



# PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN COVID-19

## VENEZUELA

Segunda edición: 10 de abril 2020



*Crédito: UNICEF, 2020.*

# CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN .....   | 4  |
| <b>Panorama de la situación en Venezuela y esfuerzos hasta la fecha</b> .....                            | 4  |
| <b>Análisis de riesgos frente a la COVID-19</b> .....  | 6  |
| <b>Escenarios</b> .....  | 7  |
| <b>Impacto de la situación sobre las necesidades humanitarias preexistentes</b> .....                    | 7  |
| <b>Grupos vulnerables</b> .....  | 10 |
| <b>Objetivos del Plan intersectorial de preparación y atención</b> .....                                 | 10 |
| <b>Estrategia de priorización</b> .....  | 11 |
| <br>   |    |
| COMPONENTES .....  | 14 |
| <b>Componente 1: Comunicación de riesgo y movilización social</b> .....                                  | 14 |
| Situación.....   | 14 |
| Acciones claves .....  | 14 |
| <b>Componente 2: Vigilancia epidemiológica y de laboratorio</b> .....                                    | 15 |
| Situación.....   | 15 |
| Acciones claves .....  | 16 |
| <b>Componente 3: Puntos de entrada</b> .....   | 16 |
| Situación.....   | 16 |
| <b>Acciones claves</b> .....   | 17 |
| <b>Componente 4: Prevención y control de infecciones (PCI), y manejo clínico de casos</b> .....          | 19 |
| Situación.....   | 19 |
| Acciones claves .....  | 19 |
| <b>Componente 5: Coordinación</b> .....  | 20 |
| Estructuras de coordinación y responsabilidades .....  | 20 |
| Acciones claves .....  | 21 |
| <b>Componente 6: Continuidad y adaptación de las operaciones humanitarias y acceso humanitario</b> ..... | 22 |
| Situación.....   | 22 |
| Acciones claves generales.....   | 23 |
| Lineamientos para las actividades humanitarias.....  | 23 |

|  |    |
|--|----|
| ANEXOS.....  | 30 |
| <b>Monitoreo</b> .....   | 30 |
| <b>Requerimientos Financieros</b> .....                        | 30 |
| <b>Lista de fuentes de información / recursos útiles</b> ..... | 31 |
| <b>Lista de 46 hospitales y centros centinelas</b> .....       | 31 |
| <b>Lista de centros de alojamiento temporal</b> .....          | 33 |
| <b>Lista de contactos clave</b> .....                          | 33 |

# INTRODUCCIÓN

## Panorama de la situación en Venezuela y esfuerzos hasta la fecha

*NB: desde la primera iteración de este Plan se ha observado el aumento de retornos de personas a Venezuela, principalmente entrando por vía terrestre desde Colombia, lo que requiere un esfuerzo especial desde el punto de vista de control epidemiológico, estableciendo condiciones de alojamiento temporal adecuadas y de protección, lo que se refleja en esta segunda edición.*

- El 13 de marzo, se confirmaron dos casos de coronavirus en Venezuela. Ese mismo día, el Gobierno decretó un Estado de Alarma<sup>1</sup> que le permitió tomar medidas extraordinarias para gestionar la situación. Hasta el 10 de abril, 175 casos de COVID-19 han sido confirmados por las autoridades en Caracas y 21 estados del país, y se han reportado nueve fallecidos.

## Situación COVID-19 en Venezuela

Fecha de actualización: 10 de abril de 2020 – 20:00hrs



**175** casos confirmados

**82** casos activos



**85** mujeres

**84** casos recuperados

**9** fallecidos

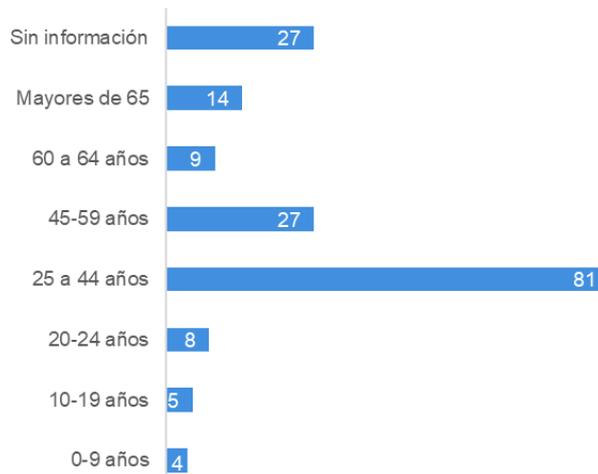


**90** hombres

### Distribución de casos por estados

| Número de casos | Estados  |
|-----------------|--|
| 62              | Miranda  |
| 29              | Distrito Capital   |
| 22              | Aragua   |
| 14              | La Guaira  |
| 6               | Barinas  |
| 6               | Nueva Esparta  |
| 6               | Trujillo   |
| 4               | Lara   |
| 4               | Zulia  |
| 4               | Los Roques   |
| 3               | Táchira  |
| 2               | Anzoátegui   |
| 2               | Bolívar  |
| 2               | Falcón   |
| 2               | Sucre  |
| 1               | Apure, Cojedes, Guárico, Mérida, Monagas, Portuguesa y Yaracuy |

### Distribución de casos por edades



Fuente: Comisión presidencial COVID-19. Fecha de actualización : 10 de abril de 2020 – 20:00hrs

<sup>1</sup> Mediante decreto publicado en la *Gaceta Oficial Extraordinaria* N° 6519, de fecha 13 de marzo. El decreto tiene una vigencia de 30 días, prorrogables por igual período, hasta tanto se estime adecuada el estado de contención de la enfermedad.

## PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

- El 17 de marzo, el Gobierno de Venezuela solicitó al Sistema de las Naciones Unidas en Venezuela, apoyo para combatir la propagación de la COVID-19 a nivel nacional y para afrontar las posibles consecuencias sociales y económicas de las medidas implementadas para controlar el brote de la enfermedad.
- Hasta la fecha, los esfuerzos de preparación y atención a la COVID-19 incluyen:
  - El trabajo de OPS/OMS en colaboración con el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) en apoyo del desarrollo del *Plan nacional de prevención y contención del coronavirus*. El Plan, en línea con las pautas globales de la Organización Mundial de la Salud, tiene cinco componentes: a) fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio: b) control sanitario en puntos de entrada: c) implementación del protocolo sanitario de manejo clínico epidemiológico de casos sospechosos y confirmados: d) la comunicación y movilización social: y e) identificación y fortalecimiento de centros centinela.
  - Las medidas preventivas del Gobierno para contener la transmisión incluyen:
    - Cuarentena social preventiva en el territorio nacional a partir del 17 de marzo,<sup>2</sup> con cierre de entradas y salidas entre los estados, excepto para la cadena de distribución de alimentos, servicios sanitarios y de salud, seguridad policial y militar, transporte, electricidad, gas, combustible, desechos sólidos y telecomunicaciones.
    - Suspensión de todas las actividades laborales con excepción de las actividades de servicio social y de necesidad apremiante (distribución de alimentos, servicios sanitarios de salud, de seguridad y de transporte).
    - Suspensión de actividades educativas en todos los niveles a partir del lunes 16 de marzo.
    - Suspensión de vuelos comerciales y privados provenientes de Europa, Colombia, República Dominicana y Panamá a partir del 15 de marzo y durante 30 días, y de vuelos nacionales – con excepción de vuelos de carga y correo.
    - Uso obligatorio de tapabocas en medios de transporte público como el metro y ferrocarriles y desde el 22 de marzo, en todos los espacios públicos.
    - Establecimiento de 46 hospitales y centros centinelas en todos los estados y colaboración con Estados Miembros, como China, Rusia y Cuba, que incluye la dotación de insumos y medicamentos; cooperación técnica y apoyo con recursos humanos. Al 1 de abril, esto incluye 23.000 camas hospitalarias y 1.200 camas de Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), preparados para la aparición de casos COVID-19 y 52.000 pruebas PCR y un millón de pruebas rápidas.<sup>3</sup>
    - Lanzamiento de una encuesta de salud por medio del Sistema Patria para fortalecer la vigilancia epidemiológica de la COVID-19. Al 6 de abril, se reportado que 17.202.618 personas han respondido a la encuesta con lo que se ha priorizado el despliegue de 14.000 trabajadores para realizar despistajes que han visitado a 98.269 personas –al 31 de marzo se habían realizado 54.248 despistajes. Esta herramienta busca rastrear la evolución del brote en el país, para adecuar la respuesta.
    - Campaña comunicacional para hacer llegar información clave a la población sobre las medidas preventivas, evolución del virus y acciones necesarias de la población para prevenir la propagación de la COVID-19.
  - Como parte de la respuesta inicial, OPS/OMS entregó 2.000 kits de diagnóstico, 150.000 mascarillas médicas, 200 kits de equipos de protección personal y siete kits de higiene hospitalaria para los cuatro hospitales centinelas de Caracas. Asimismo, está brindando, de manera continua, cooperación técnica a las autoridades para la vigilancia epidemiológica, el control de infecciones, diagnóstico por laboratorio, y el manejo de casos. Por su parte, UNICEF ha facilitado la llegada de 90 toneladas de insumos el 8 de abril, incluyendo equipos de protección personal y otros suministros médicos y de agua, saneamiento e higiene fundamentales.

<sup>2</sup> El 16 de marzo las medidas entraron inicialmente en vigor en el Distrito Capital y los estados de Apure, Cojedes, La Guaira, Miranda, Táchira y Zulia.

<sup>3</sup> MPPS, Situación Actual República Bolivariana de Venezuela, 1 de abril 2020

- De manera conjunta, OPS/OMS y UNICEF también se han enfocado en apoyar el suministro de agua y medidas de saneamiento e higiene en hospitales, centros de salud, aeropuertos, entre otros.
- El trabajo de la comunidad humanitaria incluye, también, la comunicación de riesgos para la prevención de COVID-19, mediante el desarrollo de contenidos comunes y planes de difusión.
- La comunidad humanitaria está haciendo esfuerzos para mitigar los efectos de la situación sobre las necesidades humanitarias preexistentes y manteniendo actividades críticas mediante nuevas modalidades, en línea con las pautas globales del Comité Permanente entre Organismos (IASC por sus siglas en inglés).

### Análisis de riesgos frente a la COVID-19

Venezuela, dentro de una pandemia de escala global, es vulnerable a los efectos de la COVID-19. A partir del análisis continuo de necesidades en el marco de las operaciones humanitarias, se recomienda que las siguientes condiciones de riesgo se tomen en cuenta:

- Un contexto regional con un aumento de casos, incluyendo los países vecinos (Brasil y Colombia, en especial), con largas fronteras con Venezuela en la cual personas siguen cruzando por pasos irregulares.
- Limitaciones en la capacidad del sistema de salud para enfrentar una situación grave de casos de la pandemia, debido a la escasez de insumos necesarios (equipos de protección para el personal de salud, equipos biomédicos, medicamentos e insumos médicos) y capacitación reducida en el uso de los equipos; las fallas en los servicios básicos de agua, saneamiento e higiene en establecimientos de salud; la capacidad reducida para prevenir y controlar infecciones; la falta de recursos humanos especializados para la atención de casos complicados, además de los recursos humanos no especializados que brindan apoyo a estos; así como la insuficiente operatividad de servicios críticos como emergencias, atención pre-hospitalaria y la insuficiente disponibilidad de camas y personal asistencial en las salas de cuidados intermedios e intensivos.
- El acceso limitado a servicios adecuados de agua y saneamiento, equipos de protección personal y artículos de limpieza e higiene, tanto en los espacios públicos y servicios críticos, como en los hogares de las personas más vulnerables. Estas limitaciones son un obstáculo para prevenir la propagación de la COVID-19, aún más acentuadas por el impacto de las medidas preventivas al libre tránsito de productos de higiene entre municipios y diferentes estados.
- El alto nivel de vulnerabilidad económica de la población no permite que se adopten a cabalidad las medidas preventivas, en especial la 'cuarentena social'. Esta población, por ejemplo, en sectores populares, tiene que salir a trabajar de manera cotidiana para acceder a bienes y servicios y para generar ingresos que les permitan cubrir las necesidades básicas como la alimentación. Sin acceso a ingresos regulares, las familias dependientes de la economía informal están agotando sus reservas, ya limitadas.
- La situación de las personas que realizan labores mineras en el estado Bolívar y Amazonas, requiere de atención especial ya que es una zona endémica de malaria y dengue, donde podría facilitarse la rápida propagación de la COVID-19. También la alta movilidad de personas, particularmente hacia ciudades que tienen mejor acceso a bienes y servicios y/o en las zonas fronterizas, dado que estos movimientos incrementan el riesgo de exposición a la COVID-19 de poblaciones vulnerables, incluyendo a quienes viven en condiciones de hacinamiento y en alojamientos insalubres.
- Parte de la población enfrenta dificultades para acceder a los servicios del sistema de salud, por varios factores, que incluyen la poca cobertura de las flotas de transporte; falta de combustible y falta de recursos económicos. Estas circunstancias afectan especialmente a las poblaciones más vulnerables y aisladas (incluyendo a las personas adultas mayores, niños niñas y adolescentes en situación de riesgo, personas con discapacidad y las comunidades indígenas).
- Las limitaciones de la respuesta humanitaria, incluyendo la falta de financiamiento, una limitada capacidad operativa, especialmente por la ausencia de un mecanismo de registro para las ONG internacionales y sin la presencia del Programa Mundial de Alimentos. Otros retos de acceso humanitario incluyen dificultades para acceder a gasolina, la movilidad en el contexto de la

‘cuarentena social’ y, en algunas zonas, por razones de seguridad (como en zonas fronterizas o de minería)

- La atenuación de las sanciones permitiría una mayor asignación de recursos para tratar y prevenir la epidemia”, según la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Agregó, que “las exenciones humanitarias anexas a las sanciones deberían aplicarse de manera más amplia y eficaz, mediante la autorización rápida y flexible de suministrar equipos y material médico. En el contexto venezolano es especialmente importante aumentar las posibilidades de importación de combustible y/o diluentes para su producción que atenúe la escasez de gasolina como mayor obstáculo de acceso humanitario. La Alta Comisionada señaló también, que los países sancionados deben aprobar medidas que ofrezcan a las organizaciones nacionales e internacionales las garantías necesarias para realizar su labor humanitaria sin interferencias.
- El retorno de venezolanos provenientes de Colombia, Ecuador y Perú, entre otros, desde mediados de marzo, requiere particular atención para asegurar que las medidas sanitarias necesarias se pongan en práctica, incluyendo vigilancia epidemiológica de la COVID-19 por al menos 15 días y donde es necesario la provisión de lugares de alojamiento temporales dignos y seguros. El Gobierno nacional y estatal ha solicitado ayuda para responder a las necesidades de esta población y están designado instalaciones como centros de alojamiento temporal. El 7 de abril, el Ministerio del Poder Popular de Relaciones Exteriores hizo una solicitud formal de ayuda al Coordinador Residente de las Naciones Unidas y Coordinador Humanitario para apoyar la respuesta.

## Escenarios

La OMS ha definido cuatro escenarios de transmisión para la COVID-19:

1. Países sin casos (cero casos);
2. Países con 1 o más casos, importados o detectados localmente (casos esporádicos);
3. Países que experimentan clústeres de casos en el tiempo, ubicación geográfica y/o exposición común (clústeres de casos);
4. Países que experimentan brotes más grandes de transmisión local (transmisión comunitaria).

Venezuela se encuentra transitando de la fase 3 a la fase 4, con los últimos casos reportados probablemente autóctonos y productos de transmisión comunitaria. Hasta el 31 de marzo, la mayoría de los casos están en la región de Gran Caracas, que tiene una mayor densidad población, aunque ya se han reportado casos en 20 estados. Los fronterizos, como Zulia, Táchira, Apure y Bolívar enfrentan riesgos altos dado que todos los países vecinos ya reportan casos de COVID-19 y, aunque hay restricciones de movimiento en las fronteras, personas siguen pasando por caminos irregulares.

## Impacto de la situación sobre las necesidades humanitarias preexistentes

La posible epidemia y las medidas preventivas adoptadas por las autoridades para limitar la transmisión del virus pueden tener un **impacto sobre la situación humanitaria** ya existente en el país y exacerbar las vulnerabilidades de las personas.<sup>4</sup> Venezuela no está exenta del dilema entre tomar medidas rigurosas para contener la transmisión del virus o mantener el *status quo* socio-económico. Si bien, se han tomado medidas que buscan mitigar los efectos más severos de las medidas,<sup>5</sup> es importante buscar maneras de mantener y ampliar las operaciones humanitarias en el marco del Plan Humanitario de Respuesta (HRP por sus siglas en inglés), para apoyar a las poblaciones más vulnerables.

<sup>4</sup> El 4 de diciembre se lanzó el Panorama Global de Necesidades Humanitarias, que incluye una sección sobre Venezuela. También en [humanitarianresponse.info](https://www.unhcr.org/es/2020/12/16/5e9d9d9d.html) se pueden encontrar reportes recientes.

<sup>5</sup> A partir del 23 de marzo y hasta el 31 de diciembre del 2020 se decretó la inmovilidad laboral. También, se estipularon un plan especial para continuar con el pago de nómina de empresas y comercios; bonos complementarios a la nómina y un programa de inversión en el sector agropecuario. Se suspendió el pago de arrendamientos por seis meses y se tomaron medidas para reestructurar el crédito empresarial y personal (Decretos 4.167, 4.168 y 4.169 del 23 de marzo).

En el caso que el virus se propague, habrá un **impacto inmediato en el sistema de salud**, como ya se ha visto en países de Asia, Europa y Norteamérica. Si bien, los kits para el diagnóstico de casos de COVID-19 están en el país, las pruebas confirmatorias están concentradas geográficamente cerca de la capital. También, el incremento en el número de casos sospechosos requiere mayor capacidad para analizar los resultados y puede reducir el stock disponible. Los casos graves que requieran atención hospitalaria pondrán a prueba la capacidad del sistema de salud, en especial tomando en cuenta las interrupciones en el suministro de agua y electricidad, la escasez de medicamentos e insumos médicos, la salida de profesionales de salud y la capacidad operativa reducida de las salas de cuidados intermedios e intensivos. Un incremento exponencial de los casos podría saturar rápidamente los servicios necesarios para la atención a pacientes con COVID-19. Otra preocupación es la capacidad limitada de los servicios de morgue en hospitales e instalaciones forenses de responder a un aumento de defunciones; una disposición inadecuada de cadáveres puede resultar en una crisis sanitaria dentro de la pandemia.

Asimismo, el redireccionamiento de fondos de salud para atender las necesidades inmediatas de la COVID-19, puede limitar la provisión de otros servicios de salud críticos, como el acceso de mujeres y adolescentes, a servicios de salud sexual y reproductiva dejándolas ante un alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos inseguros, y sin acceso a productos de salud e higiene menstrual. Para las mujeres embarazadas esto puede aumentar las posibilidades de muerte materna y partos inseguros. Esta reasignación de fondos también puede afectar a los servicios de atención de emergencia a las personas necesitando cuidado y apoyo en salud mental, servicios de protección y la respuesta a la violencia de género.

El brote de la COVID-19 y las medidas preventivas para contenerlo probablemente serán un factor que **exacerbe la contracción económica** que ha enfrentado Venezuela en los últimos seis años. Los últimos meses han visto una caída significativa en los precios de petróleo, hay un aumento en la inactividad económica y lo más probable es que haya una caída en la demanda de los hogares en el contexto de 'cuarentena social' y pérdida de ingresos. También hay desafíos en el funcionamiento de la cadena de suministros de productos esenciales como alimentos, medicinas y productos de higiene. Ante una situación de alta demanda y restricciones de movimiento, podría haber escasez de productos básicos de limpieza e higiene personal (agua embotellada / cisterna, jabón / gel desinfectante, materiales de limpieza) y un alza de precios. A unos días de que las medidas de prevención entraran en vigor, varios productos básicos (como arroz, pasta y harina) habían subido de precio en algunas zonas del país. Asimismo, si los/las trabajadores/as del campo dejan de tener acceso al combustible, podría reducirse la producción de alimentos. La producción nacional también podría verse afectada por la disminución de importaciones y la interrupción de las cadenas alimentarias internacionales. Si bien, las medidas de protección económica decretadas por el gobierno son un paso inicial para mitigar los efectos, es importante monitorear y atender de manera complementaria las necesidades de los grupos más vulnerables.

Las medidas preventivas de cuarentena, cierre de fronteras, limitación de tránsito y suspensión de actividades laborales implementadas en el país, tiene un **impacto en los medios de subsistencia de las personas y en las estrategias de supervivencia disponibles**. En situación de 'cuarentena social', las personas más vulnerables, quienes viven al día, pueden perder oportunidades de generar ingresos, limitando su capacidad de compra y por consiguiente su seguridad alimentaria y la habilidad de cubrir otras necesidades básicas. Se puede esperar una reducción en las remesas, dada la parcial paralización de las economías en los países de la región donde hay un alto número de migrantes y refugiados venezolanos. En estas circunstancias, las personas afectadas recurrirán con más frecuencia a estrategias de sobrevivencia negativas, como la disminución de la ingesta alimenticia, venta de bienes y/o, endeudamiento, particularmente en los grupos más vulnerables, como las mujeres y adolescentes cabeza de hogar, que se dedican a la economía informal. A su vez esto puede contribuir a aumentar su riesgo de contagiarse de COVID-19.

**La cuarentena puede limitar aún más el acceso a servicios básicos de agua, saneamiento y saneamiento ambiental en los hogares más vulnerables.** Hay riesgo que haya interrupciones en el suministro de agua embotellada / camión cisterna en ciertos sectores, retardos o suspensión de los servicios de recolección de basura, que pueden acentuar hábitos inadecuados de higiene.

La operación y el mantenimiento de los sistemas e infraestructuras de agua, salud e higiene (ASH) también se ven afectadas por la reducción de personal operativo, limitaciones en la cadena de suministros de productos esenciales para el tratamiento de agua y aguas residuales, interrupción en el suministro eléctrico a infraestructuras ASH y limitaciones en servicios de suministro de agua. Lo que resulta en riesgos específicos para establecimientos de salud, centros de detención, etc.

El **cierre preventivo de las instalaciones educativas para mitigar la propagación del virus** a partir del 16 de marzo afecta a aproximadamente 6,8 millones de estudiantes<sup>6</sup> que ahora necesitan opciones educativas alternativas. Esta situación aumenta el riesgo de abandono escolar y la interrupción de la prestación de servicios sociales para la población más vulnerable, porque a menudo, las instalaciones educativas sirven como punto de entrada a intervenciones intersectoriales, incluida la protección de la niñez y la seguridad alimentaria. El Ministro de Poder Popular de Educación ha tomado medidas para clases a distancia y la continuación de la alimentación escolar hasta el fin de este ciclo. En caso de que los recursos educativos alternativos no estén ampliamente disponibles o utilizados, la reanudación de las escuelas requerirá medidas compensatorias para garantizar que los estudiantes puedan ponerse al día.

Las medidas para controlar la COVID-19 también pueden **afectar a las personas en movilidad** con la clausura de los vuelos al país y la cuarentena social en todo el territorio, así como la decisión de países vecinos de cerrar la frontera con Venezuela, ya que su movilidad se verá reducida y corren el riesgo de quedar varadas sin poder llegar a su destino final. El cierre de las fronteras con Colombia y Brasil también afecta a las personas que acceden a medicamentos y reciben tratamientos del otro lado de la frontera, por ejemplo, personas con VIH / SIDA y personas con enfermedades no transmisibles, aunque se esté permitiendo el paso excepcional de algunas personas a Colombia para recibir tratamiento médico. Estos cierres, limitan la posibilidad de continuar con comercio transfronterizo a pequeña escala para la subsistencia. En las zonas fronterizas, como consecuencia del cierre de los pasos fronterizos, el uso de pasos informales (o trochas) ha aumentado y se ha vuelto más costoso, de un promedio de 3,000 pesos (90 centavos USD) a 50,000 pesos (12 USD). El uso de cruces irregulares hace imposible la vigilancia epidemiológica en los puntos de entrada al país. Las personas que cruzan a Venezuela por estos caminos también enfrentan retos en términos de asegurar los protocolos sanitarios, incluyendo mantener un periodo de aislamiento social, mientras también buscan regresar a sus lugares de origen.

Desde mediados de marzo, hay un incremento en el número de venezolanos que entraron desde Colombia. Hay reportes indicando que entre 40.000 y 60.000 personas han retornado desde el cierre de las fronteras., incluyendo personas que realizaban migraciones pendulares. La mayoría han entrado a Venezuela por Táchira, y en grado menor, por Zulia, Apure y Bolívar. Conforme las medidas de cuarentena se extiende en Colombia, Ecuador y Perú, entre otros países, se espera que más venezolanos regresen. El alojamiento temporal de las personas venezolanas retornadas para que cumplan su cuarentena sanitaria en los municipios fronterizos se ha convertido en un reto crítico. Además de las medidas sanitarias para prevenir cadenas de transmisión asociadas a las personas retornadas, es importante que también se responda a las necesidades básicas y derechos de las personas en movilidad.

**Las mujeres podrían verse particularmente afectadas** por el brote de COVID-19, ya que representan a la mayoría de la fuerza laboral del sector salud y a menudo son responsables de los trabajos de higiene y limpieza, lo que podría aumentar su exposición y riesgo al virus. Las mujeres también son a menudo responsables del cuidado de las personas enfermas, las personas adultas mayores, así como los niños, niñas y adolescentes, que actualmente se encuentran en el hogar debido a la 'cuarentena social preventiva' y la interrupción de la educación. Las mujeres que trabajan en la economía informal y la economía doméstica también corren el riesgo de perder los ingresos necesarios para mantener sus hogares. Estas responsabilidades múltiples y cambios en la dinámica doméstica pueden aumentar el riesgo de violencia de género, violencia intrafamiliar y prostitución forzada, resultando en ansiedad y estrés.

Además de las mujeres, la violencia intrafamiliar puede afectar a los niños, niñas y adolescentes en familias disfuncionales. La cuarentena también puede crear tensiones que pueden convertirse en violencia emocional o física en familias sin disfunción previa, y aumentar los riesgos de abuso, explotación y

---

<sup>6</sup> <https://en.unesco.org/themes/education-emergencies/coronavirus-school-closures>

negligencia. Los niños, niñas y adolescentes pueden enfrentar altos niveles de estrés y trauma en una etapa importante de su desarrollo. Por lo tanto, es importante proporcionar herramientas y apoyar tanto a los padres como a los niños, niñas y adolescentes en el manejo del estrés diario, y fortalecer los mecanismos de prevención y respuesta a la violencia.

Tanto los hogares, como el personal de salud y humanitario estarán en situación de estrés que puede aumentar los niveles de ansiedad, requiriendo servicios de salud mental y apoyo psicosocial. Las estrategias de cuarentena traen consigo efectos psicológicos negativos, incluidos confusión, enojo, agotamiento, desapego, ansiedad, deterioro del desempeño y resistencia a trabajar, pudiendo llegar incluso a trastorno de estrés postraumático y depresión. Muchos de los síntomas se relacionan con los temores de infección, frustración, aburrimiento, falta de suministros o de información, pérdidas financieras y el estigma.

Aunque los niños, niñas y adolescentes no pertenecen al grupo de edad con mayor riesgo frente a la COVID-19, los que están en situación de calle y en albergues corren un mayor riesgo en caso de contagio. Los que están involucrado en trabajos informales y apoyan los ingresos del hogar, están afectados por el impacto de la cuarentena social y ver una reducción en su acceso a bienes y servicios esenciales. Los niños y niñas al cuidado de personas adultas mayores podrían ver sus condiciones de vida y su estado nutricional deteriorarse en caso estos adultos mayores, más vulnerables frente a la COVID-19, enfermen o mueran. Los niños, niñas y adolescentes de poblaciones indígenas y los que tienen discapacidades corren el riesgo de no tener acceso a información adecuada y apropiada y de no poder protegerse de la COVID-19 o de no acceder a medidas de mitigación del impacto de la 'cuarentena social'.

### Grupos vulnerables

- Personas adultas mayores, incluidos los y las cuidadores/as de niñez
- Personas en riesgo debido a condiciones médicas subyacentes, como por ejemplo diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer o VIH
- Personal sanitario
- Personas con acceso limitado a agua, saneamiento e higiene
- Personas en movilidad, incluyendo el número de personas retornadas, aquellos viviendo en condiciones de hacinamiento y en viviendas insalubres o en condición de calle y las que viven de la frontera en movimiento pendulares
- Personas en centros de detención, incluso en centros de detención preventiva donde dependen de familiares para su alimentación (los cuales no se pueden desplazar en la situación de cuarentena social)
- Niños, niñas y adolescentes en riesgo (en entidades de atención y en situación de calle, jefes de hogar)
- Comunidades indígenas en las zonas no urbanas con difícil acceso al sistema de salud y a alimentos
- Personas con inseguridad alimentaria
- Personas con discapacidad
- Mujeres en situación de vulnerabilidad (cuidadoras de las personas enfermas y a cargo de trabajos de limpieza, jefas de hogar que pierden o reducen sus ingresos por la cuarentena)
- Población en centros de larga estancia como hogares de cuidado, centros de atención del adulto mayor
- Familias con bajos ingresos y elevado gasto de bolsillo en salud para el acceso a medicamentos e insumos indispensables

### Objetivos del Plan intersectorial de preparación y atención

El objetivo del Plan intersectorial de preparación y atención es **contribuir a reducir la vulnerabilidad de la población y evitar altas cifras de morbilidad y mortalidad ante la pandemia de COVID-19.**

Esto es a través del apoyo coordinado de las organizaciones humanitarias a los esfuerzos de las autoridades competentes, y asegurar un enfoque en las acciones prioritarias, especialmente para programas críticos con

## PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

énfasis en salud y agua, saneamiento e higiene, con el fin de reducir el riesgo de infecciones intrahospitalarias. Este Plan está alineado con y es complementario al Plan nacional de preparación y contención de la COVID-19 del MPPS que tiene como objetivos: i) disminuir y detener la transmisión, evitar brotes y retrasar la propagación; ii) proporcionar una atención optimizada para todos los pacientes, especialmente los enfermos graves, y; iii) minimizar el impacto de la epidemia en los sistemas de salud, los servicios sociales y la actividad económica. El MPPS ha designado 46 hospitales para la atención de los pacientes en los 24 estados, y estos requieren apoyo para asegurar el funcionamiento de los servicios críticos, incluyendo insumos médicos e infraestructura como agua, saneamiento e higiene.

Los objetivos específicos del Plan intersectorial incluyen:

- Apoyar el fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud para identificar y proporcionar atención a pacientes de manera temprana y limitar la propagación del virus.
- Apoyar el fortalecimiento de las capacidades para la prevención y control de infecciones en establecimientos de salud y comunidades priorizados.
- Proporcionar información oportuna e idónea a la población general con el fin de que adopten las medidas de prevención y control del virus.
- Brindar atención multisectorial y asegurar condiciones dignas y seguras en centros de alojamiento temporal para las personas retornadas más vulnerables y reducir los riesgos que las personas en movilidad sean un vector para la propagación del virus.
- Asegurar una respuesta coordinada y oportuna a nivel nacional y sub-nacional y entre los diferentes sectores.
- Asegurar la continuidad de otros programas críticos bajo el marco del Plan de Respuesta Humanitaria, y mitigar el impacto que pueden tener las medidas tomadas para prevenir la transmisión del coronavirus sobre las necesidades de la población más vulnerable del país.

### Estrategia de priorización

El Plan es vigente para el resto del año, con una estrategia en fases:

- En una **primera fase** (primeros tres meses), el Plan se enfoca en fortalecer la capacidad de respuesta en 16 de los 46 hospitales y centros centinelas, localizados en las zonas de Gran Caracas (Distrito Capital, Miranda, La Guaira), en las zonas fronterizas en Táchira, Zulia, Apure y Bolívar; y en tres estados adicionales (Anzoátegui, Lara y Falcón). Algunos de estos hospitales serán apoyados a través de intervenciones integrales de salud y ASH/prevención y control de infecciones (PCI), y otros con parte de las intervenciones programadas. Esta priorización geográfica se enfoca en las zonas con mayor densidad de población, mayor número de casos reportados, mayor riesgo de exposición, y zonas con una capacidad operativa inmediata de las organizaciones humanitarias. Algunas intervenciones también se enfocarán en fortalecer la capacidad de atención de salud primaria en ambulatorios en los estados prioritarios.
- Las intervenciones en comunidades más vulnerables en términos de acceso a agua, saneamiento e higiene estarán alineadas a la misma priorización geográfica de los hospitales y centros centinelas para maximizar el impacto. Esto incluye los 10 estados con un enfoque en zonas urbanas, donde hay mayor densidad de población, y mayores retos en términos de acceso a agua segura. Se estima alcanzar a unas 511,000 personas con asistencia ASH en las comunidades.
- Las acciones de comunicación de riesgo y movilización social se enfocan en los 10 estados priorizados por salud y ASH, aunque algunas actividades, como la divulgación por redes sociales y otros medios de comunicación, tendrá un alcance en todo el territorio nacional.
- En las zonas fronterizas, ya priorizadas, el aumento de personas retornadas requiere atención dedicada para mitigar la presión adicional sobre los municipios de recepción. La respuesta se enfocará en apoyar intervenciones de salud, agua, higiene y saneamiento, apoyo a los alojamientos temporales y distribución de alimentos y enseres básicos, así como provisión de servicios de protección (asesoría legal, prevención y atención a la violencia basada en género y atención de las necesidades de niños, niñas y adolescentes no acompañados o separados de sus familias). Los estados de Táchira y Zulia registran el mayor flujo de retornos hasta el momento, aunque los estados

## PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

de Apure y Bolívar también se han visto afectados. Se buscará proporcionar una respuesta integral en unos centros de alojamiento temporal prioritarios, de acuerdo con el número de personas retornadas ya alojadas y las necesidades críticas identificadas en estos centros en colaboración con las autoridades.

- En una **segunda fase**, se revisará la priorización a partir de la evolución de la situación epidemiológica. Se espera ampliar la respuesta y el número de hospitales apoyados con un paquete integral de intervenciones en salud y ASH. Asimismo, se monitoreará el impacto de la situación sobre las necesidades humanitarias intersectoriales, para re-priorizar la respuesta humanitaria si fuera necesario, incluso si se deteriora la situación de seguridad alimentaria y nutricional, y si es necesario fortalecer los servicios críticos de protección y apoyo psicosocial.

Los requerimientos financieros para la implementación del Plan Intersectorial, son de **USD\$72.100 millones**, incluyendo los componentes de salud, agua, saneamiento e higiene, comunicación de riesgos y movilización social para enfrentar la COVID-19, y la respuesta multi-sectorial a las personas retornadas incluida en el componente de puntos de entrada, con un enfoque en los centros de alojamiento temporal. El costo de las demás actividades críticas está en el Plan de Respuesta Humanitaria (ver anexo para más detalles sobre los requerimientos financieros).

### Lista de 16 hospitales y centros centinelas priorizados para la primera fase

| Estado           | Municipio       | Ubicación             | Nombre del hospital / centro centinela  |
|------------------|-----------------|-----------------------|---|
| Anzoátegui       | Simón Rodríguez | El Tigre              | Hospital General Dr. Felipe Guevara Rojas   |
| Anzoátegui       | Aragua          | Barcelona             | Hospital Dr. Luis Razetti   |
| Apure            | San Fernando    | San Fernando de Apure | Hospital General Dr. Pablo Acosta Ortiz   |
| Bolívar          | Gran Sabana     | Gran Sabana           | Hospital Rosario Vera Zurita  |
| Bolívar          | Heres           | Ciudad Bolívar        | Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez   |
| Distrito Capital | Libertador      |                       | Hospital Dr. Miguel Perez Carreño (IVSS)  |
| Distrito Capital | Libertador      | Lídice                | Hospital Dr. Jesús Yerena   |
| Distrito Capital | Libertador      | Ciudad Universitaria  | Hospital Clínico Universitario / Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel                  |
| Falcón           | Miranda         | Coro                  | Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken  |
| La Guaira        | La Guaira       | Macuto                | Hospital Dr. José María Vargas (dependiente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales) |
| Lara             | Simón Planas    | Simón Planas          | Hospital General Dr. Armando Velásquez Mago   |
| Miranda          | Lander          | Valles del Tuy        | Hospital Simón Bolívar  |
| Miranda          | Sucre           | El Llanito, Petare    | Hospital Domingo Luciani  |
| Miranda          | Sucre           | Petare                | Hospital Ana Francisca Pérez de León II   |

## PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

|         |               |               |   |
|---------|---------------|---------------|---|
| Táchira | San Cristóbal | San Cristóbal | Hospital Universitario de San Cristóbal |
| Zulia   | Maracaibo     | Maracaibo     | Hospital Universitario de Maracaibo     |

# COMPONENTES

## Componente 1: Comunicación de riesgo y movilización social

### Situación

- La comunicación de riesgos y la comunicación con comunidades son aspectos críticos para transmitir al público lo que se sabe sobre la COVID-19, lo que se desconoce, lo que se está haciendo y las acciones que se deben tomar de manera regular. Las actividades de preparación y respuesta deben llevarse a cabo de manera coordinada, participativa, basada en la comunidad, y estar informadas y continuamente optimizadas de acuerdo con los comentarios de la comunidad para detectar y responder a inquietudes, rumores e información errónea.
- El uso de la televisión, radio y redes sociales en Venezuela es bastante extendido, así como de mensajes de texto SMS. Las redes representan en caso de confinamiento una oportunidad para circular información, pero también un riesgo para la circulación de información errónea y/o de fuentes no verificadas afectando a la reputación de las organizaciones y aumentando el riesgo de contagio.
- La estrategia de comunicación desarrollada por el Taskforce de comunicaciones inter-agencial sobre COVID-19 incluye el desarrollo de mensajes conjuntos, transparentes y consistentes que se deben diseminar por canales de comunicación confiables, incluso aprovechando el uso de redes comunitarias y personas influyentes clave y/o líderes locales. Los mensajes serán traducidos a los idiomas de los pueblos indígenas y adaptados a los grupos más vulnerables y localmente sensibles.
- Los esfuerzos se enfocan en empoderar las comunidades afectadas estableciendo sistemas de comunicación con retroalimentación para escuchar sus necesidades de información y responder de acuerdo con sus necesidades.
- Es importante diversificar las herramientas de difusión de la información para incluir en la estrategia de comunicación los grupos que no tienen un acceso o un conocimiento de las nuevas tecnologías, incluidas las personas adultas mayores, las personas y niños, niñas y adolescentes en situación de calle, en centros de detención, y las comunidades indígenas aisladas. Los mensajes serán adaptados a estos grupos mediante diferentes canales de comunicación, incluso radios comunitarias, SMS, diálogos de grupos focales, etc.

### Acciones claves

| Acción   | Actores humanitarios responsables de apoyar la respuesta   | Periodo                |
|--|--|------------------------|
| Desarrollar e implementar una campaña de información y educación que incluya: las medidas de protección tanto a nivel personal como familiar; la prevención de infecciones por el nuevo coronavirus; medidas de protección para las mujeres embarazadas y signos de alarma; cómo manejar el estrés durante la cuarentena (salud mental, solidaridad, no violencia, cuidado de los adultos mayores y niños, niñas); consejos y alternativas sobre qué hacer en casa con sus hijos e hijas, como protegerlos (psicosocial) | Taskforce de comunicación del Grupo Inter-agencial de comunicación para la COVID-19 del Sistema de Naciones Unidas (SNU) y Grupo de Comunicación Humanitaria | Meses 1 a 3 / continuo |
| Realizar evaluación rápida para entender el público meta, sus conocimientos, percepciones, preocupaciones, cuáles son las personas influyentes y los mecanismos preferidos de comunicación   | UNICEF, Cáritas  | Meses 1 a 2            |
| Identificar, colaborar y reforzar las capacidades de comunicación de las redes comunitarias de confianza, radios comunitarias, líderes religiosos y personas influyentes a nivel local   | Taskforce de comunicación del Grupo Inter-agencial de comunicación para  | Meses 1 a 3 / continuo |

## PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

|  |   |                        |
|--|---|------------------------|
|  | la COVID-19 del SNU y Grupo de Comunicación Humanitaria   |                        |
| Establecer procesos de aprobación para la disseminación de mensajes y materiales, y adoptar canales de comunicación pertinentes  | Taskforce de comunicación del Grupo Inter-agencial de comunicación para la COVID-19 del SNU y Grupo de Comunicación Humanitaria | Meses 1 a 3 / continuo |
| Desarrollar y difundir mensajes claves conjuntos con una sola voz  | Taskforce de comunicación del Grupo Inter-agencial de comunicación para la COVID-19 del SNU y Grupo de Comunicación Humanitaria | Meses 1 a 3 / continuo |
| Fortalecer capacidades a nivel nacional en comunicación del riesgo para COVID-19 (dirigido a la comunidad general, comunicadores, medios de comunicación, sociedades científicas y prestadores de salud y tomadores de decisiones) | Taskforce de comunicación del Grupo Inter-agencial de comunicación para la COVID-19 del SNU                                     | Meses 1 a 3 / continuo |
| Fortalecer los mecanismos de comunicación con comunidades / sistemas de rendición de cuentas a comunidades afectadas   | UNICEF, Cáritas y Taskforce de comunicación del Grupo Inter-agencial de comunicación para la COVID-19 del SNU                   | Meses 1 a 3 / continuo |
| Diseminar los mensajes claves y productos de información adecuados al país acordados por la Taskforce de comunicación, siguiendo las directivas de prevención  | Clústeres   | Meses 1 a 3 / continuo |
| Identificar los productos/IEC que faltan, y comunicarlos al Taskforce de comunicación  | Clústeres   | Mes 1                  |
| Identificar a grupos/audiencias difíciles a acceder, y comunicarles al Taskforce de comunicación para buscar canales adecuadas   | Clústeres, Cáritas  | Mes 1                  |
| Proveer un punto de referencia técnica en las temáticas de prevención y control de infecciones / ASH y Protección y AdRs   | Clústeres Salud, ASH y Protección y AdRs  | Mes 1                  |
| Proporcionar apoyo técnico a capacitaciones / materiales de capacitación en temáticas de prevención y control de infecciones / ASH para los encargados/as de espacios públicos   | Clústeres Salud, ASH  | Meses 1 a 2            |

## Componente 2: Vigilancia epidemiológica y de laboratorio

### Situación

- Como ya descrito, el sistema de salud en Venezuela enfrenta limitaciones para llevar a cabo todas las acciones necesarias.
- Estas limitaciones han afectado la prestación de servicios prioritarios de salud pública, incluidas las funciones de vigilancia epidemiológica y la generación de información de salud del sistema nacional de vigilancia epidemiológica y la red de laboratorios de salud pública del país, especialmente necesaria para prevenir y reducir el impacto de las enfermedades transmisibles.

## PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

- Hay desafíos en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica para implementar tecnologías y avances técnico-científicos de diagnóstico, que permitan la detección de manera oportuna, permanente y sistemática de COVID-19 y la respuesta para el manejo de los casos y la situación epidemiológica.

### Acciones claves

| Acción   | Actores humanitarios responsables de apoyar la respuesta | Periodo                |
|--|--|------------------------|
| Proporcionar acompañamiento técnico al MPPS y a otros actores para fortalecer las capacidades del sistema nacional de vigilancia epidemiológica para la detección, notificación e investigación de casos sospechosos de COVID-19, asegurándose de desagregar los datos por sexo, edad, condición de embarazo, condición de lactancia, discapacidad, población indígena | OPS/OMS  | Meses 1 a 3 / continuo |
| Apoyar al MPPS y comunidad científica en el desarrollo de documentos técnicos de vigilancia y diagnóstico por laboratorio de la COVID-19 y realizar la difusión a los socios del clúster salud y comunidad en general  | OPS/OMS  | Meses 1 a 3 / continuo |
| Apoyar al MPPS para fortalecer las capacidades operativas de los servicios de epidemiología para la contención de brotes de COVID-19 (equipos de respuesta rápida)   | OPS/OMS  | Meses 1 a 3 / continuo |
| Proporcionar acompañamiento técnico al MPPS para fortalecer las capacidades funcionales de los servicios de epidemiología para el análisis y el monitoreo de la respuesta a COVID-19   | OPS/OMS  | Meses 1 a 3 / continuo |
| Apoyar el fortalecimiento de las capacidades del laboratorio nacional de referencia y apoyo para la descentralización del diagnóstico laboratorial de la COVID-19 en 4 estados del país  | OPS/OMS  | Meses 1 a 3 / continuo |
| Apoyar al MPPS y a otros actores en la implementación de la vigilancia epidemiológica basada en la comunidad   | Clúster Salud  | Meses 1 a 3 / continuo |

## Componente 3: Puntos de entrada

### Situación

- En el aeropuerto internacional, los vuelos procedentes de Europa, Colombia, República Dominicana y Panamá, así como los vuelos nacionales están suspendidos por 30 días. Sólo se permiten los vuelos de carga, lo que reduce significativamente la necesidad de controles de llegada. Aruba, Bonaire y Curazao mantienen un cierre fronterizo marítimo y aéreo, por tiempo indeterminado. Trinidad y Tobago tiene medidas de restricción de entrada, con cuarentena obligatoria para las personas extranjeras.
- En zonas fronterizas con Colombia, las personas que dependen movimientos pendulares para acceder a bienes y servicios críticos enfrentan el riesgo de ver su bienestar físico y mental, y sus condiciones de vida deteriorarse debido al cierre de los pasos fronterizos. Por ejemplo, se estiman que 700 personas con VIH reciben medicamentos antirretrovirales en Cúcuta.
- Un desarrollo positivo para los puntos de entrada fueron los anuncios, el 16 de marzo, de los presidentes de Colombia y Venezuela que gracias a la intermediación de OPS/OMS se iniciaron acercamientos entre los ministerios de salud, para compartir información y articular el manejo de casos. Igualmente, el presidente de Colombia anunció acercamientos con la Gobernación de Táchira y con la Asamblea Nacional.

## PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

- El cruce fronterizo entre Venezuela (Santa Elena de Uairén) y Brasil (Pacaraima) está en constante cambio hacia un aumento de restricciones progresivo. A partir del 18 de marzo la frontera permite el cruce únicamente a transporte de carga de suministros y alimentos, cerrado por completo para personas.
- Las fronteras terrestres (siete pasos fronterizos oficiales) entre Colombia y Venezuela están cerradas desde el 14 marzo debido al cierre ordenado por el gobierno colombiano.<sup>7</sup> Se reportó que las autoridades colombianas permitieron el paso de algunas personas de Venezuela a Colombia, por razones médicas, y también permiten el retorno de personas venezolanas a Venezuela. A pesar de los cierres fronterizos, desde mediados de marzo se registró un aumento significativo en el número de personas. Se estima que en las próximas semanas sigan entrando personas en retorno por la frontera occidental y se estima que el flujo continúe a este ritmo o un poco mayor, principalmente por Táchira y Zulia, aunque también se registran retornos por Apure, y Bolívar. En estos dos los últimos dos estados, tomando en consideración el volumen de cruces, se cuenta con mayor capacidad para responder, principalmente por las autoridades locales, con apoyos puntuales del SNU y sus socios. Sin embargo, el alto número de retornos por Táchira y Zulia requieren un mayor apoyo del SNU y sus socios para asistir a las personas retornadas y a la vez prevenir que sean un posible vector en la transmisión de la COVID-19. En caso de que la respuesta no sea oportuna, existen riesgos de protección y sanitarios que podrían resultar en tensiones sociales con las comunidades de acogida y en sus lugares de destino. Si bien la atención de la población retornada se enfoca en estandarizar la atención en puntos de llegada y durante el periodo de cuarentena para los casos negativos y/o asintomáticos, las personas que sean positivas requerirán seguimiento y atención médica en los centros y/o hospitales centinelas de los estados fronterizos.

### Acciones claves

#### En puntos de entrada

| Acción  | Actores humanitarios responsables de apoyar la respuesta   | Periodo                |
|---|--|------------------------|
| Proporcionar asesoría técnica para la preparación de los Puntos de Entrada para detección oportuna de casos sospechosos y contactos de casos confirmados de COVID-19, de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional para puntos de fronteras (marítimo, aéreo y terrestre)   | OPS/OMS  | Meses 1 a 3 / continuo |
| Estimular el intercambio de información y el diálogo binacional entre los Ministerios de salud de Venezuela y Colombia según lo establecido en el RSI-2005, para facilitar el análisis de información, el fortalecimiento de los servicios de salud binacionales y la coordinación de la respuesta en salud para COVID-19 | OPS/OMS  | Meses 1 a 3 / continuo |
| Asesoría y apoyo para el acondicionamiento de espacios de llegada (con carpas, almacenes móviles, puntos de lavado de manos e hidratación, distribución de kits de higiene, entre otros) y sensibilización del personal de atención en primera línea  | Clúster AEE / Clúster ASH (OPS/OMS / ACNUR / UNICEF / OIM) | Primer mes             |
| Ampliación de servicios de salud, triaje, rutas para pacientes en la zona fronteriza. Aplicación de pruebas rápidas para despistaje, asesoría para instalación de hospitales de campaña y equipos médicos de emergencia   | Clúster Salud / OPS/OMS                                    | Meses 1 a 3 / continuo |

<sup>7</sup> La Presidencia de la República Colombiana informó el 6 de abril que “ya se han abierto estos espacios [corredores] en casos especiales, entre los más destacados se incluye, el retorno voluntario de población venezolana a su país, a través del puente Simón Bolívar en Villa del Rosario (Norte de Santander). (Balance general, Epidemia de COVID-19, 6 de abril de 2020)

## PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

|  |  |            |
|--|--|------------|
| Monitorear la situación de las personas vulnerables en tránsito en zonas fronterizas (personas con COVID-19 que requieran tratamiento inmediato, sobrevivientes de violencia basada en género y niños, niñas y adolescentes no acompañados o separados), y derivación de casos identificados hacia rutas de atención disponibles | OPS/OMS / Clúster Protección y AdRs / ACNUR / UNICEF / UNFPA | Primer mes |
| Apoyo a la coordinación del proceso de retorno, así como logística y técnicas para el transporte de las personas retornadas del punto de entrada a los centros de alojamiento temporal y a sus lugares de origen   | OIM/ACNUR  | Primer mes |

### *En centros de alojamiento temporal<sup>8</sup>*

|  |  |            |
|--|--|------------|
| Habilitación de centros de alojamiento y manejo de albergues. Las acciones puntuales incluyen: dotación e instalación de carpas, almacenes móviles o unidades de alojamiento temporal, habilitación de puntos de lavado de manos e hidratación, abastecimiento de agua, rehabilitación de baños sanitarios existentes o instalación de baños químicos y apoyo a la gestión de residuos sólidos | Clústers AAE y ASH/ACNUR/UNICEF/OIM  | Primer mes |
| Capacitación sobre manejo de albergues, prevención y control de infecciones en sitios de alojamiento y asesoría técnica para aplicar medidas de saneamiento e higiene que contribuya a la prevención y protección de infecciones   | Clúster AAE / Clúster ASH / Clúster Salud / UNICEF / OPS/OMS / ACNUR                       | Primer mes |
| Distribución de enseres básicos (bidones, baldes, filtros, mosquiteros, colchonetas, cobijas, lámparas solares, jabón, ollas, carbón, kits de higiene y limpieza, kits de dignidad, entre otros)   | Clúster AAE/ACNUR/UNICEF y socios  | Primer mes |
| Distribución de alimentación preparada/kits de comida.   | Clúster seguridad alimentaria / OIM  | Primer mes |
| Comunicación con las comunidades (mensajes sobre el riesgo a la COVID-19, apoyo psicosocial y prevención de violencia, discriminación o estigmatización, orientación de salud general, reproductiva y sexual)  | Clúster salud, Clúster Protección y AdRs, OPS/OMS, UNICEF, ACNUR                           | Primer mes |
| Identificación de casos de protección y asistencia a personas vulnerables, incluyendo niños, niñas y adolescentes en riesgo, como los separados y no acompañados. Apoyo a espacios de acogida para atención a la violencia basada en género  | Clúster Protección y AdRs / ACNUR / UNICEF / UNFPA   | Primer mes |
| Atención psicosocial   | Clúster salud/Clúster protección / Grupo de trabajo sobre salud mental y apoyo psicosocial | Primer mes |

<sup>8</sup> Las personas que tengan pruebas rápidas positivas serán aisladas en lugares separados al resto y en caso de requerir atención médica debido a sus síntomas serán trasladadas a los centros u hospitales centinela de la zona, donde también habrá una respuesta humanitaria.

## Componente 4: Prevención y control de infecciones (PCI), y manejo clínico de casos

### Situación

- En los últimos años, se han llevado a cabo varias evaluaciones de las condiciones de los centros de atención de salud en Venezuela, revelando la capacidad reducida para la prestación de atención y las condiciones operativas limitadas, especialmente con respecto al acceso sostenido a la electricidad, el agua potable y los suministros de limpieza para garantizar un saneamiento adecuado.
- En general, la falta de equipo médico adecuado para el tratamiento, la falta de personal capacitado (en múltiples niveles, incluido el pre-hospitalario) y los sistemas de referencia limitados en el país pueden dificultar el acceso a la atención oportuna necesaria para salvar vidas.
- Para el manejo clínico de los casos, el personal de salud debe estar familiarizado con la definición de caso sospechoso de COVID-19 y ser capaz de brindar la vía de atención adecuada. Un gran volumen de casos presionará al personal, las instalaciones y los suministros.
- Otros desafíos para reducir la transmisión de persona a persona en las instalaciones de atención médica incluyen la baja disponibilidad de equipos de protección personal (EPP) apropiados y de suministros para la limpieza.
- Las actividades para limitar la transmisión de persona a persona también son esenciales para proteger al personal de la salud en todos los niveles y reducir el riesgo de que los establecimientos de salud generen grupos de casos.
- Las instalaciones de atención médica y los servicios de atención médica deberán reorganizarse con un enfoque en mejorar la clasificación y el aislamiento para facilitar el flujo de pacientes y reducir las infecciones nosocomiales.
- Venezuela ha designado 46 hospitales de referencia para COVID-19 (de una red de 294 hospitales a nivel nacional). La provisión oportuna de atención será esencial para salvar vidas, incluido el establecimiento de sistemas de atención pre-hospitalaria, derivación para llevar a los pacientes a las UCI en los hospitales que están designados para la respuesta COVID-19 y que cuentan con el equipo médico adecuado y personal suficiente y capacitado para el manejo de los pacientes.
- Para los establecimientos de salud, las intervenciones de prevención y control de infecciones se deben enfocar en los servicios críticos hospitalarios, como los servicios de emergencias, terapia o cuidados intensivos, sala de parto, sala de cirugía, entre otros.
- Más allá de los establecimientos de salud, la prevención y control de infecciones se implementa también a nivel de comunidades / hogares, con un enfoque en los grupos más vulnerables.

### Acciones claves

| Acción  | Actores humanitarios responsables de apoyar la respuesta | Periodo                |
|---|--|------------------------|
| <b>En hospitales</b>  |  |                        |
| Precisar y monitorear necesidades PCI/ASH en los hospitales designados, y distribuir acciones   | Clúster ASH / Clúster Salud                              | Meses 1 a 3 / continuo |
| Establecer mecanismo de monitoreo de las actividades/insumos actuales y previstos de PCI/ASH en los hospitales prioritarios   | Clúster ASH / Clúster Salud                              | Meses 1 a 3 / continuo |
| Fortalecer a nivel nacional y subnacional el manejo prehospitalario y hospitalario de los pacientes sospechosos y confirmados de COVID-19 (transporte pre-hospitalario, pre-triage, triaje –respiratorio-, atención en los servicios de emergencia, cuidados intermedios y cuidados intensivos) | Clúster Salud  | Meses 2 a 3            |
| Establecer espacios aislados para la atención de partos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19 y sus recién nacidos   | Clúster Salud  | Meses 1 a 3            |
| Fortalecer las capacidades para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias   | Clúster Salud / ASH                                      | Meses 1 a 3 / continuo |

## PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

|   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| Fortalecer la vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias   | Clúster Salud   | Meses 2 a 3            |
| Capacitar al personal de salud sobre PCI y manejo clínico de casos, incluyendo los protocolos específicos para mujeres embarazadas.   | Clúster Salud / ASH                                     | Meses 1 a 3 / continuo |
| Brindar soporte emocional al personal sanitario para hacer frente a la situación con herramientas de apoyo psicológico tanto al personal sanitario como a los líderes o gerentes de grupo   | Grupo de trabajo sobre salud mental y apoyo psicosocial | Meses 1 a 3 / continuo |
| <b>En comunidades</b>   |   |                        |
| Continuar y/o aumentar actividades de apoyo a la distribución de agua en sectores sin servicio, y la provisión de insumos/equipos para el mantenimiento y tratamiento de los sistemas de agua y aguas residuales  | Clúster ASH   | Meses 1 a 3 / continuo |
| Apoyo técnico y material (donde factible) en la PCI para el personal de los espacios y servicios públicos   | Clúster ASH (con OPS) / Clúster AEE                     | Meses 1 a 3 / continuo |
| Apoyo técnico / lineamientos para condiciones seguras de prevención y de gestión de casos en espacios y servicios públicos  | Clúster Salud / ASH / Protección y AdRs / AEE           | Meses 1 a 3 / ad hoc   |
| Apoyar la detección temprana de casos lo más cercano posible al domicilio de las personas y sus familias mediante la provisión de entrenamientos al personal de salud, equipos de protección personal y mejoramiento de la capacidad de traslado de pacientes   | OPS/OMS, Clúster Salud                                  | Meses 1 a 3 / continuo |
| <b>En hogares con casos confirmados/sospechosos, o en hogares vulnerables en cuarentena</b>   |   |                        |
| Apoyo técnico / material (donde factible) en la provisión de agua segura, materiales de limpieza e higiene, y EPP adecuado a hogares vulnerables en cuarentena, con casos confirmados / sospechosos   | Clúster ASH (con OPS) / Clúster AEE                     | Meses 1 a 3 / continuo |
| Apoyo técnico / lineamientos para condiciones seguras de prevención y de gestión de casos de COVID-19 en diferentes ámbitos hogares / alojamientos colectivos / centros de detención, hogares tercera edad o en condiciones especiales (niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad, sobrevivientes de violencia basada en género, etc.) | Clúster Salud / ASH / Protección y AdRs / AEE           | Meses 1 a 3 / ad hoc   |

## Componente 5: Coordinación

### Estructuras de coordinación y responsabilidades

- A nivel nacional, el Gobierno estableció la Comisión Presidencial para el monitoreo y control de la COVID-19. Los miembros del Equipo Humanitario de País y los Clústeres tienen contacto regular con las autoridades relevantes, por ejemplo, los Ministerios del Poder Popular para la Salud, Educación, Interior, Justicia y Paz, Defensa, Mujer e Igualdad de Género, entre otros.
- El Sistema de Naciones Unidas y la comunidad humanitaria, bajo el liderazgo del Coordinador Residente/Coordinador Humanitario (CH/CR), ha designado a OPS/OMS como punto focal para la respuesta a la COVID-19.
- El Equipo Humanitario de País, acordó utilizar las estructuras de coordinación humanitaria ya establecidas a nivel nacional y local, siguiendo los siguientes lineamientos:
  - Responsabilidad del Equipo Humanitario de País para la toma de decisiones estratégicas y la adopción de lineamientos para las organizaciones humanitarias.
  - Responsabilidad del Grupo de Coordinación Inter Clúster para coordinar la respuesta intersectorial.

## PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

- Responsabilidad de los Clústeres para la coordinación sectorial y la definición de lineamientos sectoriales, y del sub-grupo de Hospitales y Servicios Esenciales del Clúster Salud para la coordinación de las intervenciones ASH y salud en los hospitales y centros centinelas.
- Responsabilidad de los Centros de Coordinación en el Terreno y de los Clústeres a nivel sub-nacional para el monitoreo de la situación, la difusión de información y la coordinación a nivel sub-nacional.
- Otras estructuras de coordinación involucradas en la respuesta a la COVID-19 son:
  - Equipo de País de Naciones Unidas.
  - Taskforce del Grupo Inter-agencial de Comunicaciones de las Naciones Unidas para comunicaciones sobre COVID-19 y Grupo de Comunicación Humanitaria – para la definición de mensajes conjuntos para diferentes públicos, incluso comunicación con comunidades, y la divulgación de información confiable y actualizada para la prevención y contención del coronavirus. Para las solicitudes de medios, se acordó que todas las solicitudes deben ser redirigidas al punto focal de comunicación de OPS/OMS (Sabina Rodríguez: [rodrigusab@paho.org](mailto:rodrigusab@paho.org)).
  - Foro de ONG nacionales.
  - Foro de ONG internacionales.

### Acciones claves

| Acción   | Actores humanitarios responsables de apoyar la respuesta  | Etapa de respuesta       |
|--|---|--------------------------|
| Apoyar a las autoridades para la elaboración y seguimiento del plan nacional de preparación y contención de la COVID-19  | OPS/OMS   | Primer mes               |
| Apoyar técnicamente al Comité Operativo de Emergencias (nacional y estatales) y Comisión Nacional de Gestión de riesgo y Desastres (CENAGRED) para la coordinación de la respuesta a la COVID-19 | OPS/OMS   | Meses 1 a 3 / continuo   |
| Fortalecer el subgrupo de Hospitales y Servicios Esenciales del Clúster Salud  | Clúster Salud   | Meses 1 a 3 / continuo   |
| Realizar evaluación de capacidades y análisis de riesgos, incluso identificación de poblaciones vulnerables  | OCHA, Coordinadores de Clústeres  | Primer mes               |
| Desarrollar un plan intersectorial enfocado en el apoyo complementario de las organizaciones humanitarias a los esfuerzos de las autoridades   | OCHA, Coordinadores de Clústeres  | Primer mes               |
| Monitorear continuamente la evolución de las necesidades humanitarias y del impacto sobre la respuesta humanitaria   | OCHA, Coordinadores de Clústeres  | Meses 1 a 3 / continuo   |
| Establecer un grupo de trabajo liderado por el CH para revisar regularmente el progreso de los esfuerzos   | CH, OPS/OMS, UNICEF, CHA/OCHA   | Meses 1 a 3 / continuo   |
| Movilizar recursos y establecer comunicación regular con donantes  | OCHA  | Meses 2 a 3              |
| Asegurar coordinación con las autoridades competentes  | CH, CH Adjunto, OPS/OMS   | Meses 1 a 3 / continuo   |
| Monitorear la implementación del plan intersectorial y producir informes de situación regulares  | OCHA, Coordinadores de Clústeres  | Meses 2 a 3              |
| Identificar voceros/as   | Taskforce de comunicación del Grupo Inter-agencial de comunicación para la COVID-19 del SNU y Grupo de Comunicación Humanitaria | Primer mes               |
| Lecciones aprendidas / After Action Review   | OCHA, Coordinadores de Clústeres  | Al final de la respuesta |

## Componente 6: Continuidad y adaptación de las operaciones humanitarias y acceso humanitario

### Situación

- Las medidas tomadas para evitar la transmisión de la COVID-19, incluyendo medidas de distanciamiento y la cuarentena social, han creado **retos para la continuidad de las operaciones humanitarias**. El Sistema de las Naciones Unidas ha activado Planes de Continuidad de Operaciones con modalidades de trabajo remoto y asistencia a oficinas de personal esencial. Algunos actores humanitarios en el terreno han suspendido operaciones para minimizar riesgos de contagio al personal y a los beneficiarios. Otras organizaciones reportan continuidad en actividades, aunque con retos logísticos y de acceso debido a la 'cuarentena social', que se manifiesta en limitaciones de movimientos por un aumento de puntos de control para pasar entre diferentes jurisdicciones. Las organizaciones humanitarias buscan un equilibrio entre la necesidad de prevenir la transmisión de la epidemia y el contagio del personal y/o de las personas beneficiadas vis-a-vis la importancia de atender a personas con necesidades vitales. Por lo tanto, se enfoca en la continuación de las operaciones humanitarias en aquellas que son para salvar vidas.
- Hay una preocupación generalizada por la falta de acceso a combustible en todo el país. En Zulia, todo el suministro ordinario de gasolina se encuentra suspendido, restringido únicamente a autoridades de seguridad y salud. En Táchira, el 15 de marzo se anunció que el suministro ordinario de la gasolina se suspende y eso afecta la capacidad de las organizaciones humanitarias a la hora de desarrollar actividades, la capacidad de movimiento de la población para acceder a servicios esenciales, y la capacidad de los productores rurales de distribuir alimentos.
- Los insumos para la distribución de alimentos preparados ya están subiendo de precios.
- La reducción de los movimientos y de las actividades puede tener un impacto sobre el acceso a información y la rendición de cuentas a comunidades.
- El cierre de los puntos de entrada internacional tiene un impacto sobre la llegada de insumos humanitarios. Los puertos, almacenes y agentes aduanales están operando de manera más limitada y con personal reducido. Esto puede generar demoras en los procesos relacionados a las autorizaciones para el ingreso de medicamentos e insumos críticos.
- El personal internacional de varias organizaciones apoyando la implementación del Plan de Respuesta Humanitaria se enfrenta a dificultades vinculadas a la suspensión de vuelos desde la mayoría de los países de origen. Se aplica el principio de quedarse y seguir con la asistencia. Sin embargo, algunos miembros del personal humanitario se encuentran en el país con visas vencidas o cercanas a vencer, lo que afectará su estatus legal en Venezuela (se está gestionando excepciones con las autoridades). Para no perder capacidad en la respuesta humanitaria, se quiere evitar que el personal humanitario tenga que salir del país o que no pueda regresar. La ausencia de un mecanismo de registro para las ONG internacionales en la legislación nacional limita su capacidad de respuesta ya que, sin personalidad jurídica en el país como organización internacional, no pueden importar bienes con facilidad, y obtener visados de trabajo para personal internacional. Se está gestionando convenios especiales entre las autoridades y ONG internacionales que permitan su presencia de forma legal y facilite su trabajo.
- La situación puede resultar en un aumento del estrés del personal humanitario, sobre todo el personal de salud y los equipos de trabajo en interacción con pacientes.

En este contexto, dada la vulnerabilidad de la población y el posible aumento de las necesidades humanitarias, es importante mantener el espacio humanitario y asegurar que las actividades humanitarias esenciales se puedan desarrollar en un nuevo contexto con la importancia de distanciamiento social. Al mismo tiempo, se debe priorizar el trabajo humanitario y enfocar en la continuidad de las actividades que permiten salvar vidas, particularmente en los sectores de salud y agua, saneamiento e higiene. Para esas actividades críticas que serán mantenidas, se debe explorar cómo implementarlas limitando la propagación del virus y protegiendo tanto al personal humanitario, como a las personas beneficiarias. Estas medidas adicionales para incluir la prevención y control de infecciones y asegurar una implementación responsable de las actividades esenciales, resultarán en un aumento de los costos de los proyectos.

**Las soluciones que se están gestionando para mitigar el impacto de las medidas preventivas sobre la acción humanitaria incluyen:**

## PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

- Gestionar autorizaciones de movimiento especiales (salvoconductos) para superar las dificultades de tránsito de las organizaciones humanitarias y para facilitar la movilización terrestre de carga esencial. Hasta el 31 de marzo, más de 250 salvoconductos han sido emitido por la Comisión Presidencial COVID-19.
- Avanzar en las discusiones para que los salvoconductos faciliten acceso a combustible.
- Apoyar en la búsqueda de soluciones para el personal expatriado de las ONG internacionales para que puedan permanecer trabajando en el país.
- Apoyar en la búsqueda de soluciones para regularizar la situación de las ONG internacionales en el país.
- Apoyar en la importación de insumos necesarios para lograr los objetivos del plan.

### Acciones claves generales

|   |   |
|---|---|
| Acción  | Actores humanitarios responsables de apoyar la respuesta    |
| Definir, actualizar y difundir lineamientos de la OPS/OMS para el personal de las organizaciones humanitarias   | OPS/OMS   |
| Definir, actualizar regularmente y difundir lineamientos sectoriales para la reorganización/priorización de las actividades   | Coordinadores de Clústeres                                  |
| Monitorear la situación de acceso e incidir para el acceso de las organizaciones humanitarias y la facilitación de los movimientos de las organizaciones humanitarias y empresas transportistas | OCHA  |
| Brindar soporte psicológico al personal humanitario   | UNDSS, Grupo de trabajo de salud mental y apoyo psicosocial |
| Monitoreo de las condiciones de seguridad para el personal humanitario en cumplimiento de las acciones  | UNDSS   |

### Lineamientos para las actividades humanitarias

En este contexto, es importante desarrollar alternativas y reorganizar las actividades humanitarias para limitar la propagación del virus, y priorizar las operaciones en las actividades esenciales que contribuyen a la prevención y atención a la COVID-19 y a la mitigación del impacto de las medidas preventivas. La población retornada a Venezuela es especialmente vulnerable a la COVID-19, en parte por su movilidad. Durante la cuarentena estarán alojados en albergues temporales colectivos, con alta concentración de personas e instalaciones sanitarias compartidas que pueden presentar retos para mantener la distancia social recomendada, además de los riesgos de protección comunes en este tipo de alojamiento. Debido a su movilidad restringida durante la cuarentena, las personas retornadas necesitarán ayuda para cubrir sus necesidades básicas en este periodo.

#### Clúster

#### GENERALES

#### Pautas para socios para la continuidad / reorganización de actividades

- Suspender toda actividad que involucre la concentración de personas, como por ejemplo capacitaciones y actividades de sensibilización en comunidades.
- Reorganizar las reuniones con modalidades a distancia
- Difundir / conocer las guías elaboradas por OPS/OMS:
  - Procedimiento para la atención de casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en trabajadores humanitarios
  - Recomendaciones generales para prevención de la COVID-19 en oficinas
  - Recomendaciones generales para prevención de la COVID-19 en comunidad

### LOGÍSTICA

- Plan de suministros – anticipar posibles retrasos e interrupciones en la cadena de suministros sobre todo a nivel internacional y evaluar plan de adquisiciones alternativo
- Evaluar capacidad de los proveedores nacionales para anticipar posible escasez de suministros y explorar planes alternativos para la adquisición de los insumos críticos en la zona de operación
- Desarrollar procedimientos operativos estandarizados para el uso de salvoconductos o guías de movilización para el manejo y transporte de carga humanitaria
- Averiguar niveles de stocks humanitarios en el país y priorizar áreas de intervención
- Preparar planes de contingencia frente a interrupciones posibles de las cadenas de distribución asociadas a las medidas preventivas de las autoridades para la contención del virus (por ejemplo, transporte de carga cerca de la zona de entrega/comunidades asistidas, renta de almacenes en terreno, negociación con los proveedores para acordar mecanismos de trabajo y garantizar salvoconductos para los vehículos involucrados en el transporte y distribución de los insumos humanitarios, etc.).
- Asegurar que los proveedores respeten las reglas de higiene para el transporte y almacenaje de los insumos humanitarios y tomen en cuenta las medidas recomendadas por OPS para el manejo de la carga:
  - El uso de tapabocas y guantes no es necesario en caso de manejo de carga que llega de países afectados
  - Los guantes tienen que ser utilizados contra peligros mecánicos, por ejemplo, en el caso de superficies rugosas
  - El uso de los guantes no reemplaza la necesidad de medidas de higiene y de limpieza frecuente de las manos
  - Si necesario desinfectar insumos o paletas, el equipamiento regular es recomendado, sin que implique el uso de EPP adicional.

### AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE

#### Enfoque en las acciones prioritarias siguientes:

- ASH/PCI en establecimientos de salud
- Continuidad de actividades de distribución de agua por camión cisterna en sectores sin servicio
- Continuidad de actividades para mejorar el acceso al agua sostenible en sectores sin servicio
- Continuidad de provisión de insumos / equipos para la desinfección de agua al nivel sistema, y continuidad de servicio
- Promoción de prácticas de higiene personal, tratamiento y almacén de agua, aseo y PCI, a nivel hogar y para espacios públicos, a través de mecanismos preexistentes que minimizan riesgos de propagación
- Apoyo técnico / material (si factible) ASH/PCI para espacios /servicios públicos
- Apoyo a hogares en artículos de higiene/PCI:
  - Con casos o en cuarentena con clústeres de casos (si pertinente)
  - Vulnerables

#### Lineamientos generales para actividades:

- Página de referencia - Clúster WASH Global para COVID19 (por la mayoría en inglés): <https://docs.google.com/document/d/1YXrH8kQn8NGJOXOkpdxW-stsTsxM9L0PSRyMPkhNnOc/edit?usp=sharing>
- Biblioteca técnica (en construcción) ASH para COVID19 (por la mayoría en español) aquí: <https://www.humanitarianresponse.info/operations/venezuela/aqua-saneamiento-e-higiene>

**Lineamientos específicos:**

- En colaboración con otros clústeres pertinentes, el clúster ASH contribuirá al desarrollo de lineamientos para integrar elementos claves de PCI en las actividades críticas del clúster ASH y otros.

**ALOJAMIENTO,  
ENERGÍA Y  
ENSERES**

**Acciones inmediatas:**

- Estandarizar y crear protocolos de higiene y asesoría de aplicación a espacios de alojamiento temporal. Mejorar las condiciones de higiene y los protocolos para personas en movilidad, que tienen recursos limitados y pernoctan en espacios de alojamiento temporal.
- De acuerdo con las funciones de coordinación del clúster, mapear los espacios de alojamiento temporal que se encuentran funcionales o que estén en proceso de rehabilitación, de los diferentes actores, incluyendo el Gobierno, incluyendo los espacios destinados a guardar la cuarenta preventiva para mejorar el mecanismo de coordinación entre los diferentes actores.
- Adaptar los kits destinados a personas en movilidad con necesidades específicas y los kits de hábitat para responder a la emergencia COVID-19, tomando en consideración los estándares Esfera, incluyendo artículos de control y prevención de infecciones (PCI) que contengan mascarillas .
- Hacer enlace con las autoridades gubernamentales relevantes para construir y mantener espacios de alojamiento seguros en zonas fronterizas, especialmente para personas en movilidad y retornadas.
- Adaptar espacios de alojamiento temporal en zonas fronterizas y en otras ubicaciones clave para proveer alojamiento seguro a personas en necesidad por largos períodos, proporcionando soluciones a mediano plazo para las personas afectadas por la emergencia COVID-19 que no pueden moverse a otro estado debido a las medidas preventivas, como la cuarentena.
- Distribuir lámparas solares y proponer fuentes secundarias de generación de energía para centros de salud en áreas remotas sin acceso regular a la red eléctrica nacional.
- Distribuir kits de higiene con artículos de PCI (incluyendo mascarillas y guantes), en espacios de alojamiento temporal, en centros de atención para personas adultas mayores, en ambulatorios. En coordinación con el Clúster de Salud, desarrollar lineamientos para centros de adultos mayores.
- Página web del Clúster de Alojamiento para Venezuela con documentos de referencia incluyendo lineamientos globales:  
<https://www.sheltercluster.org/venezuela/emergencia-covid-19>
- Mapeo de los espacios de alojamiento temporal:  
[https://bit.ly/ClusterAlojamiento\\_mapaespacios](https://bit.ly/ClusterAlojamiento_mapaespacios)

**EDUCACIÓN**

Ante la epidemia de la COVID-19 en el país las autoridades educativas decidieron continuar de manera no presencial lo que resta del año escolar, como medida preventiva. Para garantizar el derecho a la educación el Ministerio del Poder Popular para la Educación (MPPE) ha reprogramado sus acciones por medio del Programa “Cada Familia, Una Escuela” pasando a modalidad no presencial todas las actividades regulares para asegurar la continuidad de los servicios<sup>9</sup>.

El clúster ha seguido mismo línea, y además ha priorizado sus acciones de acuerdo con tres ejes estratégicos para la gestión y respuesta a la emergencia: continuidad de aprendizajes, preparación, y retorno a clases.

<sup>9</sup> <http://me.gob.ve/index.php/item-web/2-uncategorised/6637-cada-familia-una-escuela>

El primer eje de **continuidad de aprendizaje** corresponde al conjunto de acciones inmediatas dirigidas a garantizar las oportunidades de educación a NNA en el país. Esta tiene las siguientes áreas prioritarias:

- Apoyar la continuidad educativa y el aprendizaje a distancia mediante formatos que aseguran la accesibilidad de todos y todas los NNA en equidad de condiciones por medio de sesiones pedagógicas autodirigidas con acompañamiento, complementado con recursos abiertos para el uso formativo del tiempo libre y provisión de material de aprendizaje individual.
- Asegurar la comunicación y difusión de mensajes clave en temas como relevancia de la educación en el hogar, prevención y afrontamiento de la enfermedad, protección, disciplina positiva y salud e higiene a través de materiales tradicionales y recursos no convencionales.
- Acompañar a las familias y fortalecer sus capacidades para abordar las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial durante la emergencia, a partir de pedagogías y didácticas lúdicas diseminadas en la población.
- Velar por las y los más vulnerables mediante la continuidad del programa de alimentación escolar durante la emergencia, en modalidades acordes a los estándares de prevención y protección.

El segundo eje de **preparación** son acciones dirigidas a preparar las condiciones en la institucionalidad escolar para el regreso a la escuela. Aquí las áreas prioritarias son:

- Apoyar las capacidades docentes para llevar adelante con calidad y pertinencia la implementación de la modalidad a distancia, entregar herramientas para su autocuidado y, competencias para una plena acogida en el retorno a clases.
- Coordinar a nivel nacional y local para una respuesta coherente planes de contingencia nacional y local que incluyen la prevención de la COVID-19 y la acogida de retorno a clases asegurando la permanencia y continuidad de las y los NNA.

El tercer eje de **retorno a clases** son las actividades dirigidas a la recuperación del sistema y facilitar una acogida apropiada de los NNA a las escuelas. En estas áreas prioritarias son:

- Apoyar las escuelas con materiales educativos para una recepción amigable y motivadora de los NNA en su regreso a clases.
- Apoyar a las y los docentes y otro personal educativo con becas de permanencia y mejoramiento para garantizar la retención y capacidades necesarias para la reapertura de las escuelas.

En estos tres momentos interconectados se ha planificado una asistencia técnica directa y permanente al MPPE y el programa “Cada familia una escuela” (desarrollo y distribución de materiales, planeación y monitoreo) para asegurar la sostenibilidad de la respuesta. Asimismo, actividades intersectoriales con ASH (distribución de kits de higiene, sensibilización y evaluación de infraestructura escolares para el retorno), Seguridad Alimentaria (protocolos de distribución de alimentos) y Protección (seguimiento a NNA diagnosticados de COVID-19, apoyo especializado en apoyo psico-social, seguimiento de casos de NNA en situación de aislamiento y prevención de VbG una vez levantada la cuarentena), entre otros, para garantizar su integralidad.

Acciones inmediatas:

- Mapeo de capacidades para la respuesta educativa frente a la COVID-19<sup>10</sup>
- Seminario virtual: Alternativas para la continuidad educativa ante el cierre preventivo de escuelas por la COVID-19, 26 de marzo 2020, Venezuela<sup>11</sup>
- Seminario virtual: Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS): acciones comunes ante la COVID-19, Venezuela<sup>12</sup>

### NUTRICIÓN

La estrategia de nutrición se está asegurando en los servicios de salud, como la atención primaria en salud. La respuesta prioritaria es evitar el contagio de los grupos vulnerables (embarazadas, lactantes y niños menores de 5 años y escolares) y minimizar el impacto de la COVID-19 en el estado nutricional en los grupos vulnerables. Las jornadas comunitarias en donde se convoca a las familias, para búsqueda y detección activa de casos de desnutrición, fueron suspendidas.

- Apoyo a la comunicación de mensajes a la población para evitar el contagio, y de higiene a nivel de hogar a través de medios de comunicación, redes sociales.
- Priorizar los hospitales y ambulatorios de mayor atención a nivel de estado para referencia de niños y niñas desnutridos agudos y asegurar el seguimiento al tratamiento de la desnutrición aguda moderada y severa.
- Asegurar la provisión de insumos nutricionales a través de socios para el tratamiento y seguimiento de la desnutrición aguda moderada y severa.
- Apoyo al sistema de salud para la atención y manejo de desnutrición aguda moderada y severa a través del apoyo de socios implementadores que brinden servicios de detección, tratamiento y seguimiento a casos de desnutrición.
- Prevenir y mitigar los impactos secundarios de la COVID-19: búsqueda activa de casos de desnutrición aguda a nivel comunitario a través de jornadas, después de la fase de prevención del contagio.
- Continuar con el fortalecimiento de habilidades de personal de salud para las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño, después de la fase de protección de individuos a la exposición de COVID-19.

### PROTECCIÓN

- Articulación con contrapartes institucionales para asegurar una respuesta para los grupos vulnerables y para la mitigación de riesgos de protección.
- Provisión de servicios críticos de protección y asistencia humanitaria urgente a las poblaciones más vulnerables, incluyendo monitoreo, reporte y respuesta a casos que impacta la protección de las personas.
- Establecimiento de líneas de asistencia telefónica para asesoría individual de casos de protección en coordinación con las instituciones.
- Desarrollar mensajes clave, guías orientativas y otro material de sensibilización, información y capacitación – incluso modalidades de prestación de servicios de protección especializados, incluyendo violencia de género y niños, niñas y adolescentes, asesoría individual y asistencia humanitaria de emergencia durante la cuarentena - para la atención de las poblaciones más vulnerables ante el contagio de COVID 19 y de los actores humanitarios, incluso en cooperación con los entes competentes del Estado y el Grupo de comunicación de las Naciones Unidas.
- Apoyo técnico a los otros Clústeres en el desarrollo de guías y otro material cuando necesario.
- Sensibilización contra el estigma y discriminación, y difusión de información sobre prevención de la COVID y procedimientos en caso de sospecha,

<sup>10</sup> <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/venezuela/infographic/mapeo-de-capacidades-para-la-respuesta-educativa-frente-al-covid-19>

<sup>11</sup> <https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/venezuela/document/sistematizaci%C3%B3n-seminario-virtual-alternativas-para-la-continuidad>

<sup>12</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=qZxq27SBABk>

adaptados al contexto local priorizando las comunidades, incluso a través de campañas radiofónicas y el uso de las redes sociales como relevantes.

- Monitoreo del impacto de la situación sobre los riesgos de protección diferenciados por género, edad, discapacidad, incluso los casos de discriminación en el acceso a servicios, con un enfoque en las zonas de fronteras y comunidades, e identificación de estrategias de mitigación de riesgos en colaboración con otros Clústeres.
- Desarrollar con el Clúster Salud un grupo de trabajo sobre salud mental y apoyo psicosocial, para identificar las necesidades en esta área, desarrollar materiales en coordinación con la Taskforce de Comunicaciones, e identificar rutas de atención y servicios.

### SALUD

#### **Acciones enfocadas en las organizaciones humanitarias:**

- Elaboración de recomendaciones generales para prevención de la COVID-19 en oficinas.
- Establecimiento de un canal de comunicación permanente con los socios del clúster salud (chat) como plataforma para compartir información oficial y para aclarar dudas acerca de la prevención, diagnóstico y tratamiento de COVID-19.
- Asegurar mecanismos de afrontamiento y manejo del estrés laboral por la tensión propia de la situación y de largas jornadas laborales.
- Asegurar y estandarizar insumos básicos de protección para el conjunto de los trabajadores de las sedes y las Oficinas de Terreno,
- Asegurar provisión de agua, e insumos de aseo e higiene para el personal esencial en especial en los sitios de trabajo.
- Asegurar las condiciones de saneamiento básico en las instalaciones.
- Definir mínimos necesarios en previsión a situaciones en las que sea necesario que el personal esencial deba permanecer por largas jornadas en los espacios laborales.
- Definir una red de salud a la que puedan ser referidos los trabajadores en caso de resultar afectados por la COVID-19.

#### **Prioridades para la continuidad de operaciones:**

- Reorganización de los servicios de salud dando prioridad a los servicios críticos.
- Priorización de hospitales para la atención de COVID-19.
- Apertura de líneas de atención a la población en general para resolver dudas, reporte de casos, etc.
- Negociación con socios financiadores para la extensión de plazos para la implementación de las acciones y rendición de reportes.
- Ajustes a las actividades previstas en los proyectos, orientándolas a fortalecer la respuesta ante COVID-19.

#### **Actividades prioritarias en el Clúster:**

- Compra, distribución y/o entrega a hospitales y ambulatorios de equipamiento, insumos, medicamentos, equipos de protección personal para el manejo de casos sospechosos, probables y confirmados de COVID-19.
- Elaboración y/o distribución y/o publicación de información de COVID-19 para viajeros, trabajadores de salud y/o comunidad en general
- Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en prevención, detección y manejo de casos de COVID-19.
- Fortalecer las capacidades comunitarias en materia de promoción de la salud, prevención y atención de casos de COVID-19.
- Atención de casos sospechosos, probables y confirmados de COVID-19 (medicina general, medicina especializada, enfermería, salud mental y psicosocial, nutrición, apoyo terapéutico)

- Apoyar el fortalecimiento de sistemas de información y vigilancia epidemiológica (incluye operatividad de los Comités de Infecciones)
- Realizar acciones de monitoreo de los cambios de situación, necesidades de recursos, disponibilidad de servicios, y aplicación de protocolos en comunidad y establecimientos de salud.

### **SEGURIDAD ALIMENTARIA**

- Mantenimiento de los programas de distribución de alimentos en escuelas, hospitales y comedores evitando la alta concentración de personas.
  - Entregar comidas para llevar.
  - Distribución de comida a grupos pequeños, de manera desconcentrada.
  - Conversión de parte de la distribución de alimentos preparados en alimentos no preparados.
  - Pasar parte de la distribución de alimentos a programas de transferencias monetarias, a partir de la reevaluación de la canasta básica y en relación a la evolución de la situación.
- Mantenimiento de los programas de transferencias monetarias y apoyo alimentario a las familias.
- Acompañamiento de la disponibilidad de alimentos en las zonas de intervención de los socios.
- Mapeo nacional de abastos de alimentos para reducir el riesgo de aumento de precios por desabastecimiento en localidades específicas.
- Utilización de medios remotos para la organización de formaciones en los temas de seguridad alimentaria, nutrición y producción de alimentos.

# ANEXOS

## Monitoreo

El monitoreo del plan intersectorial se hará a través de una herramienta Kobo, en la cual fueron incluídas las actividades críticas de los Clústeres:

<https://ee.humanitarianresponse.info/x/#bEz1a9Qz>

Se solicitará un reporte en la herramienta cada dos semanas, que contribuirá a la elaboración del informe de situación.

## Requerimientos Financieros

La metodología para estimar el costo del Plan está basada en las actividades de Salud, ASH, y comunicación de riesgo y movilización social.

- Los costos de salud se basan en una estimación del costo promedio para la adquisición y reparación de equipos, insumos, medicamentos, consumibles y otros artículos esenciales, para la atención pre-hospitalaria, el pre-triage, el triaje, las salas de reanimación, los servicios de emergencia, los cuidados intermedios y la unidad de cuidados intensivos, la capacitación y la logística.
- Los costos para la vigilancia epidemiológica y de laboratorio incluyen recursos humanos, logística, insumos, reactivos, equipos de laboratorio y de protección personal, y capacitación.
- Los costos de intervenciones ASH/PCI en hospitales están basados en un costo promedio para intervenciones ASH/PCI en hospitales, incluyendo suministro de agua (pozos, rehabilitaciones, bombas, tanques, etc.) y servicios críticos (almacén de agua, puntos de lavado de manos e insumos, rehabilitación de baños, insumos y materiales de limpieza, insumos y materiales para la segregación de los desechos).
- Los costos de intervenciones ASH en comunidades se basan en un costo promedio para el paquete ASH por beneficiario. El número de beneficiarios ha sido identificado en base al número de personas con necesidad en ASH viviendo en zonas urbanas (mayor densidad de población) en los diez estados prioritarios, y a la capacidad operacional de respuesta en base a las metas del HRP 2020. Se prevé alcanzar una población meta de aproximadamente 510,000 personas en agua, saneamiento e higiene.
- Los costos de las actividades de comunicación se basan en estimaciones para llevar a cabo las acciones clave (diseño e impresión de materiales de comunicación, realización y diseminación de spots radio, envío SMS, distribución y transporte de materiales, traducción en idiomas de pueblos indígenas, etc.), con un enfoque en las poblaciones vulnerables en las zonas prioritarias definidas por ASH y Salud, tomando en cuenta que algunas de las actividades podrán alcanzar una cobertura nacional (campañas por redes sociales, etc.).
- Los costos para el apoyo a los centros de alojamiento temporal se calcularon a partir de un costo promedio de rehabilitación de los centros prioritarios, el costo promedio de asistencia por persona para 15 días de cuarentena en los centros de alojamiento temporales, incluyendo alimentación, enseres básicos y ASH/PCI, y el costo de mantenimiento del centro. En una primera fase, se estima la necesidad de apoyar la rehabilitación de 23 centros de alojamiento temporal prioritarios (18 centros con rehabilitaciones menores, y 5 centros con rehabilitaciones mayores, a partir de una evaluación de la capacidad existente), y asistir a 20.000 personas durante una primera fase.

El costo de las demás actividades críticas está en el HRP. Sin embargo, bajo esta situación se anticipa un posible aumento de costos por la reorganización de algunas actividades ya previstas en el HRP, y por la adopción transversal de actividades de prevención y control de infecciones en los proyectos de los Clústeres. Esto es para asegurar una implementación responsable de las actividades críticas (incluso con manejo de residuos, distribución de materiales de limpieza, capacitación del personal sobre PCI, distribución de EPP, promoción de higiene, puntos de lavado de mano, etc.).

## PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

| Rubro   | Costo (USD)       |
|---|-------------------|
| Salud - Vigilancia epidemiológica y de laboratorio  | 9.350.000         |
| Salud - intervenciones en 14 hospitales prioritizados   | 29.800.000        |
| ASH - intervenciones ASH / PCI en 16 hospitales prioritizados   | 3.200.000         |
| ASH - intervenciones ASH / PCI en comunidades prioritizadas en 10 estados   | 16.250.000        |
| Comunicación de riesgo y movilización social  | 1.200.000         |
| Alojamiento - rehabilitaciones en 23 centros de alojamiento temporal  | 4.100.000         |
| Alojamiento / ASH / Seguridad alimentaria - apoyo en centros de alojamiento temporal para 20.000 personas durante 15 días | 6.750.000         |
| Acompañamiento técnico y logística  | 1.450.000         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>72.100.000</b> |

### Lista de fuentes de información / recursos útiles

Todos los materiales de comunicación disponibles provenientes de fuentes de información confiables se pueden encontrar a los siguientes enlaces:

- Ministerio del Poder Popular para la Salud ha compartido dos carpetas, para los protocolos y documentos técnicos:  
[https://drive.google.com/drive/folders/1\\_u1iHDwvC7gcNV01sIRQw9\\_GXpYMFdC9](https://drive.google.com/drive/folders/1_u1iHDwvC7gcNV01sIRQw9_GXpYMFdC9)
- Y para los materiales informativos y para redes sociales:  
<https://drive.google.com/drive/folders/1oBbYw3KGg-k8W4K68yC2b2aqq5ocxNHI>
- Sitio web de OPS: [www.paho.org/coronavirus](http://www.paho.org/coronavirus)
- Trello Board con materiales de comunicación oficiales para el COVID19:  
[tps://trello.com/b/snT6vSCu/covid-19](https://trello.com/b/snT6vSCu/covid-19)

### Lista de 46 hospitales y centros centinelas

| HOSPITALES Y CENTROS CENTINELAS PARA EL CORONAVIRUS* |            |  |      |                 |
|--|------------|--|------|-----------------|
| Nº   | ESTADO     | ESTABLECIMIENTOS DE SALUD                          | TIPO | UBICACIÓN       |
| 1  | AMAZONAS   | JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ                            | II   | PTO. AYACUCHO   |
| 32   | ANZOATEGUI | LUIS RAZETTI                                       | IV   | BARCELONA       |
| 33   | ANZOATEGUI | FELIPE GUEVARA ROJAS                               | III  | EL TIGRE        |
| 24   | APURE      | PABLO ACOSTA ORTIZ                                 | III  | SAN FERNANDO    |
| 6  | ARAGUA     | CENTRAL DE MARACAY                                 | IV   | MARACAY         |
| 7  | ARAGUA     | CDI LUCHADORES POR LA SALUD                        | CDI  | MUNICIPIO LAMAS |
| 25   | BARINAS    | LUIS RAZETTI                                       | III  | BARINAS         |
| 2  | BOLIVAR    | RUIZ Y PÁEZ  | IV   | CIUDAD BOLÍVAR  |
| 3  | BOLIVAR    | HOSPITAL ROSARIO VERA ZURITA SANTA ELENA DE UAIRÉN | II   | GRAN SABANA     |
| 4  | BOLIVAR    | RAUL LEONI (IVSS)                                  | III  | CARONÍ          |
| 8  | CARABOBO   | CIUDAD HOSPITALARIA "DR.ENRIQUE TEJERA"            | IV   | CANDELARIA      |
| 9  | CARABOBO   | HOSPITAL MOLINA SIERRA                             | III  | PUERTO CABELLO  |
| 10   | CARABOBO   | HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR                             | III  | MARIARA         |

PLAN INTERSECTORIAL DE PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A LA COVID-19

|    |                  |   |     |   |
|----|------------------|---|-----|---|
| 26 | COJEDES          | EGOR NUCETTE  | II  | SAN CARLOS  |
| 5  | DELTA AMACURO    | LUIS RAZETTI  | II  | TUCUPITA  |
| 12 | DISTRITO CAPITAL | JOSE INGNACIO BALDO EL ALGODONAL                    | IV  | PARROQUIA ANTÍMANO  |
| 13 | DISTRITO CAPITAL | HOSPITAL LEOPOLDO MANRIQUE TERRERO (HOSP. DE COCHE) | IV  | PARROQUA COCHE  |
| 14 | DISTRITO CAPITAL | JESÚS YERENA  | III | LÍDICE  |
| 42 | FALCÓN           | ALFREDO VAN GRIEKEN                                 | IV  | CORO  |
| 27 | GUARÍCO          | ISRAEL RANUAREZ BALZA                               | III | S.J. DE LOS MORROS  |
| 28 | GUARÍCO          | SIMÓN BOLÍVAR                                       | II  | VALLE DE LA PASCUA  |
| 29 | GUARÍCO          | HOSPITAL FRANCISCO URDANETA DELGADO                 | II  | CALABOZO  |
| 21 | LA GUAIRA        | HOSPITAL RAFAEL MEDINA JIMENEZ                      | II  | PARIATA   |
| 22 | LA GUAIRA        | CDI GUARACARUMBO                                    | CDI | CATIA LA MAR  |
| 23 | LA GUAIRA        | DR. JOSE MARIA VARGAS                               | S/C | MACUTO  |
| 43 | LARA             | JOSÉ VELÁSQUEZ MAGO                                 | S/C | SARARE  |
| 44 | LARA             | CDI SAN JACINTO                                     | CDI | MUNICIPIO IRIBARREN                                       |
| 38 | MERIDA           | UNIVERSITARIO DE LOS ANDES                          | IV  | MÉRIDA  |
| 39 | MERIDA           | EL VIGIA HUGO CHÁVEZ FRÍAS                          | II  | MÉRIDA  |
| 15 | MIRANDA          | VICTORINO SANTAELLA                                 | IV  | LOS TEQUES  |
| 16 | MIRANDA          | SIMÓN BOLÍVAR                                       | S/C | VALLES DEL TUY  |
| 17 | MIRANDA          | EUGENIO P. DE BELLARD                               | II  | GUATIRE   |
| 18 | MIRANDA          | HOSP. DOMINGO LUCIANI                               | IV  | EL LLANITO, PETARE  |
| 19 | MIRANDA          | ANA FRANCISCA PEREZ DE LEÓN II                      | II  | PETARE  |
| 20 | MIRANDA          | HOSPITAL GENERAL DE HIGUEROTE                       | II  | AV UNIVERSIADAD FINAL ENTRADA A LA URB 3 JUNIO. LA VELITA |
| 34 | MONAGAS          | MANUEL NUÑEZ TOVAR                                  | IV  | MATURÍN   |
| 36 | NUEVA ESPARTA    | CDI VALLE VERDE                                     | CDI | MUNICIPIO GARCÍA  |
| 37 | NUEVA ESPARTA    | LUIS ORTEGA   | IV  | NVA ESPARTA   |
| 30 | PORTUGUESA       | JESÚS MARÍA CASAL R.                                | III | ARAURE/ACARIGUA   |
| 31 | PORTUGUESA       | MIGUEL ORAÁ   | III | GUANARE   |
| 35 | SUCRE            | ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ                          | IV  | CUMANÁ  |
| 40 | TACHIRA          | UNIVERSITARIO DE SAN CRISTÓBAL                      | IV  | SAN CRISTÓBAL   |
| 41 | TRUJILLO         | PEDRO EMILIO CARRILLO                               | IV  | VALERA  |
| 11 | YARACUY          | PLÁCIDO RODRÍGUEZ R.                                | III | SAN FELIPE  |
| 45 | ZULIA            | UNIVERSITARIO DE MARACAIBO (M.S.)                   | IV  | P. JUANA DE AVILA   |

|    |       |                     |     |       |
|----|-------|---------------------|-----|-------|
| 46 | ZULIA | HOSP. SANTA BARBARA | III | COLÓN |
|----|-------|---------------------|-----|-------|

\*Lista sujeta a ser actualizada

## Lista de centros de alojamiento temporal

Mientras todavía no se han identificado todos los centros de alojamiento temporal para personas retornadas, a nivel nacional, se ha mapeado 71 centros de alojamiento temporal en 7 estados (Amazonas, Apure, Bolívar, Carabobo, Sucre, Táchira, Zulia) con una capacidad total de 3.664 personas.

Este mapeo está actualizado regularmente y se puede consultar al enlace siguiente:

<http://unhcr.maps.arcgis.com/apps/opstdashboard/index.html#/697aae3a1f8f4ff58ce4c5d7761fabd1>

## Lista de contactos clave

### VENEZUELA - CONTACTOS DE COORDINACIÓN HUMANITARIA DE PAÍS

| Coordinación Intersectorial   | Agua, Saneamiento e Higiene  | Salud   | Alojamiento, Energía y Enseres  | Nutrición  | Logística   |
|---|--|---|---|--|---|
| <p><b>Cynthia Viveros-Cano</b><br/>viveros-cano@un.org<br/>+41 76 691 10 61 (WA)</p>  | <p><b>David Alford</b><br/>dalford@unicef.org<br/>+41 763983587 (WA)</p>                 | <p><b>María Mercedes Muñoz</b><br/>munozmar@paho.org<br/>+58 4242104008</p>     | <p><b>Adriana Durán</b><br/>coord.venezuela@sheltercluster.org<br/>+58 412 9386676</p> <p><b>Emigdio Filardi</b><br/>filardig@unhcr.org<br/>+58 424 1137287</p> <p><b>Luis Pardo</b><br/>im.venezuela@sheltercluster.org<br/>+58 4242182515</p> | <p><b>Mónica Rodríguez</b><br/>morodriguez@unicef.org<br/>+58 2122864094<br/>+502 59780366 (WA)</p>      | <p><b>Valentina Signori</b><br/>valentina.signori@un.org<br/>+58 424 2398 735<br/>+39 347 1370 273 (WA)</p> |
| <p><b>Gabriel Dicelis</b><br/>dicelis@un.org<br/>+58 4143383883<br/>+55 11986347434 (WA)</p>  | <p><b>Seleen Suidman</b><br/>wash_ven@redhum.org<br/>+31 615341689 (WA)</p>              | <p><b>Patricio Yopez</b><br/>yopezcpat@paho.org</p>                             |   | <p><b>Karol Ramirez</b><br/>kramirez@unicef.org<br/>+962 777265415 (WA)</p>                              |   |
| <p><b>Henry Renna</b><br/>educacion.ven@redhum.org<br/>+56 997640166 (WA)</p> <p><b>Sussana Urbano</b><br/>sussana.urbano@savethechildren.org</p> | <p><b>Mauricio Pretto</b><br/>mauricio.prettopereiraneves@fao.org<br/>+58 4241573053</p> | <p><b>Michele Simone</b><br/>simone@unhcr.org<br/>+58 4148177403</p>            | <p><b>Maria Ysabel Cedeño</b><br/>cedeno@unfpa.org<br/>+58 4148177403</p> <p><b>Cristina Palacios</b><br/>cpalacios@unfpa.org<br/>+34 646027597 (WA)</p>  | <p><b>Dominique de Juriew</b><br/>ddejuriew@unicef.org<br/>+58 4149235586<br/>+33 785994187 (WA)</p>     |   |
| <p><b>Fredrick Hanga</b><br/>hangatuma@gmail.com<br/>+254 734904751 (WA)</p>  | <p><b>Javier Manrique</b><br/>pedro.manriquesanabria@fao.org<br/>+57 3212581160 (WA)</p> | <p><b>Luis Pardo</b><br/>im.venezuela@sheltercluster.org<br/>+58 4242182515</p> | <p><b>Luis Pardo</b><br/>im.venezuela@sheltercluster.org<br/>+58 4242182515</p>   | <p><b>James Nightingale</b><br/>jnightingale@unicef.org<br/>+58 414 906 3092<br/>+265 997068812 (WA)</p> |   |
| <p><b>Educación</b></p>   | <p><b>Seguridad Alimentaria y Medios de Vida</b></p>                                     | <p><b>Protección</b></p>  | <p><b>Protección ADR Violencia de Género</b></p>  | <p><b>Protección ADR Niños, Niñas y Adolescentes</b></p>   |   |