente y 11 son empresas de transporte especial, las cuales prestan servicios de baja, mediana y alta complejidad en los diferentes municipios del departamento; de estas, solo 13 IPS de mediana complejidad y dos de alta complejidad están ubicadas en municipios diferentes a Sincelejo. Esta situación obliga a que el epicentro de la referencia, desde el resto de municipios del departamento para estas complejidades, sea la capital. En cuanto a la Red Pública, está conformada por 25 IPS de baja complejidad, ubicadas en los diferentes municipios del departamento, exceptuando los municipios de Chalán y Coveñas, que no cuentan con IPS pública; tres IPS de mediana complejidad, el Hospital Universitario de Sincelejo, dos hospitales regionales ubicados en los municipios de Corozal y San Marcos. El Hospital Universitario de Sincelejo, actualmente, no cuenta con la infraestructura física y tecnológica adecuada para garantizar la prestación de servicios con calidad y eficiencia, de acuerdo a la demanda, como tampoco garantiza la función docente-asistencial. La prestación de servicios de alta complejidad para el departamento de Sucre se realiza, principalmente, en instituciones de prestación de servicios privadas. De igual forma, sucede para la prestación de servicios de alto costo, para la población pobre en lo no cubierto para todo el departamento de Sucre. Para la atención de media y alta Complejidad, se establecen parámetros que permiten flexibilizar la atención, considerando las diferentes opciones que ofrece el departamento en la atención ambulatoria, con el fin de optimizar y descongestionar los hospitales públicos que ofrecen servicios de mediana y alta complejidad, para que den respuesta rápida a los requerimientos de las urgencias por su grado de complejidad. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede indicar que las instituciones de alta y mediana complejidad ofertan la siguiente capacidad instalada en número de camas, salas de cirugía y de partos, las cuales están ubicadas, en su mayoría, en el municipio de Sincelejo.

EAPB	IPS	NIVEL DE ATENCIÓN	FUNCIONAMIENTO	TALENTO HUMANO
Comparta	ESE San Francisco de Asís.	I II III	Urgencias	Equipo interdisciplinario.

	Hospital Universitario Clínica Salud Social. Gastro Centro IPS Médicos Especializados Resonancia magnética Clínica Santa María		Promoción y Prevención. Hospitalización. Laboratorio	Médico. Especialistas Enfermera Psicólogo Trabajo Social Psiquiatra
COOSALUD	IPS Municipales Clínica Cardiovascular IPS Vida Plena Hospital Universitario Clínica Salud Social Clínica Cardiovascular	I II III	Urgencias Promoción y Prevención. Hospitalización. Laboratorio	Equipo interdisciplinario. Médico. Especialistas Enfermera Psicólogo Trabajo Social Psiquiatra

Mutual Ser	ESE San Francisco de Asis. IPS viva 1 A IPS Salud para Sucre Clínica Concepción. Salud Social Hospital Universitario Unidad Intermedia	I II III	Urgencias Promoción y Prevención. Hospitalización. Laboratorio	Equipo interdisciplinario. Médico. Especialistas Enfermera Psicólogo Trabajo Social Psiquiatra
Mutualser	ESE Hospital de San Onofre	I	Urgencias Promoción y Prevención. Hospitalización. Laboratorio	Medicina General Enfermería
Coosalud	Mi atención integral	I	Consulta externa	Medicina General Enfermería Odontología
Mutualquibdo	IPS palenque de torobe	I	Consulta externa	Medicina General Enfermería
Cajacopi	IPS guacary	I	Consulta externa Laboratorio.	Medicina General Enfermería

Mutual ser AMBUQ Comfasucre Comparta Caja Copi Nueva Eps	ESE Centro de Salud de Sampues	I	Urgencias 24 horas, consulta externa, laboratorio clínico, odontología, TAB, vacunación, sala de partos, P y P.	Medicina General Enfermería Bacteriología Odontólogo. Ginecoobstetra.
Nueva Eps	Salud para todos	I	Consulta externa, odontología, laboratorio clínico, P y P.	Medicina General Enfermería Bacteriología Odontólogo.
Comfasucre	Punto vital	I	consulta externa, odontología, consulta especializada	Medicina General Enfermería Odontólogo.
AMBUQ	Clínica Sampues	I	Consulta externa, odontología, consulta especializada, fisioterapia, laboratorio clínico	Medicina General Enfermeria

				Bacteriologia Odontologo.
Nueva EPS	Salud integral	I	Consulta externa, odontología, consulta especializada.	Medicina General Enfermería Odontólogo.
Comfasucre	Santa teresita	I	consulta externa, consulta especializada-	Medicina General Enfermería Odontólogo.
Mutual ser	Funcentra	I	Medicina general, laboratorio clínico, nefrología, nutrición y psicología	Medicina General Enfermería Bacteriología Psicología

En cuanto a la prestación de servicios con enfoque diferencial, la Secretaria de Salud Departamental implementará, a las personas categorizadas como víctimas, actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias para la atención integral en salud y atención psicosocial. El monitoreo se realizará a través del 'Programa de Salud Integral y Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado' (PAPSIVI), en aquellos municipios focalizados y a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), para el seguimiento de los 'Planes de Atención Integral en Salud' de la población víctima del conflicto armado y sujetos de Sentencias y Autos de la Corte

Constitucional, siguiendo los lineamientos del artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, de acuerdo a lo establecido en el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial.

Respecto de la oferta institucional del nivel nacional, departamental y municipal prevista para las víctimas de conflicto armado se encuentran:

Instituciones nacionales

Departamento para la Prosperidad Social

1. Más Familias en Acción: la cual, entregan un apoyo monetario directo a las familias con menores de edad que se encuentren por debajo del corte definido por la Entidad bajo la metodología III del SISBÉN, en condición de desplazamiento o pertenecientes a comunidades indígenas , con cobertura Urbana-Rural; los beneficiarios potenciales de Más Familias en Acción son familias con menores de edad que se encuentren por debajo del punto de corte definido por la Entidad bajo la metodología III del SISBÉN, familias en condición de desplazamiento, familias pertenecientes a comunidades indígenas o familias vinculadas a la Red Unidos

2. Jóvenes en Acción: programa que busca mejorar las capacidades, competencias, habilidades y destrezas para el trabajo de la población joven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, con cobertura Nacional (Urbano y Rural). Se considerarán potenciales beneficiarios del Programa, los jóvenes bachilleres entre 16 y 24 años en condición de pobreza o vulnerabilidad y sus aliados son Gobernación-Alcaldía.

3. Familias en su Tierra- FEST. Tiene como objetivo es contribuir al arraigo, a la estabilización socioeconómica, al goce efectivo de derechos y a la reparación integral de la población víctima retornada o reubicada.

4. Red de Seguridad Alimentaria (RESA): Cuyo objetivo es mejorar el acceso y consumo de los alimentos de las familias objetivo del Sector de la Inclusión Social y la Reconciliación mediante la producción de alimentos para el autoconsumo, la promoción de hábitos alimentarios saludables y el uso de alimentos y productos locales para contribuir con la disminución del Hambre y el mejoramiento de la seguridad alimentaria en el país.

5. ANSPE. UNIDOS. Busca Implementar, liderar y consolidar la Red de Protección Social para la Superación de la Pobreza Extrema - UNIDOS, como una estrategia de intervención para que las familias en situación de pobreza extrema y desplazamiento forzado accedan a la oferta social pública y privada y desarrollen capacidades para gestionar su propio desarrollo, mejoren sus condiciones de vida y superen la pobreza extrema, con cobertura Nacional-rural.

Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural:

6. Oportunidades Rurales: Su objetivo es, Contribuir a la lucha contra la pobreza rural, a través del incremento del empleo y de los ingresos de las familias más pobres, mejorando para ello la competitividad e integración a los mercados de las microempresas rurales.

7. Mujer Rural: El objetivo es mejorar las condiciones de vida de las mujeres rurales, su núcleo familiar y sus comunidades y de esta manera contribuir con la reducción de la pobreza rural, con cobertura de orden Nacional-Rural y sus beneficiarios son.

Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas de la Violencia –UARIV: Prevención temprana: orientada a identificar las causas que generan las violaciones de los derechos humanos y/o las infracciones al DIH y adoptar medidas para evitar su ocurrencia; prevención urgente: ante la inminencia de una violación de derechos humanos y/o infracción al DIH, adopta acciones, planes y programas orientados a desactivar tales amenazas para mitigar los efectos de su ocurrencia; garantías de no repetición: en tanto las violaciones y las infracciones ya han sido consumadas, atender y mitigar los impactos causados por emergencias humanitarias y desplazamientos masivos en el marco del conflicto interno armado en programas de atención integral. RUV.

Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA: Ofrece su atención a través del acompañamiento de planes de inversión en proyectos que surjan a través de los procesos de formación, capacitación técnica, recalificación laboral, así como formaciones productivas con acompañamiento de planes de inversión en proyectos que surjan a través de estos procesos formativos.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF): En la atención Integral existen programas como: Los Hogares Comunitarios de Bienestar son una modalidad de atención a la primera infancia, se atienden las necesidades básicas en cuidado, afecto, nutrición, salud, protección y desarrollo psicosocial, de niños y niñas desde los 6 meses hasta 5 años de edad pertenecientes a familias Víctimas de Violencia. El suministro de un complemento alimenticio y la realización de acciones formativas, de promoción, de prevención y atención en salud, asistencia para la Recuperación Nutricional. Existe también Generaciones Con Bienestar para la atención de NNA víctimas.

Procuraduría General de la Nación. Toma de declaraciones de los hechos que originaron el desplazamiento forzado y las remiten para su inscripción de manera inmediata a las oficinas de Acción Social. Seguimiento. a las acciones de las Entidades del Gubernamentales del SNAIPDV (El Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada) para velar por la protección y realización del goce efectivo de los derechos de la población en situación de desplazamiento forzado.

Defensoría del Pueblo. El sistema de Alertas tempranas –SAT- mediante ello realiza acciones de prevención de violaciones masivas de DDHH (Mediante el SAT producen permanente análisis sobre situaciones de inminencia y análisis de riesgos vulnerabilidades regionales con el propósito de activar un diagnóstico de respuesta integral del Estado, encaminada a la mitigación o alejamiento del mismo, la superación, eliminación o disminución de las amenazas de vulneración de los derechos humanos sobre una comunidad determinada). Seguimiento, a las acciones de las Entidades Gubernamentales del SNAIPDV o Comité Departamental de Justicia Transicional para velar por la protección y realización del goce efectivo de los derechos de la población en situación de desplazamiento forzado, hace énfasis en la atención de urgencia y emergencia, en cuanto a su oportunidad, calidad y pertinencia, teniendo en cuenta las diferencias de género, edad y etnia, la atención sectorial, especialmente lo relacionado con salud y educación, y los compromisos adquiridos por parte de las Entidades en los procesos de retorno y reubicación; asesorías por parte de la coordinación de atención al desplazamiento forzado.

Instituciones Departamentales:

Gobernación de Sucre. Desarrollo programas de Atención Integral a las Víctimas de la Violencia a causa del conflicto armado, complementando las medidas de atención y reparación integral adoptadas por los municipios; con sujeción a las órdenes y directrices que imparta el Presidente de la República para el mantenimiento, conservación y restablecimiento del orden público, garantizar la seguridad y protección personal de las víctimas con el apoyo de la Policía Nacional. En el marco del Plan de Desarrollo Departamental vigente, en el eje Estratégico 3 del mismo que se denomina. Promoción del goce efectivo de derechos de la población víctima Es una acción transversal a todos los territorios del departamento, que se profundizara en localidades representativas de la entidad territorial como Sincelejo, Corozal, Ovejas, Tolú, etc., a través de los siguientes programas:

1. Programa 1. Víctimas con Prevención y Protección Eficaz y Oportuna Desarrolla todo el componente de prevención de hechos victimizantes, con una participación activa de la misma población víctima, las entidades de seguridad y la misma comunidad para garantizar entornos protectores y seguros.

2. Programa 2. Atención y Asistencia a la Población Víctima Representa el grueso de las atenciones sociales puestas a disposición de la población víctima del departamento, materializada en toda la oferta institucional de servicios de la entidad territorial, que, de manera directa o concurrente con los municipios, se presenta como capacidad instalada.

3. Programa 3. Gestores de la Reparación Integral a Víctimas Constituye las acciones de acompañamiento que brinda el Departamento para que las familias víctimas avancen en los procesos de retorno y reubicación, reparaciones individuales y colectivas y restitución de tierras, y, de esta manera, contribuir con el restablecimiento pleno de sus derechos.

4. Programa 4. Promoción de las Acciones de Verdad y Justicia Se orienta a generar los espacios de reconciliación y perdón entre víctimas y victimarios, para

la conservación de la memoria histórica, y asegurar condiciones de no repetición de hechos victimizantes, fortalecimiento de los procesos de verdad y justicia.

5. Programa 5. Superación de Vulnerabilidades Socioeconómicas Representa el componente de generación de capacidades productivas de la población víctima, así como las acciones relacionadas con el acceso a activos.

6. Programa 6. Fortalecimiento de la Participación para Víctimas Constituye el factor de interlocución y fortalecimiento tanto de organizaciones representantes de víctimas como de las instancias o espacios formales en las que estas intervienen con el objeto de generarles capacidades de gestión y negociación frente a la exigencia en el cumplimento de sus derechos.

7. Programa 7. Fortalecimiento del Enfoque Diferencial en Víctimas Hace referencia al reconocimiento de la diversidad en el conjunto de la población víctima, en el entendido de que cada subgrupo de la población posee unas características diferenciadoras que hacen que, de igual manera, la oferta institucional de servicios de la Administración departamental se presente ajustada a esas mismas particularidades y diferencias

8. Programa 8. Fortalecimiento Institucional para la Paz Es el conjunto de acciones encaminadas a crear una infraestructura institucional en la entidad territorial, que permita soportar y respaldar los esfuerzos en materia de construcción de paz y derechos de la población víctima, desarrollando los dispositivos y mecanismos de gestión que permitan efectuar una adecuada planeación, ejecución, monitoreo y evaluación de las gestiones adelantadas en estos frentes.

Instituciones Municipales:

Alcaldía Municipal: Presta atención integral a las víctimas de la violencia a causa del conflicto armado receptada en el municipio a través de las Secretarías municipales de despacho, entre ellas se destacan las secretarías del Interior, las de Desarrollo Social, educación, Planeación, el Grupo de Asesores del Municipio y la Umata. En algunas de ellas la oferta institucional se refiere a la planificación y otras más a la parte operativa de programas tendientes a satisfacer necesidades habitacionales, de formación académica, asistencia en salud física y mental, convivencia, etc.

9. Personería Municipal.

Control y recepción de declaraciones, orientación y protección en casos de violación de los derechos humanos y ejerce la Secretaría Técnica de la Mesa de Participación de Víctimas en el Municipio

10. Colegios o escuelas, Centros educativos:
11.

MUNICIPIOS	ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS	RECTOR O DIRECTOR	ZONA URB (1), ZONA RURAL (2)
SAN MARCOS	INST EDUC SAN MARCOS	HERNANDO VALDES ALTAMAR	1
SAN MARCOS	INST EDUC JOHN F KENNEDY	ROBERT BORRERO RUZ	1

SAN MARCOS	INST EDUC SAN JOSE	AMPARO CRISTINA OYOLA VERGARA	1
SAN MARCOS	INST EDUC MARIA INMACULADA	ARACELIS DE JESUS LOPEZ DIAZ	1
SAN BENITO	INST EDUC MARIA INMACULADA	HERNANDO MANUEL SANTOS MORENO	1
LA UNION	INST EDUC LA UNION	NICANOR DE JESUS VERGARA MENDOZA	1
CAIMITO	INST EDUC SAN JUAN BAUTISTA	ABEL ADAN RICARDO GONZALEZ	1
GUARANDA	INST EDUC DE GUARANDA	MICHEL JOSÉ GARCÍA CORPAS	1
MAJAGUAL	INST EDUC NORMAL SUPERIOR DE LA MOJANA	JUSTINIANO RICARDO VEGA	1
MAJAGUAL	INST EDUC SAN JOSE	GARIBALDI JOSE ROYERO VERGEL	1
SUCRE	INST EDUC ELIECER ULLOA	NELSON MANUEL GARCIA HERNANDEZ	1
SUCRE	INST EDUC NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	MARIA CONCEPCION ARRIETA PAYARES	1
OVEJAS	INST EDUC GABRIEL TABOADA SANTO DOMINGO	LUIS EDUARDO SALAS FONTALVO	1
OVEJAS	INST EDUC SAN JOSE	NAYIBIS OROZCO ADUEN	1
CHALAN	INST EDUC CHALAN	ALFONSO CABALLERO LAMBRAÑO	1
MORROA	INST EDUC CRISTOBAL COLON	ALFREDO SAMUR CHAMORRO	1
COLOSO	INST EDUC VICTOR ZUBIRIA	PEDRO JOSE MERLANO PAYARES	1
SINCE	INST EDUC SAN JUAN BAUTISTA DE LA SALLE	ALFREDO CARLOS MERLANO IRIARTE	1
SINCE	INST EDUC ANTONIA SANTO	HNA. ANA JOSEFA ZAPATA O	1
EL ROBLE	INST EDUC SAN MATEO	LINA MARGARITA BERTEL	1
GALERAS	INST EDUC SAN ROQUE	JORGE BENJUMEA TUIRAN	1
GALERAS	INST EDUC ANTONIO NARIÑO	DENNYS MARIA SEVERICHE SIERRA	1
COROZAL	INST EDUC PIO XII	HUGO ARIEL TOVAR MAURY	1
COROZAL	INST EDUC FRANCISCO JOSE DE CALDAS	MANUEL ESTEBAN GARAY TRUJILLO	1
COROZAL	INST EDUC LICEO CARMELO PERCY VERGARA	FRANCISCO SIERRA PATERNINA	1
COROZAL	INST EDUC NORMAL SUPERIOR DE COROZAL	JUAN FRANCISCO CASTILLO CANCHILA	1
COROZAL	INST EDUC GABRIEL GARCIA MARQUEZ	ARMANDO DE JESUS GARCIA MEZA	1
COROZAL	INST EDUC LAS PEÑAS	GLORIA ESTELLA BALBIN DIAZ	1

COROZAL	INST EDUC DON ALONSO	JOSE MEZA DE LUIS	1
SAN JUAN DE BETULIA	INST EDUC SAN JUAN BAUTISTA	JOSE DOMINGO MORALES MUÑOZ	1
SAN JUAN DE BETULIA	INST EDUC CONCENTRACION ESCOLAR SAN JUAN	OSCAR JOSE CONTRERAS BARRETO	1
BUENAVISTA	INST EDUC BUENAVISTA	JAIRO HERNANDO VERGARA SANTOS	1
SAN PEDRO	INST EDUC SAN JUAN BOSCO	LUIS MARIA PALENCIA GALINDO	1
SAN PEDRO	INST EDUC SAN PEDRO CLAVER	FABIO JOSE DOMINGUEZ BERTEL	1
SAN PEDRO	INST EDUC SANTA ROSA DE LIMA	DONALDO AVILA MARTINEZ	1
LOS PALMITOS	INST EDUC SANTA ROSA DE LIMA	MANUEL FRANCISCO GÓMEZ PÉREZ	1
LOS PALMITOS	INST EDUC LOS PALMITOS	SERVIO TULIO BENÍTEZ PÉREZ	1
SAMPUES	I E MILLAN VARGAS	NAPOLEON SEGUNDO JARABA TOVAR	1
SAMPUES	INST EDUC MARISCAL SUCRE	ELOY ANTONIO GONZALEZ ORTEGA	1
SAN ONOFRE	INST EDUC SANTA CLARA	DORIS BLANCO BLANCO	1
SAN ONOFRE	INST EDUC MANUEL ANGEL ANACHURY	JAIRO BLANCO BERRIO	1
SAN ONOFRE	INST EDUC TEC AGRO SAN ONOFRE DE TOROBE	ARCADIO BLADIMIR BALDOVINO OLIVERA	1
COVEÑAS	INST EDUC ISMAEL CONTRERAS MENESES	ARTURO MARTINEZ MERCADO	1
COVEÑAS	INSTITUCION EDUCATIVA COLEGIO NAVAL DE COVEÑAS	LEDIS MARGOTH REYES CORREA	1
SAN TIAGO TOLU	INST EDUC LUIS PATRON ROSANO	FRANCISCO BUELVAS CUELLO	1
SAN TIAGO TOLU	INST EDUC TEC SANTA TERESITA	Hna ISABEL HERNANDEZ MORENO	1
SAN TIAGO TOLU	INST EDUC TEC JOSE YEMAIL TOUS	ENILSA MARIA ZUÑIGA VEGA	1
TOLUVIEJO	INST EDUC HERIBERTO GARCIA GARRIDO	ESPERANZA ROMERO URZOLA	1
SAN ANTONIO DE PALMITO	INST EDUC INDIGENA SAN ANTONIO ABAD	OTALVARO JULIO PEREZ MONTERROZA	1

Otras instancias relevantes

12. Juzgados de familia, Juzgado civil, Fiscalía, CTI, DIJIN, Batallón de infantería de Marina, Escuela de Carabineros Rafael Núñez, Centro de reclusión en la zona urbana pero por sus condiciones ya debe reubicarse tal como lo establece el PBOT.

13. Acciones Comunales, Consejo de Mujeres, Sociedad de Obras Públicas.

La acción de estas entidades, para lograr efectividad en términos de derechos, se ha enmarcado, en la atención para quienes ya han sufrido la violación de sus derechos, en la reparación de tal vulneración y, también, en medidas que propendan por la protección de los derechos de los ciudadanos en general.

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales evidenciadas en los municipios focalizados para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

El Departamento de Sucre ha presentado un aumento consistente de la afiliación de la población al Sistema General de Seguridad Social, tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado, acorde con los lineamientos de la Política Nacional, sobre Cobertura Universal ratificada en la Ley 1438 de 2011. En ambos regímenes existen barreras físicas, comunicacionales y actitudinales que de alguna manera afecta a la atención integral a las víctimas con mayor riesgo de vulnerabilidad.

Barreras físicas:

1. Las IPS y EPS, no poseen la infraestructura, logística, ni el recurso humano capacitado en el tema y más teniendo en cuenta que estos municipios pequeños no poseen una estructura de prestación de servicios amplia.
2. Las IPS y EPS no cuentan con servicios de atención de II nivel de atención, lo cual no permite realizar una atención integral ni inmediata a la población, esta barrera sumado a las dificultades de acceso por seguridad y zonas geográficas veredales alejadas de la cabecera municipal y la usencia de ayudad técnicas y escaleras e inseguras, impide el goce efectivo de la atención en salud.
3. Entre otras barreras físicas se tienen: El traslado de varios miembros del grupo familiar a otra ciudad afecta también los ingresos del hogar de las víctimas. Estos problemas son especialmente críticos en el caso de los Niños, Niñas y Adolescentes. Para esta población, es obligatorio el acompañamiento de la familia durante la rehabilitación.

Barrera actitudinales:

1. Los profesionales no tienen trato digno con las personas
2. Conducta de exclusión.
3. Conductas de discriminación por parte del profesional de atención médica
4. Poco apoyo familiar, desinterés por parte de la familia de mejorar la calidad de vida de paciente.
5. Contratación de recurso humano de apoyo no oportuna

6. Se reportan con frecuencia problemas en el suministro de medicamentos para víctimas

Barrera comunicacionales:

7. No es una conducta institucional la socialización de derechos y deberes de los usuarios
8. El usuario a veces no dispone de toda la información sobre su tratamiento.
9. Las capacitaciones ofrecidas por algunas instituciones no cumplen con las expectativas y necesidades de la población desplazada.
10. No se realiza una atención integral en salud a la población infantil indígena, ya que no se cuenta con lineamientos claros de política en este tema.
11. Dificultad en la ubicación de la población desplazada, y lograr su asistencia a programas institucionales.
12. La no correcta codificación de los diagnósticos, finalidades, causas externas, los cuales dificultan identificar correctamente las atenciones.
13. Falencias en el registro: El envío de esta información por parte de las IPS es retrasada e incompletas.
14. Desconocimiento de la normatividad relacionada con la población desplazada
15. Desconocimiento de los deberes y derechos de la población desplazada por parte de los profesionales de la salud
16. Los sistemas de información territoriales actuales, en su mayoría no permiten conocer la situación de salud real de la población desplazada con el enfoque diferencial, ni reportarla oportunamente.
17. Las víctimas no conocen las maneras cómo acceder a información acerca de la atención ofrecida por el Estado y, normalmente, deben acudir a múltiples puntos de información, esto constituye un desincentivo para que las desplazadas accedan a la atención dirigida al goce efectivo de sus derechos.
18. Desconocimiento de los derechos de las víctimas de comunidades étnicas por parte de los funcionarios de las instituciones prestadoras de salud (IPS). Este problema es especialmente crítico en el caso de miembros de etnias indígenas y afros, quienes viven en los lugares más apartados y, en mucho casos, sus economías de autoabastecimiento no generan recursos suficientes para cubrir el transporte.
19. No hay servicios de psicología, a los lugares más cercanos donde viven las víctimas. Esto impide prestar este servicio desde las primeras etapas de atención e imposibilita su continuidad.
20. La oferta de atención psicológica no corresponde a las prácticas tradicionales, ni al contexto de las víctimas indígenas.

21. La débil implementación de estrategias por parte de los actores institucionales (EAPB, IPS) para implementar proceso de demanda inducida en especial en las zonas dispersa del municipio, que mantengan informada y motivada a la población para que asistan a los diferentes programas de protección específica y detección temprana;

22. En ciertos casos, las deficiencias neurológicas o las patologías en salud mental que se derivan después del accidente son atribuidas a otras causas. Esto dificulta (a)el acceso de las víctimas a servicios de psiquiatría o neurología.

23. La atención en salud a miembros de etnias indígenas presenta barreras de tipo cultural que actualmente no son tenidas en cuenta en las IPS (ejemplo: una víctima indígena mujer que prefiera ser atendida por otra mujer y no por un hombre).

24. Algunos corregimientos que tienen puestos de salud habilitados no cuenta con promotores o agentes de salud permanente.

25. Los agentes de salud no cuentan con la formación para la atención integral con enfoque psicosocial.

26. Médicos y enfermeras para la prestación del servicio, no capacitados para la atención diferencial a víctimas del conflicto armado en Colombia.

27. La asignación de las órdenes de servicios es muy demorada.

28. Problemas de subregistro, calidad y cobertura del Registro RIPS en publicaciones con afiliación institucional.

29. No registro de la particularidad desde el enfoque diferencial para la identificación de la víctima; de igual manera, falta de actualización del RUV lo cual genera problemas en los registros reales, también subsisten los viejos problemas de la sensibilidad y especificidad de los instrumentos de reconocimiento de la calidad de víctima.

30. No se cuenta con los servicios y el talento humano cualificado y permanente que garantice una atención integral, así como se encuentra establecido en las normas técnicas.

31. Demoras en la asignación de órdenes de servicios, como un agravante del malestar /enfermedad en las personas víctimas del conflicto armado en especial las de mayor vulnerabilidad.

32. Débil implementación de acciones colectivas para la prevención de eventos de salud pública.

33. Falta de atención psicosocial e integral para aliviar las necesidades en salud mental y física de la población.

34. En el departamento no hay un solo ‘Hogar de Paso’ que actúe como institución protectora de carácter transitorio para niños, niñas y adolescentes en situación de

abandono, peligro y habitantes de la calle, lo cual es preocupante porque se exponen a altas condiciones de vulnerabilidad.

35. Según fuente DANE, las primeras causas de mortalidad las constituyen las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y las hipertensivas, asociadas a malos hábitos alimenticios y a una vida sedentaria. Las principales dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas son de tipo visual, para desplazarse, pensar y memorizar

36. En el departamento se carece de centros geriátricos especializados, y queda como única opción los asilos o ancianatos, que aumentan el abandono familiar y la carencia afectiva. La oferta de servicios y bienes para estas poblaciones es limitada y con muchas barreras de acceso para la satisfacción de necesidades básicas.

37. En los centros de bienestar de adultos mayores predominan problemas de salud ambiental y de tipo sanitario.

38. La promoción y prevención para evitar la discapacidad ha sido deficiente; así mismo, la atención integral en salud tiene barreras en lo concerniente a la entrega de ayudas técnicas (sillas de ruedas). Tampoco hay suficiente inclusión laboral, aumentando así el trabajo informal y la mendicidad. La deficiente planeación urbana y falta de control a la invasión del espacio público entorpece la movilidad y expone a esta población a accidentes; de igual manera, no se cuentan con accesos a espacios recreativos adaptados a las condiciones de esta población.

39. El derecho a la escolarización está vulnerado por falta de capacidad instalada e infraestructura adecuada; la principal barrera se centra en no contar con recurso humano capacitado para la inclusión educativa de esta población. Esta población es víctima de estigmatización y marginalidad, y trae consigo problemas de salud mental en la población con discapacidad.

40. La situación de desigualdad entre hombre y mujer en la sociedad y la dependencia económica de la mujer, el desconocimiento de sus derechos ante la ley, la falta de confianza de la mujer en sí misma, la falta de educación y las presiones sociales, son otras problemáticas que vive la mujer sucreña, lo que debe alertar a la aplicación de mecanismos de protección por parte de los organismos del Estado. Las mujeres de municipios en contexto de conflicto armado son víctimas de violencia, en especial de violencia sexual; no reciben una atención integral y oportuna, lo que agudiza la problemática a nivel físico, social y mental. Por otra parte, las fuentes de trabajo para la mujer son inferiores a la del hombre, debido a que la actividad económica que actualmente está generando mayor empleo es el sector de la construcción, limitando así la participación de la mujer en el ámbito laboral.

41. De acuerdo a los datos de la UARIV, el número de amenazas contra la población LGBTI, a nivel nacional, disminuyó 10% en el año 2014, respecto al 2013. El número de homicidios contra la población LGBTI, a nivel nacional, disminuyó 21% en 2012, respecto al año 2011. Sigue una tendencia a disminuir en 15% en el

2013, con relación al año 2012, presentando una disminución del 2% en el 2014, respecto al 2013.

42. En el 2014, los casos de amenazas contra la población LGBTI disminuyeron en cuatro frentes a dichos sucesos en el 2013. Aunque, a nivel departamental, el número de amenazas es muy inferior al nivel nacional, se deduce que en el departamento puede haber subregistro, o que esta población se abstenga de denunciar por represalias contra sus vidas. Por lo tanto, se siguen presentando amenazas contra sus miembros, unidas a comportamientos discriminatorios y expresiones de intolerancia.

7. Estado de emergencia sanitaria por COVID 19.

El nuevo Coronavirus (SARS - Cov 2) causa una Infección Respiratoria Aguda (IRA), que puede ser leve, moderada o severa. Entre sus síntomas se encuentran fiebre, tos, secreciones nasales (mocos) y malestar general. Algunos pacientes pueden presentar dificultad para respirar. La Organización Mundial de la Salud -OMS declaró el 11 de marzo del presente año como pandemia el coronavirus o Covid-19 y el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante resolución 385 de 2020 declaró emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 y adoptó medidas tendientes a prevenir y controlar la propagación del coronavirus o Covid-19 en el territorio nacional y mitigar sus efectos. Dicha medida se ha ido extendiendo debido al comportamiento que ha tenido la pandemia y al incremento de casos. Del coronavirus o Covid-19 se conoce que cualquier persona puede infectarse, independientemente de su edad, pero hasta el momento se han registrado relativamente pocos casos de Covid-19 en niños. La enfermedad es mortal en raras ocasiones, y hasta ahora las víctimas mortales han sido personas de edad avanzada que ya padecían una enfermedad crónica como diabetes, asma o hipertensión entre otras, y que afecta más a los hombres que a las mujeres.

El Departamento de Sucre ha venido acogiendo las directrices dadas por el ministerio de salud con el fin de salvaguardar y minimizar la transmisión de este virus en el territorio, declarando la emergencia sanitaria y desarrollando acciones con este propósito, bajo los lineamientos del gobierno nacional. la normatividad y las medidas que se han adoptado hasta el momento se pueden clasificar en tres fuentes primordiales:

- Medidas sanitarias y de emergencia sanitaria,
- Medidas de emergencia social, económica y ecológica
- Medidas de orden público y otras de carácter ordinario.

Lo anterior sin perjuicio de reconocer que existen relaciones estrechas entre cada uno de estos grupos de normas. Fuente: Min Salud (2020).

CONSTITUCIÓN POLÍTICA (arts. 2 y 49)

MEDIDAS SANITARIAS Y EMERGENCIA SANITARIA

Leyes 1751 de 2015, estatutaria en salud (arts. 2°, 5°, 6°) , Ley 9 de 1979 (arts. 488 a 490, 527, 591, mod D. 2106 de 2019), Planes Nacional de Desarrollo 2014-2018-2022, Ley 1753 de 2015 (art. 69) y el Decreto 780 de 2016, (comp. 3518 de 2006). REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL2005.

DOCUMENTO	ASUNTO	IDENTIDAD
Resolución 380 de 2020	Aislamiento y cuarentena de viajeros, China, Italia, España, Francia	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 385 de 2020	Declaración de EMERGENCIA SANITARIA, mod. 407 y 450	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 414 de 2020	Conexión pasajeros con Aeronáutica	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 444 de 2020	Urgencia manifiesta	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 453 de 2020	Suspensión establecimiento de comercio y bebidas	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 464 de 2020	Aislamiento personas mayores, centros día	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 470 de 2020	Aislamiento personas mayores, centros día	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 502 de 2020	Lineamientos prestación de servicios	Ministerio de Salud y Protección Social

Resolución 507 de 2020	Compra de insumos recursos PIC	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 520 de 2020	Requisitos antisépticos	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 521 de 2020	Atención Domiciliaria	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 522 de 2020	Requisitos de importación y fabricación de bienes	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 536 de 2020	Plan de acción para la prestación de servicio de salud	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 537 de 2020	Modifica en CUPS, para incluir COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 539 de 2020	Suspensión de términos	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 597 de 2020	Plazos para información cuenta de alto costo	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 595 de 2020	Recursos para atención de mujeres víctimas de violencia	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 608 de 2020	Recursos para el fortalecimiento institucional COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 609 de 2020	Líneas de crédito EPS	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 615 de 2020	Trámites de Fondo de Estupefacientes para COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 617 de 2020		Ministerio de Salud y Protección Social

	Usos no incluidos en el registro sanitario para COVID-19	
Resolución 619 de 2020	Compra de cartera a cargo de ADRES en la emergencia por COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 622 de 2020	Inspección, vigilancia y control de la calidad del agua para consumo agua	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 628 de 2020	Llamamiento al talento humano en Salud	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 666 de 2020	Protocolo general de Bioseguridad	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 675 de 2020	Protocolo industria manufacturera Sistema de información para el reporte y seguimiento en salud a las personas afectadas COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 676 de 2020	Sistema de información para el reporte y seguimiento en salud a las personas afectadas COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 681 de 2020	Protocolo de bioseguridad en el sector de juegos de suerte y azar	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 682 de 2020	Protocolo de bioseguridad en el sector de la construcción	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 730 de 2020	Protocolos de investigación clínica con medicamentos	Ministerio de Salud y Protección Social

Resolución 734 de 2020	Municipios No Covid-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 735 de 2020	Protocolos de bioseguridad Comercio electrónico	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 737 de 2020	Potocolos de bioseguridad Servicios en Propiedad Horizontal	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 738 de 2020	Protocolos de bioseguridad industria Manufacturera	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 739 de 2020	Protocolos de bioseguridad Talleres de Vehículos	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 740 de 2020	Protocolos de bioseguridad Médicos Veterinarios	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 741 de 2020	Reporte de información de las incapacidades	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 747 de 2020	Comité de recomendación y evaluación de las acciones adoptadas en la estrategias	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 748 de 2020	Protocolos de bioseguridad industria Manufacturera autorizada para la elaboración de bebidad alimentos, indudtria petroquímica y química y sus relacionados	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 750 de 2020	Trámite especial para la presentación de proyectos de inversión	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 773 de 2020	Protocolos de bioseguridad sector Pecuario	Ministerio de Salud y Protección Social

Resolución 914 de 2020	Máxima o valor máximo a pagar, durante la emergencia sanitaria	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1285 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del Coronavirus COVID-19 en los servicios y actividades de alojamiento en hoteles (CIIU 5511); alojamiento en apartahoteles (CIIU 5512); alojamiento en centros vacacionales (CIIU 5513); alojamiento rural (CIIU 5514); otros tipos de alojamiento para visitantes (CIIU 5519); actividades de zonas de camping y parques para vehículos recreacionales (CIIU 5520); servicio por horas (CIIU 5530) y otros tipos de alojamiento n.c.p (CIIU 5590)	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1313 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en las actividades relacionadas con los centros de	Ministerio de Salud y Protección Social

	entrenamiento y acondicionamiento físico.	
Resolución 1346 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en el proceso de aplicación de las pruebas de Estado Saber y otras pruebas que realiza el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación –ICFES.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1408 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad mitigar y controlar el riesgo del coronavirus COVID – 19 en la realización de actividades de exhibición cinematográfica y presentación de obras de las artes escénicas discriminadas en la Clasificación internacional Industrial Uniforme CIIU 5914 y 90, bajo la modalidad de autocines, autoeventos, salas de cine y teatros	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1421 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en	Ministerio de Salud y Protección Social

	las actividades de los parques de diversión, jardines botánicos y reservas naturales.	
Resolución 1443 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en las actividades de los operadores turísticos y en los servicios turísticos prestados en las áreas y atractivos turísticos.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1507 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en las actividades relacionadas con el fútbol profesional en las fases de entrenamiento y competencias nacionales e internacionales y se deroga la Resolución 993 del 2020.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1513 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19, en el espacio público por parte de las personas, familias y comunidades.	Ministerio de Salud y Protección Social

Resolución 1517 de 2020	Por medio de la cual se dicta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en los sectores aeroportuario y aeronáutico del territorio nacional, exclusivamente para el transporte doméstico de personas por vía aérea, se deroga la Resolución 1054 de 2020, y se dictan otras disposiciones	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1537 de 2020	Por medio de la cual se modifica la Resolución 677 de 2020 en el sentido de sustituir el anexo técnico que adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo y de la enfermedad COVID 19 en el sector transporte	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1538 de 2020	Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en las actividades de playas, incluido el alquiler de casetas, taquillas, hamacas, entre otros.	Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 005 de 2020		Ministerio de Salud y Protección Social

	Directrices detección y atención COVID-19	
Circular 011 de 2020	Educación	Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio de Educación
Circular 011 de 2020	Eventos personas	Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio de Comercio
Circular 018 de 2020	Prevención IRA	Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio de Trabajo
Circular 015 de 2020	Recomendaciones grupos étnicos	Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 019 de 2020	Detección temprana	Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 025 de 2020	Instrucciones para formular acciones colectivas y procesos de gestión de la salud pública	Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 001 de 2020	Transporte de pasajeros	Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio de Transporte
Circular 001 de 2020	Reducir la exposición y contagio por COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio de Trabajo - Ministerio de Vivienda

CONSTITUCIÓN POLÍTICA (arts. 215)

EMERGENCIA ECONÓMICA, SOCIAL Y ECOLÓGICA

En virtud de la gravedad e inminencia de profundas afectaciones en el devenir social, económico, político, cultural, en general vital del país, el presidente, de la República, en conjunto con sus ministros determinó, mediante el Decreto 417 de 2020, que era necesario acudir al estado de excepción regulado en el artículo 215 de la Constitución Política y en la Ley 137 de 1994. Teniendo en cuenta el Decreto 417, se han expedido normas con fuerza de ley para hacer frente a la situación para conjurarla e impedir la extensión de sus efectos.

DOCUMENTO	ASUNTO
Decreto 438 de 2020	Exención de IVA bienes COVID-19
Decreto 439 de 2020	Suspensión desembarque de pasajeros por 30 días desde 23 de marzo
Decreto 440 de 2020	Urgencia en contratación
Decreto 441 de 2020	Servicio de agua y aseo
Decreto 444 de 2020	FOME. Fondo de Mitigación de Emergencias
Decreto 470 de 2020	Alimentación escolar y educación
Decreto 476 de 2020	Requisitos productos COVID-19
Decreto 486 de 2020	Abastecimiento de alimentos
Decreto 488 de 2020	Medidas de orden laboral
Decreto 491 de 2020	Garantía de servicios, gerentes ESE
Decreto 499 de 2020	Contratación estatal de bienes COVID-19
Decreto 500 de 2020	Acciones de promoción y prevención ARL
Decreto 507 de 2020	Acceso a hogares vulnerables a alimentos y medicamentos
Decreto 512 de 2020	Movimientos presupuestales entidades territoriales

Decreto 513 de 2020	Inversión recursos de regalías
Decreto 519 de 2020	Presupuesto FOME.
Decreto 522 de 2020	Adición presupuestal
Decreto 538 de 2020	Medidas en el sector salud
Decreto 539 de 2020	Protocolos de Bioseguridad
Decreto 544 de 2020	Contratación especial insumos médicos
Decreto 545 de 2020	Donaciones - suspensión del requisito de insinuación
Decreto 546 de 2020	Medida carcelaría - sustitución de penas de prisión y de detención
Decreto 551 de 2020	Exención IVA de bienes en salud
Decreto 552 de 2020	Tranferencia económica Adultos Mayores
Decreto 553 de 2020	Disminución cotización pensiones y pensiones AFP
Decreto 558 de 2020	Subcuenta para la mitigación de COVID-19 en el Fondo de Riesgos
Decreto 559 de 2020	Protección de derechos de las niñas, niños y adolescentes
Decreto 567 de 2020	Impuesto Solidario por el COVID-19
Decreto 568 de 2020	Impuesto Solidario por el COVID-19
Decreto 570 de 2020	Apoyo económico a personal en reintegración
Decreto 571 de 2020	Adición del presupuesto de 2020
Decreto 572 de 2020	Adición del presupuesto de 2020
Decreto 576 de 2020	Medidas en el sector de juegos de suerte y azar
Decreto 579 de 2020	Medidas en materia de propiedad horizontal
Decreto 580 de 2020	Medidas en servicios de acueducto y alcantarillado
Decreto 582 de 2020	Protección de pensionados y beneficiarios de BEPS

CONSTITUCIÓN POLÍTICA (arts. 2 y 189, num. 4)

NORMAS DE ORDEN PÚBLICO Y OTRAS ORDINARIAS

En este grupo se encuentran dos clases de medidas significativas que no tienen fuerza legal. Por una parte, las asociadas al orden público que tienen como fuente regulatoria los artículos 189, numeral 4°, de la Constitución Política y 198 y 199 de la Ley 1801 de 2016. Entre estas medidas está la de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. De otro lado, las medidas aduaneras que se expiden con base en las facultades del artículo 189, numeral 25, de la Constitución Política y la Ley 7 de 1991, sobre comercio exterior.

DOCUMENTO	ASUNTO
Decreto 410 de 2020	Modifica arancel para bienes COVID-19
Decreto 411 de 2020	Zonas francas
Decreto 412 de 2020	Frontera
Decreto 418 de 2020	Normas orden público
Decreto 420 de 2020	Normas orden público
Decreto 436 de 2020	Medidas aduaneras
Decreto 457 de 2020	Aislamiento
Decreto 462 de 2020	Prohibición de exportación y reexportación de productos
Decreto 521 de 2020	Modificación de aranceles maíz, sorgo y soya
Decreto 527 de 2020	Regula el exceso de alcohol carburante
Decreto 531 de 2020	Continuación y aislamiento
Decreto 536 de 2020	Continuación y aislamiento
Decreto 593 de 2020	Prórroga aislamiento obligatorio 11 de mayo

Con corte al día 17 de Septiembre, en el Departamento de Sucre existen un total de 13265 casos confirmados, de estos 11903 recuperados y 546 han fallecido. 816 se encuentran activos aun de los cuales 798 se encuentran recuperándose en casa y 18

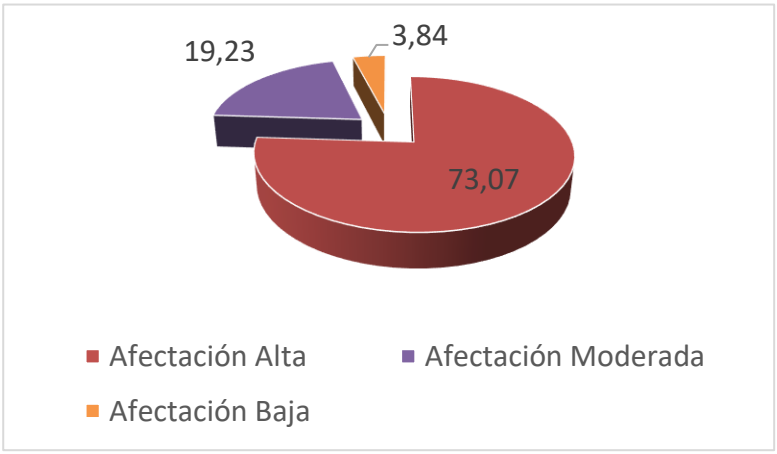
hospitalizados, de acuerdo al reporte diario de la página oficial de la Gobernación de Sucre, tal como se ilustra a continuación.



Así mismo se resalta que de acuerdo al informe de análisis de situación de Covid 19 en el Departamento de Sucre, emitido por la Sala de Análisis Departamental el día 14 de septiembre de 2020, en relación a la afectación, el 73% se encuentra categorizados en alta afectación, entre ellos: Sincelejo, Buenavista, Coloso, Corozal, Coveñas, Galeras, Guaranda, La Unión, Los Palmitos, Majagual, Morroa, Ovejas, Sampués, San Juan de Betulia, San Marcos y San Pedro.

Con afectación moderada el 20% están clasificados: Pamito, San Benito, El Roble, Chalan y Sucre.

Los municipios con baja afectación representan el 2 % y pertenecen a este grupo: Caimito y San Onofre



Fuente: Cálculos MSPS-Dirección de Epidemiología y Demografía

Los factores de riesgo a los que está expuesto el de Departamento de Sucre ante la propagación del virus es que colapse el sistema de salud, y por ello se hace necesario activar los planes hospitalarios de emergencias en la red pública y privada que permita garantizar una respuesta inmediata adecuada y oportuna en caso de presentarse una situación de emergencia.

Otro factor es la crisis económica, situación laborar y hacinamiento, en la búsqueda de satisfacer las necesidades básicas son factores de riesgo que hacen que se propague más el virus persona a persona.

BIBLIOGRAFIA

Banco de la República de Colombia. (2015). *Documento de trabajo sobre economía regional: Sucre.* Obtenido de http://www.banrep.gov.co/es/contenidos/publicacion/econom-del-departamento-sucre-ganader-y-sector-p-blico

CECAR, DPS Y PNUD. (s.f.). *El Departamento de Sucre, frente a los Objetivos del Desarrollo del Milenio.* Obtenido de http://www.cepal.org/MDG/noticias/paginas/6/44336/Sucre_final.pdf

Defensoría del Pueblo. (2007). *informe de Riesgo No. 001-07 de febrero 2 de 2007.* Bogotá.

Gobernación de Sucre. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental de Sucre.* Obtenido de https://sucre.micolombiadigital.gov.co/sites/sucre/content/files/000023/1140_plan-departamental-de-desarrollo-20162019.pdf

Grupo de Memoria Histórica. (2010). *La tierra en disputa. Memorias de despojo y resistencia campesina en la Costa Caribe (1960-2010).* Bogotá: Printed in Colombia.

ILSA, Instituto Latinoamericano para una sociedad y un derecho alternativos. (2012). *Montes de María: entre la consolidación del territorio y el acaparamiento de tierras. Aproximación a la situación de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario en la región (2006-2012). .* Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Sala situacional de la Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia.* Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS.

Movimiento Nacional de Víctimas de Crímenes de Estado, ILSA. (2010). *Desplazamiento forzado y legalización del despojo en San Onofre: la comunidad que denunció la alianza parapolítica por la consolidación del control territorial.* Bogotá.

Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario. (2016). *Panorama actual de Sucre.* Bogotá.

Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH. (2008). *Panorama actual de Bolívar.* Bogotá.

Rondón, L. R. (2010). Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial con víctimas individuales y colectivas en el marco del proceso de reparación. *Revista de estudios sociales*.

UARIV, Dirección Territorial de Sucre. (2015). *Informe Regional.* Sincelejo.

Unidad para las Víctimas. (1 de Agosto de 2019). *Red Nacional de Información.* Obtenido de https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394

Unidad para las Víctimas. (2019). *Red Nacional de Información.* Obtenido de https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Dinamico

Biblioteca digital Minsalud. (15 de 09 de 2020). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=20849

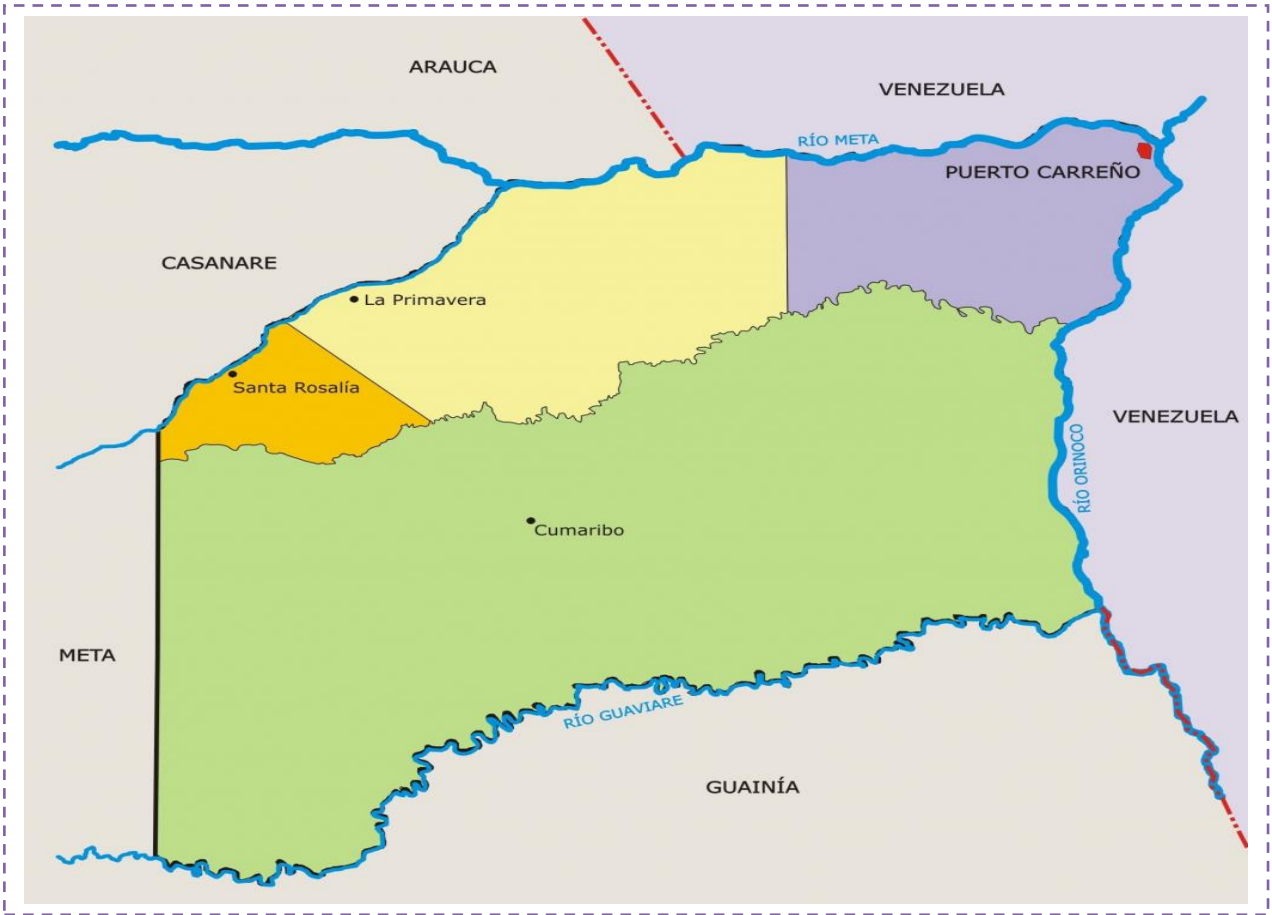
Biblioteca digital Minsalud. (15 de 09 de 2020). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=20849

.

ANÁLISIS DE CONTEXTO

DEPARTAMENTO DE:

VICHADA



Contenido

1. Introducción

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento.

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizastes en el departamento.

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima.

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección. (Niños, niñas y adolescentes, jóvenes, adultos mayores, mujeres, hombres e identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, población étnica (gitanos y afrodescendientes), personas con discapacidad).

7. Estado de emergencia sanitaria por COVID-19

1. Introducción

La Fundación Forjando Futuros en convenio de asociación No. 469 de 2020, tiene por objeto “Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros para el fortalecimiento de la capacidad territorial en la implementación estrategias de atención psicosocial y gestión integral en salud a víctimas del conflicto armado”. El objetivo del convenio de la Asociación se desarrollará a través de la implementación, seguimiento y monitoreo de los dos componentes del programa de atención psicosocial y atención integral a víctimas del conflicto armado en Colombia, en las entidades territoriales del grupo 1: Cesar, Bolívar, Sucre, Córdoba, Magdalena, La Guajira, Atlántico, Norte de Santander, Arauca, Guainía y Vichada para la implementación del componente de atención psicosocial, el cual se operativizará por medio de la Estrategia de Atención Psicosocial diseñada por el MSPS; y el componente de atención integral en salud con enfoque psicosocial, el cual se operativizará según los indicaciones definidas en el Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial desarrollado por el MSPS. El escenario de implementación es el escenario 1, que consiste en la atención semipresencial.

En el Departamento de Vichada para la atención psicosocial a través del PAPSIVI, se priorizó solo el municipio de Puerto Carreño, es de resaltar que es la primera vez que el programa hace presencia en el territorio, por tanto, no se han evidenciado logros con la población victima desde el programa en ningunos de los municipios de este departamento.

De acuerdo con las orientaciones recibidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en la que los diferentes equipos territoriales y articulador debe realizar la construcción del análisis de contexto, documento que contiene: El contexto histórico y actual del conflicto armado, el contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes, el estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima, la oferta institucional y rutas de atención para población víctima y el análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas para la atención a la población víctima sujeto de especial protección, en el departamento de Vichada municipio de Puerto Carreño.

Se tiene en cuenta para la recolección de información fuentes como registros del periodo Morichal, artículos realizados por diferentes entidades, diálogos con servidores y funcionarios públicos, el Plan de Desarrollo Departamental de Vichada 2016- 2019 y la página de la unidad de víctimas a nivel nacional, se destaca que una fuente importante de este documento es el Análisis de contexto realizado por el técnico en salud como referente del programa en el territorio.

El departamento del Vichada es el segundo departamento más grande de Colombia, se encuentra localizado en el extremo oriental del país y de la región de la Orinoquía colombiana. Geográficamente se sitúa localizado entre los 06º19'34'' y 02º53'58'' de latitud norte y 67º25'1'' y 71º7'10'' de longitud oeste. Cuenta con una superficie de 98.970 km2 lo que representa el 8.7 % del territorio nacional con una extensión territorial de 105.947 km2. Así mismo hace parte de la región de la Orinoquia Colombiana, además de ser parte de la franja fronteriza con la hermana República Bolivariana de Venezuela en 227 kilómetros 5, convirtiéndose así en paso fronterizo obligatorio. Está conformado por 4 Municipios (Puerto Carreño, Cumaribo, Santa Rosalía y La Primavera) y 25 inspecciones. Con una población aproximada para el 2017 de 75.468 habitantes según la proyección poblacional del DANE.

Por otra parte, para el departamento de Vichada la crisis que se presenta en Venezuela y la ubicación de Vichada como zona fronteriza ha ocasionado que el flujo de migrantes hacia el departamento sea muy alto, esto ha generado que las oportunidades laborales y las dinámicas propias del comercio local se vean afectadas. La ocupación laboral convencional en puerto Carreño, se ve afectada por las altas contrataciones de migrantes venezolanos y los bajos salarios con los cuales trabajan, convirtiéndose en una competencia laboral desigual y aparte de ello una fuga de efectivo de la comunidad.

2. Contexto histórico y actual del conflicto armado en el departamento.

Frente a la situación del conflicto interno en el país, los grupos al margen de la ley que operan en el departamento del Vichada son el ELN y las FARC, aunque no hay que desconocer que las autodefensas también han estado en la zona, el grupo de las FARC se pronunció en el departamento del Vichada a comienzos de la década de los noventa, donde Josué Eliseo Prieto, alias Esteban González, logró consolidar en el departamento el frente 16 como la columna vertebral de las finanzas de las Farc, con la construcción de una red de procesamiento y comercialización para el negocio de la droga en Barrancominas (Guainía), con lo cual logró reportar a la organización cerca de 15 millones de dólares. Tomás Medina Caracas, alias El Negro Acacio, asumió el mando de este frente, tras el fallecimiento de Esteban González en 1999, y concentró sus esfuerzos en el fortalecimiento del negocio del narcotráfico, con medidas como el entrenamiento de personal para el procesamiento de coca, la instalación de laboratorios en las riberas del río Guaviare, el cobro de impuestos a cultivadores y compradores de coca, el fortalecimiento del componente armado y el establecimiento de contactos con redes internacionales de narcotráfico.

Es así como a finales del noventa y principios del dos mil las Autodefensas Campesinas del Meta y Vichada –ACMV– al mando de Guillermo Torres, y el Bloque Vichada del Bloque central Bolívar –BCB– al mando de Carlos Mario Jiménez “Macaco”, grupos que se acogieron al proceso de desmovilización pactado con el Gobierno Nacional, ejercieron su influencia violenta en Vichada. Pese a ello, entre los años 2006 y 2007 reductos de estas estructuras entraron en un proceso de recomposición y configuración de sus estructuras armadas que pasaron a autodenominarse “Cooperativa de Seguridad Meta y Vichada”, conocidas comúnmente como los “Paisas” o “Macacos”. Entre tanto, en el departamento del Meta, la desmovilización del Bloque Centauros produjo divisiones al interior de la organización, que sumadas a la muerte de su comandante máximo, Miguel Arroyave, condujeron a la fragmentación del Bloque en tres facciones: Bloque Héroes del Meta, Bloque Centauros y Bloque Guaviare, de los cuales el último mencionado se transforma para convertirse en el grupo de los “Cuchillos”, bajo el mando de Pedro Oliverio Guerrero alias “Cuchillo”, que no se desmoviliza e inicia su rearme. Los “cuchillos se autodenominaron “ERPAC” (Ejército Revolucionario Popular Anticomunista), y en el 2006 lograron consolidarse y copar buena parte del municipio de Puerto Gaitán, con lo cual se hizo al control de los cultivos de coca, así como de los corredores geográficos necesarios para su procesamiento, transporte y comercialización. Ello estuvo acompañado de la configuración de una amplia red de apoyo para garantizar el control sobre las actividades ilícitas y posibilitar la percepción de recursos económicos derivados de la ejecución de actividades productivas lícitas vía extorsión o

“cuotas de seguridad”. Mientras que, en el caso de Puerto López, el control de algunos sectores de la zona rural fue asumido por una estructura armada conocida como el “Bloque Meta”, bajo el mando de ex comandantes del Bloque Centauros de las AUC que participaron del proceso de desmovilización de las AUC.

Es por esto que se evidencia que el mayor índice de violencia marcada en el territorio se dio entre 1990 y 2013, las zonas más afectadas por el conflicto armado y otras dinámicas violentas están ubicadas los departamentos de Caquetá, Putumayo, Guaviare, Vichada, Guainía y Pacífico nariñense, caucano y vallecaucano, que muestran un nivel de inseguridad Alto. Intensidad de la violencia e inseguridad están asociadas a presencia de cultivos ilícitos y grupos armados. Especialmente en zonas periféricas (Arauca, Vichada, Meta, Guaviare, Nariño, Putumayo y Norte de Santander).

Para 2013, en el estudio de resiembra se identificó que, en el Vichada, el 53% del área reportada como erradicada fue resembrada en el periodo de mayo de 2013 a mayo de 2014. (Transcrito de Caracterización Regional Vichada, UNODC, junio de 2015). De manera prospectiva, esta circunstancia justificaría el uso por parte de agrupaciones armadas ilegales del corredor Cumaribo-Santa Rosalía-rio Meta, para el desarrollo del tráfico de estupefacientes, máxime si se tiene en cuenta la reconfiguración del “libertadores del Vichada” en el territorio orientada al controlar los territorios que supuestamente las FARC-EP abandonarían en su proceso de sometimiento y la postura del ELN en incursionar en estas actividades a fin de fortalecer económicamente sus estructuras, quienes en la actualidad hacen presencia en el departamento del Vichada.

En cuanto a presuntos actos de despojo violento, se tuvo conocimiento que el pasado 2 de marzo de 2016, una líder de la vereda El Triunfo, en Vichada, denunció ante la Personería Municipal que se vio obligada a desplazarse al Municipio de La Primavera, tras ser víctima, junto con su esposo, de un violento ataque por parte de hombres armados con fusiles y vestidos de camuflado, quienes presuntamente entraron en la noche a su finca de 670 hectáreas, saquearon la tienda de la que viven, los agredieron físicamente y les dijeron que debían abandonar sus predios porque volverían para matarlos. Un factor adicional que podría potenciar conflictos en el uso del suelo y el medio ambiente, es la posibilidad de que en el territorio haya explotación minera. Según el Ministerio de Minas, han sido declaradas áreas estratégicas mineras zonas de Puerto Carreño, La Primavera y Santa Rosalía. La explotación minera en el departamento del Vichada se concentra en la explotación del llamado “oro azul” o “coltán” que se extrae presuntamente de regiones cercanas al río Orinoco y sus afluentes.

Los grupos armados ilegales han aprovechado la alta demanda internacional de ese mineral, en muchos casos exportada de manera ilegal a Brasil y Venezuela, y han ejercido control de la minería ilegal en el departamento.

Diferentes autoridades han manifestado el interés de grupos armados por monopolizar los nuevos yacimientos mineros, lo cual exige un esfuerzo institucional para el control de la minería ilegal en esos casos (Procuraduría, 2011). Al respecto, en el municipio de La Primavera, el 31 de octubre de 2015, Tropas de la Armada Nacional incautaron 450 kilos de arena negra con alta concentración de metales tantalio, titanio, niobio, hierro, aluminio y silicio. Los uniformados hallaron el cargamento en una camioneta que se movilizaba por vías de la inspección de Nueva Antioquia, municipio de Puerto Carreño. Con respecto a cultivos de uso ilícito, de los cuatro municipios en los que está dividido administrativamente Vichada, Cumaribo y La Primavera han estado afectados permanentemente por cultivos de coca entre 2001 y 2013. Santa Rosalía aparece en el registro con muy baja afectación. El 98% de los cultivos del departamento se concentran en Cumaribo, identificando entre otros sectores a Puerto Príncipe, Güérima y Chupave.

Dos eventos de masacre que fueron muy fuertes y tocó a los habitantes del departamento de Vichada ocurrieron en Puerto Oriente, en el municipio de Cumaribo en 1998 y San Teodoro en 1999:

-Masacre de Puerto Oriente, Cumaribo (Vichada), 1998

Puerto Oriente es una vereda del municipio de Cumaribo (Vichada). Dada su proximidad a la frontera con el Meta, es un lugar de tránsito entre los departamentos y un lugar importante para el tráfico y comercio de pasta base de coca, actividad que era regulada desde los noventa por las FARC, lo que imposibilitaba a los paramilitares penetrar en esta zona del Vichada. Pero el 5 de julio de 1998, dos días después de la segunda masacre en la vereda Tillavá (Puerto Gaitán, Meta), paramilitares de las Autodefensa Campesinas de Meta y Vichada (ACMV) con apoyo del Bloque Centauros y las Autodefensas Campesinas de Casanare, entraron por el río Planas y ejecutaron una de las masacres más emblemáticas en la región. En donde aproximadamente 200 paramilitares ingresaron a Puerto Oriente el 5 de julio de 1998 y asesinaron a cerca de 17 personas que estaban por cruzar el río en un planchón; a través de esta incursión los paramilitares buscaron disputar el control territorial al Frente 16 de las FARC.

-Masacre de San Teodoro (Vichada), 1999

El 3 de mayo de 1999, las ACMV junto con el Bloque Centauros y las ACC cometieron una masacre en el corregimiento de San Teodoro, municipio La Primavera en Vichada, en el marco de la disputa con las FARC, y con la excusa de dar de baja a dos integrantes del Frente 16 de las FARC, conocidos como Narices y Napo. Además, asesinaron cuatro personas de la población civil. El 3 de mayo entraron a San Teodoro. Al mediodía, mientras los habitantes del pueblo se reunían para recibir materiales de construcción enviados por el Gobierno, llegaron súbitamente cerca de 200 hombres armados en camionetas y volquetas; los paramilitares atacaron en el momento

en que alias ‘Narices’ y otro guerrillero se encontraban en el caserío. Los persiguieron y los asesinaron al igual que a otras cuatro personas, entre ellos a Eduardo Ríos, presidente de la Junta de Acción Comunal por reclamarle a los ‘paras’ el asesinato de su sobrino ese mismo día. José Baldomero Linares ex jefe paramilitar afirmó en versión libre que ordenó la incursión a San Teodoro después de recibir información sobre la presencia de la guerrilla en el corregimiento; reconoció también el asesinato de civiles y la coordinación entre los tres grupos paramilitares: Esa fue una operación relámpago por una información que nos dieron en Puerto Gaitán (Meta), de que en San Teodoro estaba la subversión.

En estos hechos fueron asesinados Eliécer Gasca Polanco, Luis Eduardo Ríos (líder comunitario) y su sobrino Erik Jonathan Ríos Pérez. Además, los paramilitares marcaron las casas con la intención de señalar a la población como colaboradora de las FARC, y saquearon sus propiedades: Los hombres armados escribieron mensajes alusivos a las autodefensas de las ACMV y mensajes amenazantes en contra de la subversión en las paredes de las casas, dispararon sus armas de fuego en esos mismos lugares y se apropiaron de diversos bienes y enseres, sustraídos especialmente del establecimiento comercial de propiedad de Uriel Moncada Infante, entre ellos, ropa, licor, mercado, enlatados y dinero en efectivo. Esta masacre ocasionó el desplazamiento de varios habitantes de San Teodoro, algunos de los cuales no regresaron a vivir allí. El portal Rutas del Conflicto reseña un testimonio de una mujer sobreviviente de la masacre y quien posterior a los hechos se desplazó a Cumaribo.

Dentro de las iniciativas de paz, reconciliación, reparación encontramos la defensoría del pueblo, la fundación para la libertad de prensa (FLIP), programa mujeres contribuyendo a la paz y la seguridad en Colombia, la secretaria de asuntos indígenas y desarrollo social, la Cruz Roja Colombiana , también se logró contar con la participación de PASO Colombia, ConPaz, Reconciliación Colombia, Fundación ideas para la Paz, Agencia Presidencial de Cooperación Internacional, Emprender paz, entre otras; con la distinción que en el Vichada se han observado participaciones de entidades como: DataPaz-CINEP, Centro Nacional de Memoria histórica, PAS y PASO Colombia (Rettberg, 2017).

Dentro de los procesos de reparación como retornos, reubicaciones, restitución de tierras, se ha observado que en el vichada, el más relevante se dio en el año 2017 en el municipio de Santa Rosalía, mediante el decreto de la Ley 4633 de 2011 en el cual se otorgó la restitución de territorios a 34 resguardos indígenas que habían sido victimas del conflicto armado, entre los cuales se encontraban: Sikuani, Sáliba, Amorúa, Piapoco, Piaroa, Puinabe, Curriáco y Cubeo (Unidad de Restitución de Tierras, 2017).

3. Análisis del contexto cultural, social, político y económico y su relación con los hechos victimizantes en el departamento.

Víctimas por Hecho Victimizante - Departamento VICHADA - Fecha Corte 31/08/2020

Hecho Victimizante	27.933 VÍCTIMAS OCURRENCIA	9089 VÍCTIMAS DECLARACIÓN	6449 VÍCTIMAS UBICACIÓN	5736 SUJETOS DE ATENCIÓN	31.695 EVENTOS
Acto terrorista ...	136	106	51	51	138
Amenaza	1.596	847	634	622	1.683
Delitos contra l...	178	11	14	14	186
Desaparición for...	873	150	140	125	918
Desplazamiento f...	26.072	8.405	6.050	5.363	27.062
Homicidio	922	368	332	305	946
Minas Antiperson...	15	4	5	5	15
Secuestro	141	10	22	18	146
Tortura	39	6	6	5	41
Vinculación de N...	69	9	6	6	73
Perdida de Biene...	416	199	155	151	422
Lesiones Persona...	34	4	6	6	35
Lesiones Persona...	30	7	8	8	30
Sin informacion	0	0	1	1	0

Fuente: https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Cifras/#!/hechos

La población víctima del conflicto armado en el Departamento de Vichada, de acuerdo a los datos de la Red Nacional de Información con corte al 31 de septiembre, reporta 6449 (ubicación), cuyos hechos victimizantes registran de la siguiente manera:

- Acto terrorista: 51.
- Amenazas: 634.
- Delitos contra la libertad e integridad sexual: 14.
- Desaparición forzada:140
- Desplazamiento Forzado: 6.050
- Homicidio: 332.
- Minas antipersonas, munición sin explotar, y artefactos explosivos improvisados: 5
- Secuestro 22.
- Tortura: 6
- Vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados: 6.
- Perdida de bienes, muebles e inmuebles: 155.
- Lesiones personales físicas: 6
- Lesiones Psicológicas: 8.
- Sin información: 1.

Para el municipio de Puerto Carreño: las personas víctimas del conflicto armado, están divididas de la siguiente manera:

Víctimas por Hecho Victimizante - Municipio PUERTO CARREÑO - Fecha Corte 31/08/2020

Hecho Victimizante	3754 VÍCTIMAS OCURRENCIA	5255 VÍCTIMAS DECLARACIÓN	3555 VÍCTIMAS UBICACIÓN	3286 SUJETOS DE ATENCIÓN	4418 EVENTOS
Acto terrorista ...	50	60	28	28	52
Amenaza	427	631	423	412	458
Delitos contra l...	11	5	6	6	11
Desaparición for...	293	95	45	39	295
Desplazamiento f...	3.207	4.951	3.433	3.171	3.298
Homicidio	181	173	133	125	182
Minas Antiperson...	2	3	3	3	2
Secuestro	21	8	9	7	21
Tortura	6	6	5	4	6
Vinculación de N...	13	7	3	3	13
Perdida de Biene...	62	91	70	66	62
Lesiones Persona...	5	2	4	4	5
Lesiones Persona...	13	7	5	5	13

Fuente: https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Cifras/#!/hechos

-Víctimas registradas: 3.754

-Víctimas conflicto armado: 3.433

-Víctimas sentencias: 94

-Víctimas sujetos de atención: 3.286

-Víctimas directas de desaparición forzada, homicidio, fallecidas y no activos para la atención: 246

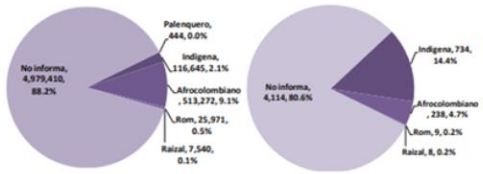
-Víctimas sujetos de atención: 87

-Víctimas directas de desaparición forzada, homicidio, fallecidas y no activos para la atención: 7

De la misma forma, se observa que en el Vichada hay presencia de grupos de especial protección y comunidades étnicas como el pueblo indígena Sikuani distribuido en 22 resguardos y 8 parcialidades con una población censada de 12.119 personas; representadas y consolidadas mediante el CRIVI y la Organización Nacional de Indígenas de Colombia para la defensa de sus derechos. De la misma forma Se encuentra el Resguardo de Santa Teresita de Tuparro, ubicada en Cumaribo, con una extensión territorial de 220.000 hectáreas y un censo poblacional de 2.500 indígenas distribuidos en 77 comunidades (ONIC, 2015).

Dentro de las poblaciones étnicas vale la pena rescatar que aunque estas han recibido golpes a su memoria cultural, se han mantenido pese al sometimiento en el conflicto armado. Tal y como se observa en la figura 5, se reconocen dentro de la pertenencia étnica Palenqueros, Indígenas, Afrocolombianos, Rom y Raizales, distribuidas entre no víctimas y víctimas del conflicto.

Figura 5. Población étnica



Fuente. Basada en MinSalud (2015).

Dentro de los lugares predominante en la población víctima de conflicto armado en el Vichada, se encuentra que la mayoría está ubicada en la zona rural. Ya que como lo muestra la figura 6, la población víctima se ubica mayormente en Puerto Carreño y en relación con el apartado anterior, registra una mayor sectorización en la zona rural:

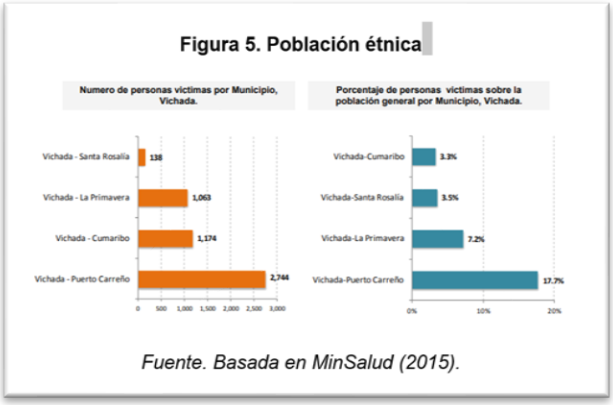


Figura 5. Población étnica

Fuente. Basada en MinSalud (2015).

Es posible entonces observar a partir de las características en esta zona colombiana que hay mayor presencia de población indígena, la cual ha estado expuesta a diferente *dolencias* regionales que han marcado y generado brechas culturales, además de contextuales, que se han limitado a la obtención de tierras por parte de diferentes grupos armados y del estado para apropiarse de los recursos que las tierras proveen, sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo pues la conexión de la población con la tierra vas más allá del sector o de la parcela otorgada por tradición familiar o por el estado colombiano.

4. Estado actual de la atención en salud integral y la atención psicosocial a la población víctima en el departamento.

La cobertura de salud para el departamento de Vichada registró una baja porcentual del 5.09% frente al año anterior, con un total de 61.533 registros en régimen subsidiado y 8.593 en régimen contributivo.

	Nacional			Departamento Vichada			Municipio Todo		
	diciembre 2018	diciembre 2019	agosto 2020	diciembre 2018	diciembre 2019	agosto 2020	diciembre 2018	diciembre 2019	agosto 2020
Sisbén 1	27.140.038	27.867.556	26.603.855	31.046	32.573	32.368	31.046	32.573	32.368
Sisbén 2	2.787.974	2.920.321	3.633.125	2.514	2.990	2.901	2.514	2.990	2.901
PPNA	525.698	312.696	0	1.795	1.306	0	1.795	1.306	0
Contributivo	22.378.384	22.909.679	22.622.358	7.438	8.145	8.593	7.438	8.145	8.593
Subsidiado	22.658.108	22.808.930	24.197.577	64.804	64.886	61.533	64.804	64.886	61.533
Excepción & Especiales	2.138.117	2.244.341	2.205.071	1.386	1.324	1.326	1.386	1.324	1.326
Afiliados	47.174.609	47.962.950	49.025.006	73.628	74.355	71.452	73.628	74.355	71.452
Población DANE	49.834.240	50.374.478	50.731.595	77.276	79.134	80.404	77.276	79.134	80.404
Cobertura	94,66%	95,21%	96,64%	95,28%	93,96%	88,87%	95,28%	93,96%	88,87%

Fuente: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

El departamento no ha recibido atención psicosocial desde el programa PAPSIVI, ya que esta es la primera vigencia que hace presencia en el municipio de Puerto Carreño, por su parte entidades y ONG han apoyado la población con servicios en salud, como son: ICBF, Cruz roja, OIM, OMS/OPS y ACH, Hospital San Juan de Dios, brindan atención y acompañamiento psicosocial a la población.

Con relación a la cobertura de afiliación al régimen subsidiado de la población, este es realizado en forma mensual y en los términos establecidos, verificando permanentemente la base de datos y retroalimentando la base nacional. En el territorio hace presencia la empresa de salud Nueva EPS en donde en su mayoría de la población se encuentra vinculada a ella y otras personas solo cuentan con el SISBEN y por este tienen acceso a la atención en salud, cuentan con servicios de 1 y 2 nivel, en donde las IPS prestadoras de salud está el Hospital San Juan de Dios y La Fontana.

En cuanto a la población no afiliada que en total es 3.548, se están implementando campañas en conjunto con la nueva EPS, la secretaria departamental de salud y ministerio de salud, exponiendo los beneficios que se pueden adquirir con la afiliación, así mismo como sus derechos y deberes en salud.

Dada la problemática migratoria que afronta el vecino país esta ha ido en aumento, debido a las familias retornadas que son de origen colombiano pero que residían en Venezuela, cantidad de niños menores de 5 años y mujeres gestantes en busca de atención en salud al departamento, colombianas pero que en ocasiones no tienen los documentos disponibles porque los han perdido, otros porque tienen activo el SISBEN en otro lugar del país o simplemente no adelantan su proceso de ingreso a los sistemas de información por desconocimiento de las normas. En cuanto a los requerimientos en salud y afiliación de los ciudadanos se garantiza el debido proceso por medio del Servicios de Atención a la Comunidad (SAC), recibiendo sus inconformidades y exponiéndoles el trámite necesario para dicha petición, esta es recibida y enviada la entidad correspondiente.

Con la población indígena y los listados censales, la Secretaria de Desarrollo Social de Puerto Carreño recibe de parte de los cabildos gobernadores de los diferentes resguardos indígenas, los listados censales y a su vez les apoya para hacer el respectivo reporte al Ministerio del Interior para ser convalidados y actualizados en el sistema de información a nivel nacional, dándole validez a la afiliación que hacen los cabildos ante la entidad promotora de salud nueva EPS.

En articulación interinstitucional con los programas de víctimas y Sisbén se realizaron actividades transversales que complementaron y sustentaron los procesos de afiliación. Por otro lado, se presenta la dificultad en la afiliación efectiva a la población migrante debido a que la mayoría de ellos son

irregulares y no cuentan con la documentación necesaria para ingresar al Sisbén, requisito indispensable para la identificación de población vulnerable.

Por otra parte, en el departamento del vichada no se ah socializado los diferentes protocolos situación que ha generado diferencias con las diferentes entidades de salud y demás.
Igualmente, la implementación del PAPSIVI en el departamento vigencia 2020 y 2021 no se ah contado hasta el momento con referente debido a los cambios realizados por la pandemia Covid-19.
Según información de funcionarios de la unidad de victimas a inicios de año fueron capacitados con la resolución 1166/2018 donde fueron orientados en el adecuado manejo y atención que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado; desde la política del buen cuidado apoyando así a las entidades del SNARIV en la sensibilización y socialización para la formación en cuidado del talento humano.

5. Oferta institucional y rutas de atención para población víctima

En cuanto al sector salud, se evidencia que la cobertura es baja, teniendo en cuenta que solo la EPS que presta sus servicios en salud es la NUEVA EPS, en donde a la fecha hay personas que solo cuentan con SISBEN y por este son atendidos, así mismo, las IPS que prestan sus servicios en salud en 1 y 2 nivel son el HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS y la IPS LA FONTANA, quien cuenta con servicios también con servicios especializados y es de orden privado.

Por su parte el municipio cuenta con la presencia de diferentes instituciones, entidades y programas a los cuales puede acceder la población victima como son:

- **Unidad para la atención y reparación integral a Victimas UARIV:** quien adelanta las acciones para coordinar las entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas - SNARIV. Fortalecer la articulación entre los distintos niveles de gobierno para que sus acciones contribuyan al goce efectivo de los derechos de las víctimas, subsidios de ayudas humanitarias en oportunidades emergentes.

- **Defensoría del Pueblo**: Dentro de sus funciones esta la promoción y divulgación de los Derechos fundamentales en los sectores más vulnerables y afectados del Departamento, llevando la información necesaria a esos hombres, mujeres y niños en general, a través de talleres informativos para lograr el empoderamiento de sus derechos y los respectivos mecanismos de control existentes para la adecuada defensa de sus intereses sociales posee la asistencia y tramitación de quejas relacionadas a la vulneración de Derechos individuales y colectivos, la Defensoría pública, conformada por tres profesionales del

Derecho, especialistas en las áreas penales y no penales dispuestos a realizar la representación legal de aquellas personas de escasos recursos y que no tengan la posibilidad de contratar un abogado del sector privado. También bajo la anuencia del sistema Nacional, es la "Alerta Temprana", la cual consiste en conocer posibles focos de vulnerabilidad de los derechos de los habitantes en una determinada zona tanto rural como urbana. La alerta Temprana, permite a la Defensoría, monitorear y evaluar con los demás órganos y la fuerza de publica de seguridad estos hechos.

- **Personerías municipales:** Dentro de las funciones que cumple es brindan asesorías, acompañamientos, trámites y toma de declaraciones, tutelas para salud, pero no sólo se limitan a esto; también hacen parte de los Comités de Justicia Transicional, tienen un coordinador en salud, que lidera programas interesantes que benefician a esta población vulnerable así mismo la atención a la población migrantes, refugiados entre otros servicios.

- **Secretaria Departamental de Salud de Vichada:** Dentro de sus funciones realizan el proceso de articulación de la focalización en salud para aseguramiento con el diligenciamiento de la encuesta del Sisbén a cargo del área de planeación municipal, teniendo en cuenta la emergencia sanitaria cumple funciones de inspección, vigilancia y control al covid-19 activa equipo de respuesta inmediata para las valoraciones de casos sospechosos, realiza acompañamiento a las EPS, IPS y municipios en protocolos y lineamientos del ministerio de salud y protección social, realiza las investigaciones epidemiológicas de campo de casos positivos.

- **Secretaria de Asuntos Indígenas y Desarrollo Social:** Dentro de sus funciones que cumple la secretaria debido a la emergencia sanitaria es apoyar al equipo de salud pública municipal realiza seguimiento en signos y síntomas de casos positivos y contactos estrechos covid-19.

- **OIM:** El proyecto está enfocado a la prestación de servicios de salud en salud sexual y reproductiva, tuberculosis, malaria, tamizaje en covid, atenciones en psicología.

- **ACH:** Este proyecto realiza la entrega de kits de covid a comunidades migrantes, lavamanos portátiles, atención médico - nutricional a menores de 5 años, tratamiento integrado a la desnutrición aguda y moderada. entrega de filtros de agua.

- **OMS/OPS:** Este programa presta los servicios de atención y apoyo psicológico y la entrega de kits anti covid a la población en general.

- **CRUZ ROJA:** Esta entidad presta servicios en salud como valoración

médica, enfermería, vacunación, laboratorios, entrega de medicamentos, dirigido a la población migrante, acogida y retornada.

- **Banco Bogotá:** Implementa actividades propias del banco y a su vez apoya en créditos a la población víctima.

- **Banco Agrario**: Desarrolla operaciones propias de un establecimiento bancario y financia las actividades relacionadas con el sector rural, agrícola, pecuario, pesquero y agroindustrial.

- **Bancolombia:** Realiza operaciones propias de un establecimiento bancario y a su vez maneja la línea de crédito para empresa víctimas del conflicto armado.

- **BBVA:** Ejecuta operaciones propias de un establecimiento bancario y así mismo apoya a otras entidades que prestan beneficios a la población vulnerable entre ellas a las víctimas.

- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF:** Implementa programas de orden nacional para la atención integral en niños, niñas y adolescentes entre ellas la asistencia alimentaria en etapa de transición a los hogares desplazados, programa de ayuda humanitaria, y atención psicosocial y nutricional, restablecimiento de derechos, por otro lado, trabajan todos los hechos victimizantes que tienen que ver con las poblaciones de Niños, niñas y adolescentes.

- **Comando de Policía:** Los programas que llevan con la población victima son: protección a la víctima y ruta de prevención, para esto desarrollan actividades como asistencia inicial, que consiste en garantizar el mínimo vital (hospedaje, alimentación, salud, elementos de aseo).
- **SENA: El SENA:** Oferta formación presencial en programas de formación auxiliares, operarios, técnicos, profundizaciones técnicas, tecnólogos y especializaciones tecnológicas, así mismo, cursos a los que puede acceder la población víctima.

- **COMISARIA DE FAMILIA:** Tiene como misión prevenir, restablecer, garantizar y reparar los derechos de los miembros de la familia que se encuentran en situación de vulnerabilidad en concordancia con la ley 1098 de 2006; así mismo, garantizar la protección y armonía de los integrantes del núcleo familiar que han sido víctimas de las conductas de violencia intrafamiliar, según lo contemplado en la ley 575 de 2000 y 1257 de 2008.

- **INSPECCION DE POLICIA:** Apoyar en la conservación de la armonía y la tranquilidad del orden público en el Municipio en especial en las inspecciones de policía rural y sus áreas de influencia, sobre los

aspectos policivos determinados por la ley, utilizando los mecanismos, medios y procedimientos establecidos sobre los asuntos de su competencia.

Dentro de las averiguaciones realizadas en las principales páginas de la gobernación del Vichada, se observa que no hay un plan efectivo de atención psicosocial o talento humano en salud pues, aunque reposa en los principales protocolos de atención sectorizados y nacionales, no se observa una aplicación congruente con las estadísticas presentadas en apartados anteriores, que demuestran serias afectaciones en las comunidades residentes y desplazadas en esta zona colombiana.

Se observa solo una participación por parte de una entidad prestadora de salud, la cual realizó un proceso común y un informe de visita en el año 2011. Hallando que las acciones correctivas no fueron realizadas conforme a lo establecido y no garantizó las condiciones de planeación del Plan de Salud Territorial, evitando acatar los lineamientos establecidos para generar condiciones óptimas frente a la resolución 425 de 2008 (Supersalud, 2011).

Por otro lado, se cuenta con casa del adulto mayor en cada municipio del departamento para la población más vulnerables donde reciben apoyo en actividades como: dibujo, pintura, manejo de la técnica óleo sobre lienzo.

Igualmente se cuenta con ASOJUNTAS en los municipios donde se les brinda

fortalecimiento de las Juntas de Acción Comunal de cada barrio, vereda y apoyo exclusiva para los líderes comunales, brindando así atención y facilidad del manejo documental que requieran, y empoderamiento al ejercicio de las tareas y funciones de cada líder comunal.

Respecto a las no institucionales y no formales como (redes informales de cuidadores, voluntarios, grupos juveniles, estudiantiles) no se cuenta con información precisa al respecto.

- **INSTITUCIONES EDUCATIVAS: NORMAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, JOSE EUSTASIO RIVERA, MARIA INMACULADA, EDUARDO CARRANZA:** Presta los servicios educativos primaria y secundaria.

- **UNIVERSIDADES A DISTANCIA: UNAD y UNIREGMINTON:** Oferta Carreras tecnológicas y profesionales en la región para toda la población.

6. Análisis sobre las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales evidenciadas en el municipio para la atención a la población víctima sujeto de especial protección.

Una de las falencias es que no todos los habitantes están afiliados a la única empresa de salud (NUEVA EPS) que hace presencia en el departamento, por lo que deben acceder a los servicios de salud con el SISBEN, por tanto el servicio es congestionado y se presenta dificultades para atención inmediata, sin embargo se debe tener en cuenta que es uno de los retos más importantes que tiene el sistema de salud local, ya que se debe asegurar la atención en salud de las personas, como un derecho constitucional y como prioridad para las víctimas desde la subsistencia mínima, contemplada en la ley 1448 del 2011, también se debe tener en cuenta la distancia con la capital para el acceso a los servicios de salud de 3 nivel de las personas que lo requieran.

Las principales barreras que se identificaron en el municipio abordar fueron:

-El seguimiento a las actividades desarrolladas por la EAPB son de difícil seguimiento teniendo en cuenta que a pesar que se hacen los requerimientos por escrito, se solicitan en reuniones informes, estos no son contestados en forma oportuna o no son contestados.

- Las quejas más frecuentes es el proceso de remisión a otros niveles de atención en especial por consulta externa, oportunidad de los servicios y entrega de medicamentos.

-Falta de acciones complementarias a la oferta entidades del nivel nacional que faciliten el proceso de apoyo psicosocial para la reparación integral.

-Desconocimiento de las rutas de atención, la exigencia de las fichas técnicas cuando se van hacer las afiliaciones siendo esta no primordial y por último la demora en los procedimientos relacionados con la entrega de medicamentos, autorizaciones y otros procedimientos.

-Presencia de grupos armados por las amenazas que generan intranquilidad para desarrollar los programas con personas víctimas del conflicto armado y desplazamiento forzado.

-La ubicación geográfica de las víctimas, impide su desplazamiento al interior del país, por la distancia, el costo y acceso de transporte.

-En el documento de análisis de contexto, en el marco de la implementación de la medida de reparación con las víctimas de las 9 sentencias de la CIDH se relacionan las siguientes barreras:

Barreras físicas:
Cabe resaltar que la ubicación geográfica del departamento de Vichada hace difícil el acceso para la prestación de los servicios de salud, por la distancia, los costos, el desconocimiento de las rutas de atención, que garantice el acceso y atención a los diferentes servicios.

Barreras comunicacionales:

Falta de socialización a los funcionarios y población en general, de las diferentes rutas de atención y protocolo en salud.

Barreras actitudinales:

Desinterés por parte de la población en gestionar la afiliación a salud que garantice su derecho a la atención en los servicios de salud, como también es el caso de los retornados, refugiados y migrantes, residentes en el municipio.

Barreras administrativas

Difícil acceso a los servicios de 3 nivel y para la entrega de medicamentos.

Bajo acceso a disponibilidad de profesionales o de servicios.

Empresa prestadora de servicios en salud saturada y colapsada para brindar la atención eficiente en los diferentes servicios de salud.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes, la principal barrera es el acceso al servicio de salud y la falta afiliación al sistema, generalmente esta situación se presenta con aquellas víctimas que se residencian en el municipio y no realizan el proceso de traslado de EPS, la población retornada y en el caso de los migrantes, así mismo en la atención por la emergencia sanitaria es positivo el apoyo de entidades y ONGS que apoyan en la atención en salud.

7. Estado de emergencia sanitaria por COVID-19

Es importante tener en cuenta las condiciones actuales en las que se encuentra el territorio nacional, con ocasión a la pandemia mundial de Coronavirus (COVID-19) en donde este fue catalogado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia de salud pública de importancia internacional, ya que la infección puede producirse cuando una persona enferma tose o estornuda y expulsa partículas del virus que entran en contacto con otras personas. Es así que considerando la necesidad de dar continuidad a la atención integral a las víctimas del conflicto armado desde el

programa PAPSIVI, el ministerio de salud y protección social, según sus competencias a partir del decreto 4107 de 2011, imparte instrucciones necesarias a las entidades territoriales y sin animo de lucro para la implementación del programa y el componente psicosocial, adoptando acciones que permitan la continuidad de la atención, logrando brindar las medidas de rehabilitación a la población requerida, siendo necesario generar lineamientos que brinden orientaciones técnicas y operativas transitorias para la ejecución del programa PAPSIVI.

Es por esto que se expide la resolución 385 de 2020, en donde se declara la emergencia sanitaria y riesgos que implican para la salud física y mental de las personas residentes en el territorio nacional; dentro de las acciones a desarrollar esta la prevención, identificación y derivación de los casos por COVID-19 en la población atendida y equipos de profesionales. Para el proceso de focalización se tendrán en cuenta las bases de datos consolidadas a nivel nacional a partir de cada proceso realizado de los diferentes hechos victimizantes.

Esto implica que se adopten las medidas impuestas por el gobierno nacional en las que se le apueste a la prevención, minimización del riesgo, contención y control sanitario, evitando de esta manera que se propague el coronavirus (COVID.19), y así mismo se implemente el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia (Res. 666/2020); es por esto que la población a proteger por el mayor riesgo es a los adultos mayores, por sus enfermedades crónicas y demás complicaciones en salud (Res. 464/2020).

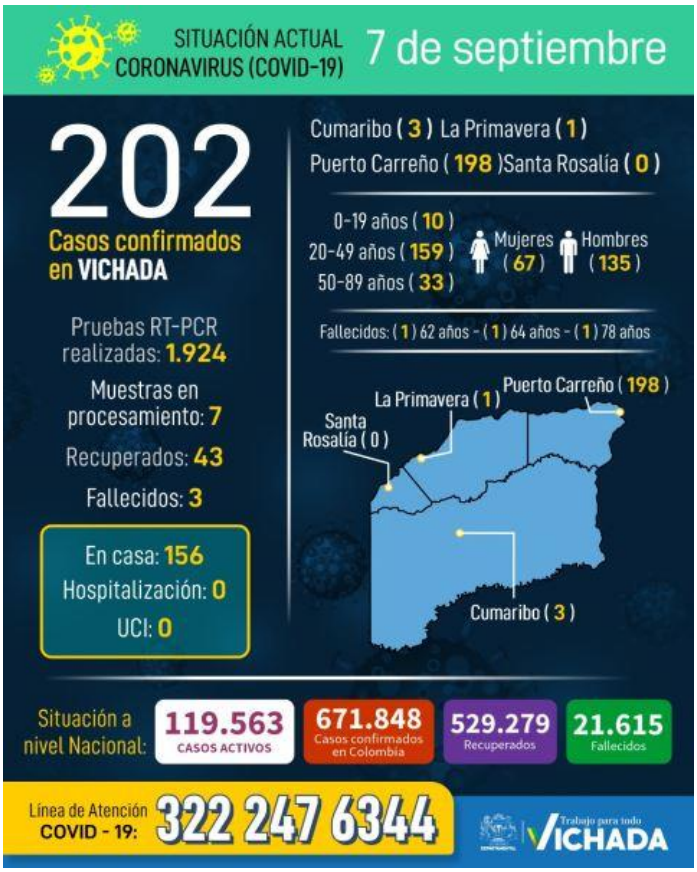
También se autoriza y se promueve el teletrabajo, la telemedicina, dando uso a horarios flexibles para el desarrollo de las actividades según el cargo, pero que se de cumplimiento a la circular 018 en la que los trabajadores y contratistas cumplan con sus responsabilidades entre ellas la identificación y derivación de personas con casos de COVID a través del diligenciamientos de los formatos que permitan consolidar y reportar a las entidades competentes, así mismo se debe tener en cuenta el uso de las pautas activas desde casa y socializar practicas saludables con la población trabajar desde el teletrabajo a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación para su desarrollo, como también establecer buenas practicas de ciberseguridad, en el que se cuente con un espacio adecuado e idóneo para el trabajo desde casa, en lo posible la instalación de una oficina en casa, para la realización de un trabajo coordinado y articulado con las diferentes entidades del estado que prestan sus servicios a la población víctima, y de esta manera poder brindar una atención integral a las víctimas de conflicto armado desde sus dos componentes (atención en salud y psicosocial), en donde, desde lo psicosocial se dé cumplimiento a las orientaciones metodológicas según su diseño.

Es por esto que el municipio focalizado a trabajar en Puerto Carreño el cual

en su último reporte hace mención de 198 casos reportados por COVID, en lo que se puede evidenciar el alto riesgo que presenta por el incremento de la expansión del virus, en donde la Secretaría Departamental de Salud informa que el departamento de Vichada presenta 86 casos positivos nuevos de COVID-19:

De acuerdo con el reporte presentado por el Instituto Nacional de Salud, el 7 de septiembre de 2020, el departamento tuvo un aumento de 67 casos positivos para COVID-19 que corresponden al municipio de Puerto Carreño. Dentro de las medidas adoptadas por las autoridades competentes se encuentra el aislamiento selectivo y distanciamiento individual responsable, somos responsables de nuestra salud y de quienes nos rodean, por tanto, se invita a la comunidad a NO salir a menos de que le sea necesario, al correcto uso del tapabocas y lavado continuo de manos, no asistir a lugares donde puedan presentarse aglomeraciones y hacer el uso correcto de los espacios públicos que se va a frecuentar.

La entidad competente para la atención en salud, que preste vigilancia y seguimiento es el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E, quien tiene habilitadas las líneas de atención para las personas que sientan que presenta síntomas del COVID.



Fuente: http://www.vichada.gov.co/noticias/reporte-departamental-de-covid19

A este documento de análisis se adjunta: ANEXO 5. Matriz contexto COVID-19.

Bibliografía

Registro Nacional de Información (2020), Enlace: https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Victimizaciones

Tomas y ataques guerrilleros1965-2013 .pdf, Centro Nacional de Memoria Histórica, Enlace: http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes-accesibles/tomas-y-ataques-guerrilleros_accesible.pdf

Violencia Paramilitar en la altillanura: autodefensas Campesinas de Meta y Vichada .pdf, Centro Nacional de Memoria Histórica, Enlace: http://centrodememoriahistorica.gov.co/wp-content/uploads/2020/01/violencia-paramilitar-en-la-altillanura-1.pdf.

Sala situacional de la Población Victima del conflicto Armado Departamento de Vichada (2015), Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social.pdf, Enlace: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/RP/ssituacional-victimas-abr-15-vichada.pdf

Mapa de Oferta (2020), Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas, Enlace: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/mapa-de-oferta/195

Block de la Secretaria de Salud Vichada (2020), Pagina de la Gobernación Vichada, Enlace: http://www.vichada.gov.co/

Plan de Desarrollo 2020 - 2023 Trabajo Para Todo Vichada (2020), Gobernación de Vichada, Enlace: http://www.vichada.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-2020-2023-trabajo-para-todo-vichada

Reporte Departamental de Covid-19, Gobernación de Vichada (2020), Enlace: http://www.vichada.gov.co/noticias/reporte-departamental-de-covid19

Unidad de Restitución de Tierras. (14 de noviembre de 2017). Comunidades indígenas del Vichada trabajarán por la restitución de sus territorios. Disponible en: https://www.restituciondetierras.gov.co/historico-de-noticias/-/noticias/927493

Ministerio de Salud y protección Social. (2018). Sala situacional de la Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia [informe]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-poblacion-victima-conflicto-armado.pdf

Supersalud. (2011). Proceso Común: Componente de salud pública [informe Versión 2]. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionInstitucional/AuditoriaEntidadesTerritoriales/3-BOLIVAR-SALUD%20PUBLICA.pdf

Organización Nacional Indígena de Colombia. (2015). Pedagogías interculturales de memoria con el Pueblo Sikuani orientadas a la construcción de paz en territorios afectados por el conflicto armado [informe]. Disponible: http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/comunidades-etnicas/assets/pdf/pedagogias_interculturales.pdf

Enlaces Web visitados:

https://www.supersalud.gov.co/

https://www.supersalud.gov.co/

http://www.puertocarreno-vichada.gov.co/

http://santarosalia-vichada.gov.co/

http://laprimavera-vichada.gov.co/

http://derechoshumanos.gov.co/

https://www.gov.co/home/