

RECONSTRUCCIONES DE LA TEORÍA DE CAMBIO

Contenido

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA TEORÍA DE CAMBIO IMPLÍCITA DEL PROYECTO (Tdc 1)	2
III.	DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS DEL CAMBIO	7
IV.	PRIMEROS AJUSTES A LA Tdc IMPLÍCITA SEGÚN REVISIÓN DOCUMENTAL PRELIMINAR	11
V	INTERPRETACIÓN GRÁFICA Y NARRATIVA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO Tdc (2)	17
VI	DESCRIPCIÓN NARRATIVA DE LA GRÁFICA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO. (Tdc 2)	20
VII	TEORÍA DE CAMBIO REVISADA (Tdc 3)	23
VIII	DESCRIPCIÓN DE LA TEORÍA DE CAMBIO REVISADA. (Tdc 3)	25

I. INTRODUCCIÓN

En el marco de la evaluación ex post del proyecto “Asistencia y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres y Niñas Migrantes y Refugiadas de Venezuela y Comunidades de Acogida en Colombia y Ecuador”, el equipo evaluador presenta en este documento los diferentes ejercicios relacionados con el uso de la teoría de cambio como herramienta que orientó parte del proceso evaluativo.

En una primera parte se presenta la reconstrucción de la teoría implícita del proyecto (TdC 1), es decir, la primera interpretación de las hipótesis de cambio que sustentan la manera en que las actividades realizadas dan lugar a los diferentes niveles de resultados en un contexto específico. El ejercicio se hizo a partir de una revisión documental preliminar que incluyó la revisión del documento de proyecto, informes de ejecución y reportes de socios implementadores, principalmente. Esta reconstrucción se presenta de forma gráfica y se acompaña de una explicación detallada de las hipótesis de cambio implícita del proyecto y de algunos hallazgos preliminares en relación con la matriz de resultados del proyecto.

En un segundo momento, cuando la fase de recolección de información había concluido, el equipo evaluador elaboró una segunda representación gráfica de la Teoría de cambio (TdC 2) como una herramienta de análisis de uso interno. En esta, se reflejaron algunos hallazgos preliminares en relación con el nivel de ejecución de las actividades, la mayor o menor claridad sobre la relación de causalidad entre algunos niveles de resultados y actividades, así como la identificación de factores internos y externos que pudieron favorecer o entorpecer el logro de resultados. Esta representación gráfica también se acompaña de una explicación en detalle de los hallazgos preliminares.

Por último, una vez culminada la fase de análisis, se elaboró una tercera representación gráfica de la TdC revisada (TdC 3). En esta, se presenta una versión ajustada en la que se plantea la manera y supuestos bajo los cuales el proyecto habría logrado un mejor desempeño.

II. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA TEORÍA DE CAMBIO IMPLÍCITA DEL PROYECTO (TdC 1)

En la siguiente tabla se resume de manera gráfica la lógica de la intervención, según la interpreta el equipo consultor, en función de los documentos revisados. Esta primera reconstrucción sugiere algunos ajustes a la matriz de resultados (en letra verde) y plantea algunas primeras inquietudes frente a nexos causales (en letra roja).

Objetivo general. Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador gozan plenamente de su derecho a la SSR y a vivir libres de violencia

Se acercan la demanda y la oferta de servicios en SDR y VBG
Las instituciones adquieren plena consciencia de las necesidades específicas de personas en situación de movilidad y tienen capacidad de responder ante ellas
Se eliminan las barreras de acceso a servicios

Efecto 1. Las mujeres, las adolescentes, y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador ejercen su capacidad de agencia y demandan servicios de SSR y atención a la VBG, y las OBC y liderazgos comunitarios promueven estos derechos y servicios.

Efecto 2. Mejorado el acceso de las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador a servicios integrales de salud sexual y reproductiva con enfoque de género.

Efecto 3. Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y en las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador sobrevivientes de VBG, incluida la trata de personas, la explotación y el abuso sexual, mejoran su acceso a servicios de atención médica y referenciación con enfoque de género.

Empoderamiento
Autoconfianza
Participación
Transformación valores
Desnaturalización VBG

Producto 1.1. Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador han mejorado sus conocimientos para exigir y ejercer su SDR y una vida libre de VBG.

Producto 1.2. Las OBC y liderazgos locales en Colombia y Ecuador mejoran sus capacidades para promover servicios integrales de SSR y atención a la VBG con perspectiva de género.

Sensibilidad ante necesidades y barreras
Transformación de valores frente a la migración y derechos de población migrante
Capacidad de respuesta diferenciada

Producto 2.1. Las autoridades nacionales y locales del sector salud en Colombia y Ecuador han mejorado el conocimiento y fortalecido las capacidades para la prestación de servicios integrales de SSR con perspectiva de género a mujeres, adolescentes y niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida.

Producto 2.2. Se fortalecen los mecanismos de coordinación entre las instituciones que brindan servicios de salud sexual y reproductiva para atender de forma integral y con perspectiva de género a las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador.

Producto 2.3. Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador han recibido servicios integrales de salud sexual y reproductiva sensibles al género.

Sensibilidad ante necesidades y barreras
Transformación de valores frente a la migración y derechos de población migrante
Desnaturalización de la VBG
Capacidad de respuesta diferenciada

Producto 3.1. Las autoridades nacionales y locales y los proveedores de servicios de atención a la VBG en Colombia y Ecuador han aumentado sus capacidades de prevención y respuesta con enfoque de género a la VBG, incluyendo la trata de personas, la explotación y el abuso sexual.

Producto 3.2. Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y en las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador que se encuentran en situación de vulnerabilidad reciben información segura, confidencial y oportuna sobre VBG, incluyendo la explotación, el abuso sexual y la trata de personas, así como atención integral con enfoque de género.

**Actividades Producto 1.1:**

- 1.1.1. Colombia. Fomentar iniciativas comunitarias de movilización social para la promoción de la SDR, como campañas de sensibilización para la promoción de SSR y recomendaciones establecidas.
- 1.1.2. Colombia. Implementar un programa de información y comunicación para la promoción de la SDR en las comunidades de acogida.
- 1.1.3. Ecuador. Diseñar y difundir mensajes clave sobre la prevención del embarazo en la adolescencia
- 1.1.4. Ecuador. Implementar estrategias de comunicación educativas para la prevención de la transmisión del ITS/VIH.
- 1.1.5. Ecuador. Implementar campañas de sensibilización.
- 1.1.6. Ecuador. Organizar diálogos sobre SSR.

Actividades producto 1.2:

- 1.2.1. Colombia. Formación de formadores para fortalecer las capacidades de las comunidades de acogida para promover los DSR, mediante Renacer, Plan Internacional y Genfamí.
- 1.2.2. Ecuador. Implementar formación destinadas a integrantes de los comités de usuarios de salud y líderes de los comités.
- 1.2.3. Ecuador. Fortalecer el proceso de planificación anual del comité de usuarios de salud
- 1.2.4. Ecuador. Desarrollar e implementar estrategias para la promoción de la SDR.
- 1.2.5. Crear o fortalecer espacios inclusivos para adolescentes, entre otros, personas vulnerables.

**Actividades producto 2.1:**

- 2.1.1. Colombia. Contratar 1 especialista en SSR y 2 profesionales a nivel local para proveer asistencia técnica a hospitales en la implementación del enfoque diferencial en la asistencia a personas migrantes y la población beneficiaria.
- 2.1.2. Colombia. Brindar apoyo y asistencia técnica a las entidades territoriales para la implementación de la atención en SSR y rutas de referencia a la población beneficiaria, y desarrollar procedimientos operativos estándar para la prestación de servicios de SSR sensibles al género mediante el socio implementador (Sinergias).
- 2.1.3. Desarrollar talleres técnicos con autoridades locales de salud para fortalecer capacidades en atención a la SSR.
- 2.1.4. Ecuador. Desarrollar análisis de situación en SSR.
- 2.1.5. Ecuador. Construir capacidades al personal del Ministerio de Salud Pública sobre atención a la SSR y DSR, y desarrollar procedimientos operativos estándar o protocolos técnicos sobre servicios de SSR sensibles al género.
- 2.1.6. Ecuador. Implementar formaciones destinadas a ONG y actores de cooperación internacional sobre atención en SSR.
- 2.1.7. Ecuador. Proveer asistencia técnica al Ministerio de Salud Pública y a gobiernos autónomos descentralizados.
- 2.1.8. Ecuador. Brindar asistencia técnica para la implementación de rutas de referencia en SSR.

Actividades para el producto 2.2:

- 2.2.1. Realizar reuniones binacionales para intercambiar experiencias sobre derechos y servicios de SSR para migrantes de Venezuela y comunidades de acogida.
- 2.2.2. Recabar información y desarrollar informes sobre buenas prácticas en materia de SDR para compartir entre Colombia y Ecuador.
- 2.2.3. La oficina de Panamá participa en reuniones de coordinación regional sobre salud, organizadas por el sector salud, en el marco del RMRP.

Actividades para el producto 2.3:

- 2.3.1. Brindar asesoría en anticoncepción y métodos anticonceptivos de larga duración o definitivos a las beneficiarias.
- 2.3.2. Colombia. Brindar atención en salud a madres y recién nacidos, incluyendo acciones para la prevención del aborto seguro y referencias.
- 2.3.3. Colombia. Implementar estrategias para la prevención y el cuidado de las ITS/VIH en la población migrante y grupos de riesgo.
- 2.3.4. Colombia. Elaborar una encuesta de comportamientos de riesgo con grupos focales de las comunidades de acogida.
- 2.3.5. Ecuador. Brindar servicios de consejería y métodos anticonceptivos.

**Actividades producto 3.1:**

- 3.1.1. Colombia. Capacitar a profesionales locales de salud en el protocolo de atención a sobrevivientes de violencia, incluida la atención, la consejería y la atención psicosocial.
- 3.1.2. Colombia. Contratar a dos profesionales para elaborar un diagnóstico sobre explotación y abuso sexual, y trata de personas y situaciones de abuso.
- 3.1.3. Colombia. Diseñar una hoja de ruta para la atención de víctimas de explotación y abuso sexual y trata de personas.
- 3.1.4. Ecuador. Desarrollar diagnósticos sobre VBG en los lugares meta.
- 3.1.5. Ecuador. Brindar asistencia técnica para revisar y actualizar rutas de referencia y protocolos de atención a la VBG en las esferas nacional y local.
- 3.1.6. Ecuador. Crear o actualizar módulos virtuales de capacitación sobre rutas de referencia y protocolos para la atención de la VBG destinados a las autoridades y ONG de primera línea.
- 3.1.7. Ecuador. Llevar a cabo actividades de construcción de capacidades destinadas al funcionariado público sobre espacios de apoyo para la implementación de servicios mejorados de atención a la VBG.
- 3.1.8. Ecuador. Sensibilización y capacitación sobre masculinidades a oficiales del sector públicos, ONG y cooperación internacional.
- 3.1.9. Ecuador. Fortalecer las capacidades técnicas del equipo psicosocial que brinda atención a sobrevivientes de VBG en las autoridades y las ONG y fortalecer sus capacidades sobre cómo manejar las emociones cuando brindan servicios.
- 3.1.10. Ecuador. Diseñar e implementar una estrategia de autocuidado para los equipos que brindan atención psicosocial a sobrevivientes de VBG
- 3.1.11. Panamá. Participar en las reuniones de coordinación interagencial del sector salud.

Actividades producto 3.2:

- 3.2.1. Colombia. Brindar atención y referencia a sobrevivientes.
- 3.2.2. Colombia. Brindar atención de emergencia y atención psicosocial a sobrevivientes de VBG con énfasis en violencia sexual, explotación sexual y trata de personas, mediante el socio implementador Profamilia.
- 3.2.3. Colombia. Capacitación a los comités institucionales locales contra la trata de personas para la identificación y atención a víctimas migrantes de explotación y abuso sexual y de trata de personas.
- 3.2.4. Colombia. Estrategia de sensibilización sobre el riesgo de explotación y abuso sexual y trata de personas.
- 3.2.5. Colombia. Sesión de capacitación con líderes locales de OSC para fortalecer capacidades sobre prevención de la explotación y el abuso sexual y de la trata de personas.
- 3.1.6. Colombia. Capacitar a los comités institucionales locales para prevenir la VBG, con énfasis en violencia sexual, explotación sexual y trata de personas, mediante los socios implementadores Renacer y Genfamí.
- 3.2.7. Colombia. Implementar la hoja de ruta para la atención y protección de víctimas de explotación y abuso sexual y de trata de personas.
- 3.2.8. Ecuador. Reuniones con las alcaldías sobre la prevención de la VBG y entrega de kits de dignidad a mujeres, adolescentes y niñas.
- 3.2.9. Ecuador. Difusión de las rutas de referencia a la población en situación de vulnerabilidad.
- 3.2.10. Ecuador. Atención legal y psicológica a sobrevivientes de VBG y población en riesgo.
- 3.2.11. Ecuador. Implementar iniciativas de sensibilización comunitaria sobre masculinidades.
- 3.2.12. Ecuador. Generar y distribuir material informativo sobre servicios.
- 3.1.13. Ecuador. Equipar a establecimientos de salud con suministros para responder a las necesidades clínicas de las sobrevivientes de VBG.

SUPUESTOS GENERALES

Supuestos clave (general). Ambiente político favorable. La legislación y las políticas públicas son favorables a la migración, la igualdad de género y el libre ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Voluntad política y disponibilidad de autoridades públicas nacionales y locales para participar en el proyecto. Compromiso de la población beneficiaria con el proyecto. Apertura de las comunidades para comprender e implementar las transformaciones en normas sociales necesarias para garantizar el disfrute pleno de los derechos sexuales y reproductivos y a vivir libre de violencia de la población beneficiaria. Condiciones de seguridad óptimas.

SUPUESTOS PARA PRODUCTOS

Para producto 1.1 La información divulgada se basa en evidencia y a favor de los DSDR; Campañas IEC se divulgan por canales adecuados; Las OBC implementan iniciativas comunitarias apegadas a DSDR e información basada en evidencia; No hay fuerte oposición a actividades de IEC.

Para producto 1.2 El ToT consigue que lideresas y miembros de CLOS transformen sus actitudes y valores frente a los DSDR y desnaturalicen la violencia; las lideresas formadas ya tienen trabajo comunitario o están motivadas para iniciarlo.

Para producto 2.1 Los diagnósticos realizados ofrecen información nueva y se hacen con participación de la institución (apropiación); la formación del personal se hace con base en SOP vigentes; las rutas de acceso a servicios de SDSR se construyen con todas las instituciones involucradas en la ruta; el personal formado tiene autoridad suficiente en la institución para incorporar mejoras en el servicio; la formación del recurso humano involucra a todo el personal o a una parte considerable de este.

Para producto 2.2 ya existe un mecanismo de coordinación para ser fortalecido o es posible/realista crear uno durante la vigencia del proyecto; las autoridades de salud de cada país están interesadas en fortalecer mecanismos de coordinación; la estabilidad política en ambos países permite construir progresivamente mecanismos de coordinación o fortalecer los ya existentes.

Para producto 2.3 Mujeres y adolescentes saben que los servicios están disponibles y cómo acceder a ellos; Las barreras de acceso son correctamente abordadas; Las mujeres no tienen que incurrir en grandes gastos para acceder a los servicios; hay personal capacitado y suficiente para responder a la demanda.

Para producto 3.1 Los diagnósticos realizados ofrecen información nueva y se hacen con la participación de la institución (apropiación); la formación del personal se hace con base en SOP vigentes; las rutas de acceso a servicios en VBG se construyen con todas las instituciones involucradas en la ruta; el personal formado tiene autoridad suficiente en la institución para incorporar mejoras en el servicio; la formación del recurso humano involucra a todo el personal o a una parte considerable de este; la dotación de salas de primera acogida es utilizada para la finalidad prevista; los comités de lucha contra la trata tienen interés en participar.

Para producto 3.2 Mujeres y adolescentes saben que los servicios están disponibles y cómo acceder a ellos; Las barreras de acceso son correctamente abordadas; Las mujeres no tienen que incurrir en grandes gastos para acceder a los servicios; hay personal capacitado y suficiente para responder a la demanda de servicios.

SUPUESTOS PARA EFECTOS

Para efecto 1: las lideresas y promotoras formadas pueden llevar a cabo sus acciones de promoción y prevención en la comunidad; las acciones de promoción y prevención se hacen correctamente (información correcta, metodologías adecuadas a las audiencias); no hay fuerte oposición a acciones de promoción de la SDSR; el marco normativo no restringe más el acceso de población en situación de movilidad humana a los servicios.

Para efecto 2: Directivas de establecimientos de acuerdo con mejorar el servicio; se incorporan las mejoras recomendadas; El personal formado permanece en sus cargos; aumenta la afiliación al sistema de salud de personas en situación de movilidad en Colombia; Sistema de salud puede absorber aumento en la demanda de servicios; Hay capacidad técnica, recurso humano y financiero para incorporar mejoras.

Para efecto 3: Directivas de establecimientos de acuerdo con mejorar el servicio; se incorporan las mejoras recomendadas; El personal formado permanece en sus cargos; Sistema de salud y quienes brindan atención por VBG pueden absorber aumento en la demanda de servicios; Hay capacidad técnica, recurso humano y financiero para incorporar mejoras.

III. DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS DEL CAMBIO

A continuación, se presenta una reconstrucción preliminar de la teoría del cambio del proyecto sobre la base de la información disponible al momento de elaborar el informe de inicio:

Teoría del cambio a nivel del efecto 1:

SI:

- Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador han mejorado sus conocimientos para exigir y ejercer su SDSR; y si
- Las autoridades nacionales y locales y las organizaciones de la sociedad civil en Colombia y Ecuador mejoran sus capacidades para promover servicios integrales de SSR con perspectiva de género,

ENTONCES

Las mujeres, las adolescentes, y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador ejercerán su capacidad de agencia y demandarán servicios de SSR y las autoridades competentes y organizaciones de la sociedad civil promoverán estos servicios con perspectiva de género.

PORQUE:

1. Una de las principales barreras de acceso a los servicios es la desinformación de las personas frente a sus derechos, la oferta de servicios y los mecanismos que existen para acceder a tales servicios y demandar el reconocimiento de esos derechos, incluidos los DSDR. Además, en el contexto comunitario predominan mitos y tabúes frente a la sexualidad y barreras culturales, económicas y sociales, que obstaculizan el acceso a información y servicios y que hacen que las personas tomen decisiones que ponen en riesgo su salud, exponiéndose a situaciones como el embarazo no planificado, la realización de abortos inseguros, las ITS, incluido el VIH/Sida o la VBG. Así, cuando estos temas son abordados con base en evidencia científica y desde un enfoque de derechos, las personas se auto reconocen como titulares de derechos, adoptan hábitos saludables, desnaturalizan la violencia y saben dónde pueden acceder a servicios que les ayude a prevenir o tratar situaciones que afectan su salud y bienestar.
2. Al contar con espacios de diálogo sobre estos temas, las mujeres y niñas validan sus experiencias de vida, ganan confianza en sí mismas y capacidad de agencia para demandar servicios de SSR. Lo anterior es una manera de adquirir poder e independencia para mejorar su situación y participar de los procesos que las afectan y les interesan.
3. Ese aumento en el conocimiento y la consciencia de ser titulares de derechos hace que las personas se motiven a cuidar su salud y ejercer su derecho a beneficiarse de servicios de calidad. Cuando se pasa de desconocer a conocer y de allí a actuar, hablamos de que ha ocurrido el empoderamiento, que no es otra cosa que el poder de actuar frente a una situación cuando se comprende que hay una situación de vulnerabilidad y se tiene el derecho a salir de ella. En resumen, la ganancia de información y consciencia sobre los DSDR

es el medio a través del cual las personas pueden liberarse de su situación de vulnerabilidad en el ámbito de la SDR.

4. Iniciativas regionales de coordinación de la respuesta a la situación migratoria de las personas venezolanas han convenido centrar sus esfuerzos en la promoción de la salud, incluida la SSR, para la población migrante y las comunidades de acogida, lo cual incluye el fortalecimiento de la respuesta de la comunidad en la promoción y educación en esta materia¹. Por otra parte, en lo que respecta a los garantes de derechos, los principales instrumentos internacionales de derechos humanos de las mujeres enfatizan la obligación de los Estados de garantizar a las mujeres y las niñas, particularmente a aquellas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, como las migrantes, su derecho a la información y a la educación en SSR².
5. Además, cuando las comunidades y las autoridades competentes promueven la SSR desde un enfoque de género, crean un ambiente favorecedor para que las mujeres y las niñas reconozcan este componente de su salud como una prioridad y un derecho que se debe exigir. De esta manera, están en capacidad identificar a los actores garantes de estos derechos, las rutas y los mecanismos para acceder a servicios y demandarlos.

Teoría del cambio a nivel de efecto 2:

SI:

- Las autoridades nacionales y locales del sector salud en Colombia y Ecuador han mejorado el conocimiento y fortalecido las capacidades para la prestación de servicios integrales de SSR con perspectiva de género a mujeres, adolescentes y niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida, y
- Se fortalecen los mecanismos de coordinación entre las instituciones que brindan servicios de salud sexual y reproductiva para atender de forma integral y con perspectiva de género a las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador, y, además,
- Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador han recibido servicios integrales de salud sexual y reproductiva sensibles al género,

ENTONCES:

Habrá mejorado el acceso de las mujeres y las niñas a servicios integrales de salud sexual y reproductiva con enfoque de género en Colombia y Ecuador.

PORQUE:

1. Una barrera importante de acceso a los servicios de SDR tiene que ver con el desconocimiento, por parte de los prestadores de esos servicios, de las necesidades diferenciadas de las poblaciones que atienden. Cuando la institucionalidad no tiene suficiente claridad sobre la manera en que las necesidades en SDR y las barreras para acceder a servicios de manifiestan de forma diferenciada en las personas según variables como su nacionalidad, estatus migratorio, sexo, orientación sexual o identidad de género,

¹ Plan de Respuesta para Refugiados y Migrantes 2020. R4V: Respuesta a Venezolanos. Plataforma de coordinación para refugiados y migrantes de Venezuela, págs 26-27.

² Recomendación No. 24 del Comité de la CEDAW.

entre otras, los servicios no responderán de forma adecuada a esas necesidades. Hablamos entonces de barreras de índole institucional. por el contrario, cuando se aumenta la consciencia sobre esas necesidades y barreras y se adquieren las competencias para brindar servicios que se ajustan a las características de las usuarias y al marco normativo vigente, se eliminan las barreras y mejora el acceso a los servicios y, en especial, su calidad.

2. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo establece como uno de sus objetivos lograr el acceso, especialmente de las mujeres y las niñas, a una gama completa de servicios de SSR accesibles, asequibles y aceptables³. Además, los principales instrumentos y mecanismos internacionales de los derechos de las mujeres subrayan la obligación de los Estados de velar por que las mujeres en situaciones difíciles, como la migración, accedan a servicios de salud, concretamente de SSR⁴.
3. Por otra parte, cuando las instituciones a cargo de brindar estos servicios en cada país establecen canales para el intercambio de experiencias sobre la atención integral brindada a la población en situación de movilidad humana, con enfoque diferenciado y sensible al género, se avanza en la consolidación de servicios acordes a las características de sus usuarias, a partir de la capitalización de la evidencia producida por otras instituciones, que permiten visualizar factores que pueden afectar o contribuir a la mejora de tales servicios.
4. Por último, la situación de vulnerabilidad en que se encuentran algunas personas, como las mujeres y adolescentes venezolanas en situación de movilidad, demandan respuestas urgentes frente a sus necesidades en SDRS y atención de la VBG. Así, cuando estas necesidades son atendidas desde un enfoque diferenciado, sensible al género y sin barreras, se reconoce la dignidad de estas personas y se asegura su bienestar.

Teoría del cambio a nivel del efecto 3:

SI:

- Las autoridades nacionales y locales y los proveedores de servicios de atención a la VBG en Colombia y Ecuador han aumentado sus capacidades de prevención y respuesta con enfoque de género a la VBG, incluyendo la explotación y el abuso sexual y la trata de personas; y
- Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y en las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador que se encuentran en situación de vulnerabilidad reciben información segura, confidencial y oportuna sobre VBG, incluyendo la explotación, el abuso sexual y la trata de personas, así como atención integral con enfoque de género,

ENTONCES:

- Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y en las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador sobrevivientes de VBG, incluidas la explotación y el abuso sexual y la trata de personas, mejorarán su acceso a servicios de atención médica y referenciación con enfoque de género.

PORQUE:

³ [Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo](#), pág. 67.

⁴ Comité de la CEDAW, [Recomendación No. 24](#) La Mujer y la Salud.

1. La evidencia muestra que es creciente el número de las personas migrantes y refugiadas de Venezuela expuestas a diferentes formas de VBG, incluyendo la trata de personas la explotación y el abuso sexual. Las adolescentes y las mujeres se encuentran en una situación de espacial vulnerabilidad a su paso por los países de tránsito y en sus propias comunidades de acogida. Frente a esto, mecanismos regionales de la respuesta humanitaria ante la migración de personas venezolanas han priorizado el fortalecimiento de capacidades para la protección y la respuesta a la VBG ⁵. Por otra parte, los instrumentos y mecanismos internacionales de derechos de las mujeres subrayan la importancia de la prevención y la atención en salud de la VBG al reiterar la obligación de los Estados de capacitar al personal de salud sobre las cuestiones de género de forma que puedan detectar y tratar las consecuencias sanitarias de la violencia contra las mujeres⁶.
2. Los diagnósticos sobre la situación de la VBG en las zonas priorizadas contribuyen a que las autoridades que brindan la respuesta a la VBG comprendan las dinámicas en que esta violencia ocurre, así como las barreras de acceso de las víctimas/sobrevivientes. Por otra parte, el desarrollo de competencias para la atención basado en los protocolos vigentes da la confianza a los prestadores de servicios sobre el procedimiento a seguir, al tiempo que la víctima/sobreviviente es tratada de acuerdo con su dignidad y en atención a su situación y características específicas. En resumen: conocer las dinámicas de la VBG y contar con las capacidades para brindar una atención acorde con las necesidades de la víctima/sobreviviente, favorece una respuesta institucional más pertinente y, en últimas, mejora el acceso a estos servicios.
3. En lo que respecta a las víctimas y sobrevivientes, cuando estas están informadas sobre sus derechos, han desnaturalizado la violencia y conocen las rutas de acceso a servicios de atención, tienen mayores probabilidades de acudir a ellos, y si al hacerlo encuentran una respuesta digna, eficaz y acorde con sus necesidades, influirán en otras mujeres y adolescentes para que hagan lo propio ante una situación de VBG.
4. Por último, la situación de vulnerabilidad en que se encuentran algunas personas, como las mujeres y adolescentes venezolanas en situación de movilidad, demandan respuestas urgentes frente a la VBG de la que han sido objeto. Así, cuando estas necesidades son atendidas desde un enfoque diferenciado, sensible al género y sin barreras, se reconoce la dignidad de estas personas y se asegura su bienestar.

Teoría del cambio a nivel de objetivo general:

SI:

- Las mujeres, las adolescentes, y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador ejercen su capacidad de agencia y demandan servicios de SSR y las autoridades competentes y organizaciones de la sociedad civil promueven estos servicios con perspectiva de género; y
- Las instituciones competentes del sector salud brindan mejores servicios de SSR con perspectiva de género y enfoque diferenciado a las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador; y, además,

⁵ RMRP 2020. Págs. 4, 14, 16.

⁶ Recomendación No. 24 del Comité de la CEDAW.

- Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y en las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador sobrevivientes de VBG, incluidas la explotación y el abuso sexual y la trata de personas, mejoran su acceso a servicios de atención médica y referenciación con enfoque de género.
- **ENTONCES:**

Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador gozarán plenamente de su derecho a la SSR y a vivir libres de violencia

PORQUE:

1. Con información basada en evidencia y que reconoce de forma amplia los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho a una vida libre de violencia, las mujeres, adolescentes y niñas tomarán decisiones más saludables y tendrán acceso a servicios cuando lo requieran.
2. La demanda de servicios de SSR y de atención a la VBG se habrá acercado a una oferta institucional que está en capacidad de responder con altos estándares de calidad y con calidez, desde un enfoque de atención diferenciada, integral y de género. Es decir, se elimina la brecha que separa a quienes requieren estos servicios de quienes pueden ofrecerlos.
3. Mejorar el acceso a este tipo de atención contribuye a que la población beneficiaria alcance los estándares más altos de SSR, lo cual es una condición esencial para la garantía de sus derechos. Acceder a anticoncepción, consejería para prevenir embarazos no deseados e ITS, incluyendo el VIH/sida, prevención del aborto inseguro, salud materno infantil, les permite mejorar su calidad de vida, tener una vida sexual plena y libre de violencia y coerción, así como menores tasas de mortalidad materno infantil.

IV. PRIMEROS AJUSTES A LA TdC IMPLÍCITA SEGÚN REVISIÓN DOCUMENTAL PRELIMINAR

El ejercicio inicial de reconstrucción/interpretación de la TdC implícita del proyecto, permitió identificar, de manera preliminar, algunas oportunidades de ajuste, como se verá a continuación:

Objetivo general:

En la matriz de resultados:

“Contribuir a la garantía de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes y refugiadas de Venezuela y las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador, desde un enfoque sensible al género”.

En la teoría del cambio implícita:

“Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador gozan plenamente de su derecho a la SSR y a vivir libres de violencia”.

Como se puede observar, originalmente el objetivo general del proyecto no abarca todas las dimensiones de la intervención, en específico, quedaba por fuera el componente de prevención y

atención a la VbG. Por otra parte, el objetivo general tampoco menciona a las niñas y adolescentes, lo cual deja incompleta la descripción de las titulares de derecho y a quien se aspira sean beneficiadas por el cambio.

La referencia al enfoque sensible al género en la matriz de resultados se incorpora implícitamente en la redacción usada en la reconstrucción de la TdC al aspirarse a que mujeres y niñas gocen plenamente de su derecho. El goce pleno implica que las necesidades específicas sean atendidas en consideración de todos los factores diferenciales, incluyendo el sexo, el género o la edad, entre otros.

Efecto 1:

En matriz de resultados:

“Las mujeres y las niñas de las comunidades y las instituciones están empoderadas para promover y ejercer su voz y su agencia relacionada con su salud y sus derechos sexuales y reproductivos en Colombia y en Ecuador”.

En la teoría del cambio implícita:

Las mujeres, las adolescentes, y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador ejercen su capacidad de agencia y demandan servicios de SSR y atención a la VBG, y las OBC y liderazgos comunitarios promueven estos derechos y servicios.

Este efecto, en su redacción original, no hace distinción entre el cambio que se espera de las mujeres y niñas y el que se espera de las instituciones. Suponiendo que tanto unas como las otras se empoderan para promover y ejercer su voz y agencia. Al revisar las actividades bajo este efecto, se encuentra que ninguna de ellas hace referencia a las instituciones, sino a lideresas y organizaciones de base comunitaria (OBC). Los efectos 2 y 3, por el contrario, sí previó actividades enfocadas en las instituciones y OSC. En ese sentido, se entendería que el efecto 1 corresponde al componente comunitario, y los efectos 2 y 3 corresponden al componente institucional.

Por otra parte, este efecto planteaba el empoderamiento como un fin en sí mismo, cuando en la práctica este opera más como el nexo causal que lleva a que mujeres, adolescentes y niñas ejerzan su capacidad de agencia y demanden los servicios y la garantía de sus derechos, que en últimas sería el efecto esperado. En lo que respecta a las instituciones, se trata más bien de un proceso de sensibilización y de aumento de capacidades producto la información y el acompañamiento, lo cual permite que el personal promueva al interior de sus instituciones las acciones/estrategias/decisiones que lleven a la oferta de servicios con perspectiva de género, sin embargo, como ya se dijo, esto último está contemplado bajo efectos 2 y 3.

Producto 1.1

En la matriz de resultados:

“Las mujeres y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida han mejorado su conocimiento para exigir su agencia para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos en Colombia y Ecuador”.

En la teoría del cambio implícita:

Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador han mejorado sus conocimientos para exigir y ejercer su SDR y una vida libre de VBG.

En la matriz de resultado, este producto sugería que el conocimiento mejorado en mujeres y niñas tenía por fin que ellas exigieran su agencia. Por una parte, la capacidad de agencia responde a un proceso individual (asociado al empoderamiento) más que a una atribución otorgada por las instituciones. De esta manera, a lo que en realidad debe apuntar este producto es a que las mujeres, adolescentes y niñas exijan y ejerzan su derecho. La capacidad de agencia, tal y como ocurre con el empoderamiento, opera como nexo causal entre este producto y el efecto 1 revisado anteriormente. Por otra parte, el producto tampoco abarcaba la dimensión VBG que hace parte de estas acciones de IEC.

Actividades del producto 1.1 Se mantienen

Producto 1.2

En la matriz de resultados:

“Las autoridades nacionales y locales, y las organizaciones de la sociedad civil están empoderadas en la promoción de servicios integrales de salud sexual y reproductiva sensibles al género en Colombia y Ecuador”.

En la teoría del cambio implícita:

Las OBC y liderazgos locales en Colombia y Ecuador mejoran sus capacidades para promover servicios integrales de SSR y atención a la VBG con perspectiva de género.

Como se mencionó antes, las instituciones y OSC no están presentes en las actividades de este producto. Por el contrario, las actividades vinculan a liderazgos comunitarios y OBC, incluyendo los Comités Ciudadanos Locales de Salud (CLOSS). Por otra parte, se incluyó la alusión a la promoción e servicios para la atención de la VBG. Por último, el producto atribuía a las autoridades y a la sociedad civil la capacidad de empoderarse. Sin embargo, la noción de empoderamiento alude a la ganancia de poder e independencia por parte de un grupo social desfavorecido. Es decir, el empoderamiento es una cualidad de las personas y no de las instituciones o de las organizaciones.

Actividades del producto 1.2 Se mantienen igual.

Efecto 2:

En la matriz de resultados:

“Mejorado el acceso de las mujeres y las niñas a servicios integrales de salud sexual y reproductiva con enfoque de género en Colombia y Ecuador”.

En la teoría del cambio implícita Se mantiene igual.

Producto 2.1

En la matriz de resultados:

“Las autoridades nacionales y locales han mejorado su conocimiento y fortalecido sus capacidades en servicios integrales de salud y derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género en Colombia y Ecuador”.

En la teoría de cambio implícita se mantiene igual.

Actividades del producto 2.1 Se mantienen igual.

Producto 2.2.

En la matriz de resultados:

“Se han fortalecido los mecanismos de coordinación sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva integral y con enfoque de género, y la respuesta a mujeres y niñas migrantes de Venezuela y comunidades de acogida en Colombia y Ecuador”.

En la teoría del cambio implícita:

Se encontró que las actividades bajo este producto no parecieran guardar relación de causalidad con el producto mismo que apunta a fortalecer mecanismos de coordinación entre las autoridades de salud de ambos países. El nexo de causalidad en este caso será objeto de análisis durante la recolección de información.

Actividades del producto 2.2 Se mantienen (para ser analizadas a mayor profundidad una vez concluida la recolección de información)

Producto 2.3

En matriz de resultados:

“Las mujeres y las niñas migrantes de Venezuela y de las comunidades de acogida han recibido servicios integrales de salud sexual y reproductiva sensibles al género en Colombia y Ecuador”.

En la teoría del cambio implícita:

“Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador han recibido servicios integrales de salud sexual y reproductiva sensibles al género”.

En este producto se incluyeron a las adolescentes.

Actividades del producto 2.3 Se mantienen igual.

Efecto 3:

En la matriz de resultados:

“Mejorar el acceso a la atención en salud y la referenciación, para beneficiar a las mujeres y a las niñas de las comunidades de acogida y migrantes de Venezuela, sobrevivientes de violencia basada en género y explotación sexual”.

En la teoría del cambio implícita:

“Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y en las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador sobrevivientes de VBG, incluida la trata de personas, la explotación y el abuso sexual, mejoran su acceso a servicios de atención médica y referenciación con enfoque de género”.

Se hizo explícito que se trabajará para responder a la VBG en general y a manifestaciones particulares de este tipo de violencia que afectan de manera específica y desproporcionada a las mujeres, las adolescentes y las niñas en contextos de migración, como la explotación y el abuso sexual y la trata de personas. Se especificó que los servicios se brindarán desde un enfoque de género, para aportar consistencia con los productos.

Producto 3.1

En la matriz de resultados:

“Las autoridades nacionales y locales y los proveedores de servicios de atención a la VbG en Colombia y Ecuador han aumentado sus capacidades de prevención y respuesta a la VbG con enfoque de género.”

En la teoría del cambio implícita:

“Las autoridades nacionales y locales y los proveedores de servicios de atención a la VBG en Colombia y Ecuador han aumentado sus capacidades de prevención y respuesta con enfoque de género a la VBG, incluyendo la trata de personas, la explotación y el abuso sexual”.

En este caso, y con el fin de que el producto refleje adecuadamente las actividades que conducen a él, se hizo mención explícita a que el fortalecimiento de las capacidades para prevenir y atender la VBG hace énfasis en que se ofrezca desde un enfoque de género. De igual forma, se reformuló el producto para visibilizar algunas manifestaciones de la VBG en las que el proyecto hace especial hincapié, como la trata de personas, la explotación y el abuso sexual.

Actividades del producto 3.1 Se mantienen igual.

Producto 3.2

En la matriz de resultados:

“Las mujeres y las niñas migrantes de Venezuela y en las comunidades de acogida que se encuentran en situación de vulnerabilidad reciben información segura, confidencial y oportuna y atención integral de la VbG con enfoque de género y servicios de apoyo”.

En la teoría del cambio implícita:

“Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y en las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador que se encuentran en situación de vulnerabilidad reciben información segura, confidencial y oportuna sobre VBG, así como atención integral con enfoque de género y servicios de apoyo”.

En este caso, el equipo evaluador ajustó la redacción del producto con el fin de incluir a la totalidad de la población beneficiaria.







Actividades del producto 3.2 Se mantienen igual.

V REPRESENTACIÓN GRÁFICA Y NARRATIVA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO TdC (2)

Una vez concluida la fase de recolección de la información, el equipo evaluador elaboró una segunda representación de la TdC. En esta oportunidad, la comprensión más profunda del proyecto y de las circunstancias en que se implementó, permitieron visualizar en esa representación gráfica el desempeño global de las actividades y la influencia que esto tuvo en las probabilidades de que el proyecto consiguiera o no los resultados esperados (representación gráfica simplificada de la implementación).

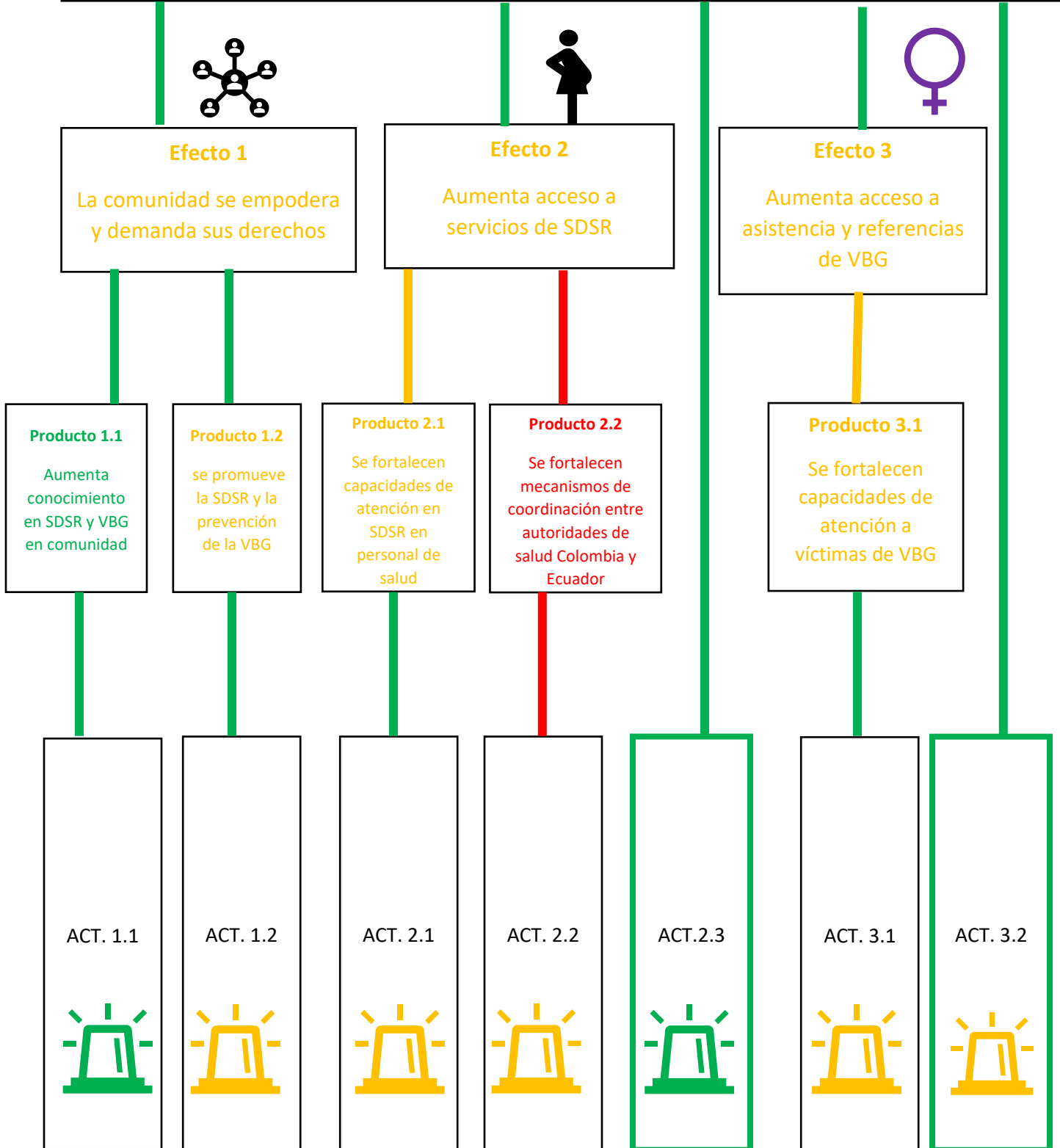
La representación también plantea el nivel de razonabilidad de los nexos entre actividades y productos y entre estos últimos y los efectos esperados. Esta segunda representación gráfica de la TdC fue un instrumento de visualización para uso interno del equipo evaluador que sirvió de insumo para la presentación de hallazgos preliminares. Este ejercicio se hizo de forma independiente para cada país.

Instrucciones para la interpretación de convenciones:

Convenciones	Interpretación
	La luz verde indica que las actividades planificadas fueron realizadas completamente y de conformidad con lo planificado, o variaron en algo, pero no afectan gravemente el resultado esperado.
	La luz amarilla indica que las actividades planificadas fueron realizadas parcialmente, o completamente, pero con variaciones frente a lo planificado que afectaron los resultados esperados.
	La luz roja indica que las actividades no fueron realizadas en absoluto o cambiaron sustancialmente, afectando de forma profunda los resultados.
	Las líneas verdes indican que el nexo causal es razonable en el contexto de la intervención.
	Las líneas amarillas indican que el nexo causal plantea algún grado de razonabilidad, pero no por completo, por ejemplo, porque hay factores externos que limitan la probabilidad de que se produzca el resultado esperado.
	Las líneas rojas indican que no parece razonable que exista un nexo de causalidad.

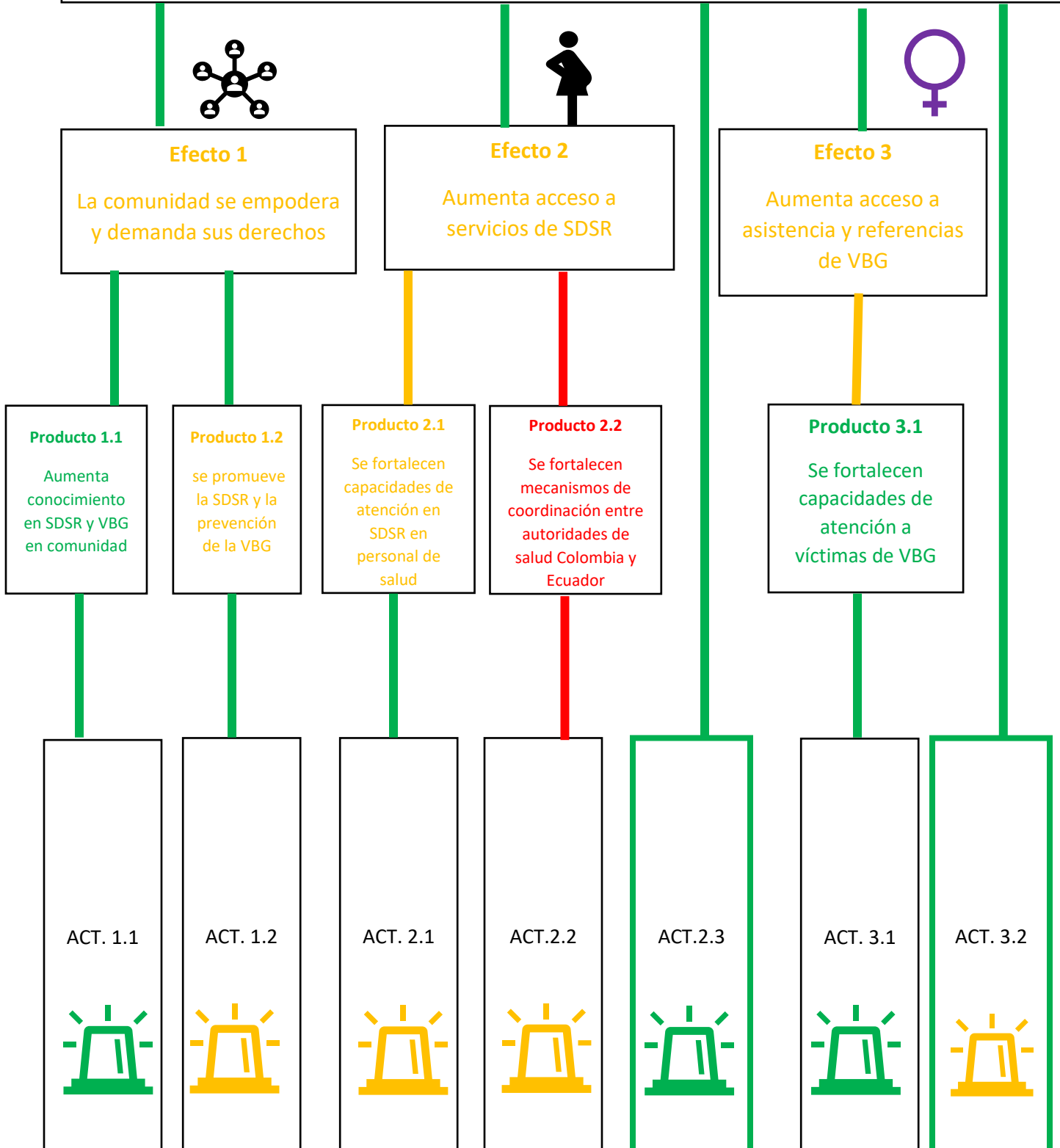
TdC (2) Ecuador (interpretación de la implementación)

Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Ecuador gozan plenamente de su derecho a la SSR y a vivir libres de violencia.



TdC (2) Colombia (interpretación de la implementación)

Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia gozan plenamente de su derecho a la SSR y a vivir libres de violencia



VI DESCRIPCIÓN NARRATIVA DE LA GRÁFICA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO. (TdC 2)

EFECTO 1 (COMPONENTE COMUNITARIO)

- Las actividades del producto 1.1. Campañas de IEC en ambos países y la implementación de iniciativas comunitarias por OBC en Colombia, se realizaron según lo planificado en la mayoría de los casos. Aunque ninguna de las dos fue evaluada, la información recolectada indica que estas contribuyeron al producto 1.1 al aumentar conocimientos sobre SDSR y VBG en las comunidades.
- Las actividades del producto 1.2. ToT de lideresas y promotoras de salud (Colombia y Ecuador), apoyo a planes de acción de CLOS y espacios inclusivos de adolescentes (en Ecuador) se realizaron satisfactoriamente, sin embargo, el ToT no brindó acompañamiento cercano, mentoría, evaluación periódica ni transmitió herramientas metodológicas a las lideresas. Esto condujo a que algunas formadoras sigan expresando opiniones y posturas que se oponen al marco de referencia del proyecto. Aunque no se puede asegurar que ocurrió en todos los casos, es un área para mejorar. De cualquier modo, las actividades sí hacen una contribución al producto 1.2.
- Los productos 1.1 y 1.2 sí tienen una relación de causalidad razonable con el efecto 1. Hay evidencia de que las lideresas y promotoras están haciendo actividades de promoción de la SDSR y la prevención de la VBG. El efecto ha quedado en amarillo por la influencia de posibles conceptos errados y posturas contrarias a DSDR que pueden llegar a la comunidad a través de las lideresas, aunque esto puede resolverse evaluando su estado de conocimientos, actitudes y prácticas actuales y reforzando las áreas débiles, además de transferirles herramientas metodológicas que mitiguen ese riesgo.
- El efecto 1 tendría una relación de causalidad razonable con el objetivo general de la intervención, contribuyendo al logro de este.

EFECTO 2 (COMPONENTE SSR)

- Tanto en Colombia como en Ecuador las actividades que se realizaron bajo el producto 2.1 no se enfocaron específicamente en fortalecer competencias del personal de salud para la prestación de servicios de SSR, por ejemplo, mediante la formación para implementar SOP como planteaban las actividades. En Ecuador se creó plataforma para capacitaciones en esos temas, pero no se ha implementado todavía. En Colombia hubo orientaciones técnicas para mejorar SSR diferenciados, pero no hubo acompañamiento para la implementación de planes de mejora. La asesoría técnica incluyó solamente los diagnósticos y recomendaciones. En ambos países se reportaron bajo este producto actividades del producto 3.1 sobre VBG. Se ha dejado el producto en amarillo porque, aunque las actividades no se realizaron con apego total a lo planificado, las autoridades de salud

reconocen el valor de los diagnósticos, recomendaciones y otras actividades desarrolladas bajo este producto. Aun así, se considera razonable la relación causal entre las actividades (de haberse realizado según planificado) con el producto.

- Las actividades bajo el producto 2.2 para el fortalecimiento de mecanismos de coordinación entre autoridades de salud de Ecuador y Colombia se realizaron parcialmente según lo acordado, sin embargo, no se ve cómo las actividades (incluso las planificadas) podrían haber tenido influencia en el fortalecimiento de mecanismos de coordinación binacionales, por eso la líneas que unen actividades con producto y producto con efecto han quedado en color rojo.
- Las actividades bajo el producto 2.3 corresponden al subcomponente humanitario bajo el efecto 2. Estas actividades son de atención en SDSR a la población en situación de vulnerabilidad. Con su realización se logra inmediatamente un impacto en la vida de las personas. por eso se conecta directamente al objetivo general porque contribuye directamente a él. Es uno de los logros más destacables del proyecto.
- El producto 2.1 contribuye al efecto 2, sin embargo, ese efecto está sujeto a otros factores externos, como la débil capacidad de respuesta del sistema de salud, insuficiencia de recurso humano, infraestructura, presupuesto, alta rotación del personal, etc. El producto 2.2, por su parte, no parece contribuir de ninguna manera al efecto 2.
- Pese a lo anterior, se ve una relación de causalidad razonable entre el efecto 2 y el objetivo general. Esto lleva a concluir que aumentar el acceso a servicios de SSR es necesario para lograr el objetivo general, pero los productos podrían no ser suficientes para conseguir el efecto (faltarían otras actividades y productos que neutralicen los factores externos que impiden la mejora del acceso, por ejemplo, regularización y afiliación de personas migrantes en situación de irregularidad al sistema de salud), sin embargo, esas otras acciones estarían por fuera del alcance del proyecto.

EFFECTO 3 (COMPONENTE ATENCIÓN A LA VBG)

- Las actividades bajo el producto 3.1 en Ecuador se realizaron parcialmente según lo planificado. Fueron varios talleres no cohesionados y de corta duración. El aspecto más importante del fortalecimiento de competencias para la atención a la VBG que era la capacitación sobre el protocolo no se dio como capacitación sino como socialización y solo en Quito, sin embargo, el proyecto equipó salas de primera acogida y generó información. Se creó una plataforma de formación basado en la norma técnica, pero no se ha implementado. Por lo anterior, en Ecuador se ha dejado una luz amarilla.
- En Colombia se certificaron 160 profesionales de salud en el protocolo de atención, además se capacitaron en cuidado al cuidador 61 profesionales de apoyo psicosocial. Adicionalmente se fortalecieron los Comités Distritales de Lucha contra la Trata de Personas. (todas las actividades sobre Trata estaban bajo producto 3.2, sin embargo, al ser el producto 3.1 el enfocado en fortalecimiento institucional, se ha analizado bajo este último). Por lo anterior, en Colombia se puso una luz verde.
- El producto 3.2 corresponde al subcomponente humanitario de atención a la VBG. Tal y como ocurre con el componente 2.3, las actividades bajo este producto deberían producir un impacto directo en las sobrevivientes, y por eso la línea verde se conecta directamente

al objetivo general. En Ecuador, la atención brindada por FULULU fue amplia (más de 3,000), pero solo se brindaron primeros auxilios psicológicos en la mayoría de los casos. En Colombia, por su parte, solo se logró atender 58 sobrevivientes de una meta de 250, pero la atención fue integral. Por eso, en ambos países se ha dejado luz amarilla en estas actividades.

- Como ocurre con el componente de SSR, en este caso también las actividades bajo el producto 3.1 guardan una relación causal razonable con el producto. Sin embargo, aunque el producto sí contribuye al efecto, para que este último sea logrado plenamente deben atenderse otros factores externos que escapan al alcance del proyecto (debilidad institucional en general, rotación del personal, falta de infraestructura, etc). El efecto ha quedado en color amarillo, porque la formación del personal, en todo caso, hace una contribución.
- El efecto sí tiene un nexo causal con el objetivo general, pero como las actividades del proyecto no tienen el alcance suficiente para producir el aumento en el acceso de las sobrevivientes a la atención de VBG institucional, esto llevaría a concluir que faltó, en el diseño del proyecto, incorporar otras actividades. La dotación de las salas de primera acogida en Ecuador podría ser una respuesta que apunta a mitigar esos factores externos que limitan el acceso, pero siguen siendo insuficientes según los testimonios de las personas entrevistadas.

VII TEORÍA DE CAMBIO REVISADA (TdC 3)

El análisis de la información recolectada llevó a concluir que el desempeño general del proyecto se vio afectado allí donde las actividades no fueron implementadas en la manera en que se había previsto. Así, podría concluirse que el proyecto tuvo un diseño acorde a los resultados que se propuso, (con excepción del producto 2.2, como se verá) pero que hubo fallas a nivel de su implementación.

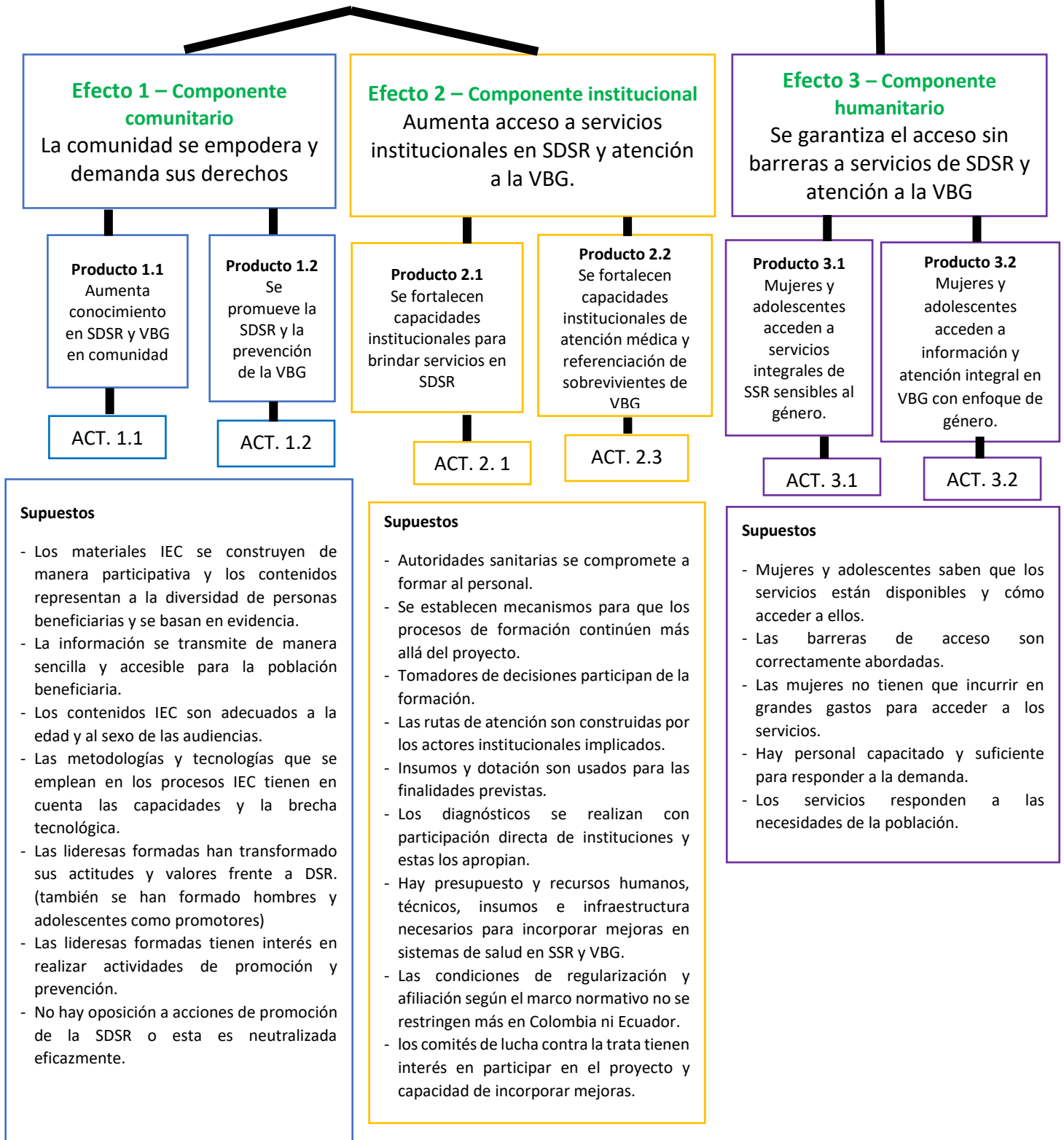
La versión revisada de la TdC plantea ajustes en varios niveles:

- Los principales cambios se encuentran a nivel de actividades y supuestos.
- El producto 2.2, contemplaba actividades de intercambio de experiencias y buenas prácticas entre las misiones de la OIM en Colombia y Ecuador con la participación de autoridades, beneficiarias y otros actores clave. Estas actividades podrían hacer parte del plan de MEAR del proyecto y, en ese sentido, en la versión revisada de la TdC no fueron incorporadas.
- Para aportar mayor claridad y adoptar un enfoque “por componentes”, todos los productos que apuntan a fortalecimiento de capacidades institucionales se agruparon bajo el efecto 2 y todos los productos que hacen parte de la respuesta humanitaria se agruparon bajo el efecto 3. (esto es un ajuste de la forma más que de fondo y puede prescindirse).

A continuación, se muestran la representación gráfica simplificada y la descripción narrativa de los ajustes hechos:

TdC (3) REVISADA

Las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador gozan plenamente de su derecho a la SSR y a vivir libres de violencia



VIII DESCRIPCIÓN DE LA TEORÍA DE CAMBIO REVISADA. (TdC 3)

A continuación, se presentan algunos de los ajustes clave bajo cada efecto y los supuestos bajo los cuales ocurriría óptimamente el cambio.

Bajo el efecto 1 (Componente comunitario)

- Las acciones de IEC se hacen en la comunidad para concentrar su intensidad. En los procesos de formación de formadores, se incluyen hombres y adolescentes, además de mujeres. Es prioritaria la sensibilización en masculinidades no violentas y la promoción de un rol más activo de los hombres en la planificación familiar. Toda la campaña es construida participativamente y evaluada.
- Los procesos de ToT son seguidos de un periodo de acompañamiento, mentoría y evaluación permanente en el que las áreas temáticas más débiles son reforzadas. Las formadoras reciben guías y otras herramientas metodológicas y se apegan a ellas en sus procesos de acción comunitaria. Las adolescentes, por su parte, se forman y participan en clubes donde comparten información con sus pares guiados por las lideresas formadoras adultas.
- Las iniciativas comunitarias y planes de acción de los CCLOS priorizan propuestas de lideresas formadas en el proyecto, quienes reciben formación para fomentar su sostenibilidad. También son evaluadas las acciones educativas realizadas por OBC en estas iniciativas.

Actividades que se incluyen:

- Diseño y validación participativa de una caja de herramientas metodológicas para acciones comunitarias de promoción de la SDSR y la prevención de la VBG.
- Formación de formadores (hombres) para la promoción de la SDSR y la prevención de la VBG.
- Formación de adolescentes promotores de la SDSR y la prevención de la VBG.

Bajo efecto 2 (Componente de fortalecimiento institucional)

- Se diseñan plataformas de autoformación virtual para el fortalecimiento de capacidades en la atención integral en SSR y VBG con enfoque diferencial y sensible al género, como se hizo en Ecuador. Esta plataforma es transferida a la institucionalidad para asegurar que el personal entrante es formado. Estos cursos pueden ser complementados con sesiones prácticas presenciales.
- Los diagnósticos (en SSR y VBG) se desarrollan con el involucramiento de la institucionalidad. Las orientaciones técnicas/recomendaciones dan lugar a planes de mejoramiento ajustados a las necesidades y capacidades de cada establecimiento con acompañamiento del proyecto.

Actividades que se incluyen:

- Diseño de cursos virtuales sobre protocolos de atención en SSR y VBG. Y para la activación de ruta de atención a víctimas de trata de personas.
- Desarrollar diagnósticos participativos de necesidades de establecimientos que brindan servicios de SSR y atención a sobrevivientes de VBG.
- Construir junto con las instituciones planes de mejora de los servicios.

- Las actividades bajo el producto 2.2 original (intercambios de buenas prácticas entre misiones de país) pasan a ser parte del Plan de MEAR en la sección de gestión del conocimiento. Este tipo de encuentros se programan de forma periódica a lo largo del proyecto.
- En Colombia, se crea un curso auto formativo para el fortalecimiento de capacidades de integrantes de los Comités de Lucha contra la Trata de Personas. Este curso se transfiere al Ministerio del Interior para que tenga cobertura nacional.

Bajo el efecto 3 (Componente humanitario)

- El componente humanitario incluye nuevos canales de acceso definidos de forma participativa con adolescentes y que garantizan la confidencialidad. También se promueve la vasectomía y el DIU a través de campañas de desmitificación. Por otro lado, aumenta la realización de jornadas extramurales donde se ofrecen todos los servicios (en unidades móviles, infraestructura comunitaria adecuada o estructuras removibles). Se buscan activamente potenciales usuarias en mayor situación de vulnerabilidad (personas con discapacidad, personas que ejercen actividades sexuales pagadas, LGBTIQ+, entre otras).
- En la asistencia humanitaria a sobrevivientes de VBG se establecen metas acordes con las capacidades y recursos del proyecto, pero que aseguren una atención integral a la sobreviviente.

Actividades que se incluyen:

- Encuentro-taller comunitario para construir participativamente un modelo de atención en SSR y VBG sin barreras.

Supuestos.

Además de los supuestos previstos en la matriz de resultados, se incluirían:

Para el efecto 1 (Componente comunitario)

- Los materiales IEC se construyen de manera participativa y los contenidos representan a la diversidad de personas beneficiarias y se basan en evidencia.
- La información se transmite de manera sencilla y accesible para la población beneficiaria.
- Los contenidos IEC son adecuados a la edad y al sexo de las audiencias.
- Las metodologías y tecnologías que se emplean en los procesos IEC tienen en cuenta las capacidades y la brecha tecnológica de las audiencias.
- Las lideresas formadas han transformado sus actitudes y valores frente a DSR.
- Las lideresas formadas tienen interés en realizar actividades de promoción y prevención.
- No hay oposición a acciones de promoción de la SDRS o esta es neutralizada eficazmente.

Para el efecto 2 (componente de fortalecimiento institucional)

- Autoridades sanitarias se compromete a formar al personal.
- Se establecen mecanismos para que los procesos de formación continúen más allá del proyecto.
- Tomadores de decisiones participan de la formación.
- Las rutas de atención son construidas por los actores institucionales implicados.
- Insumos y dotación son usados para las finalidades previstas.

- Los diagnósticos se realizan con participación directa de instituciones y estas los apropian.
- Hay presupuesto y recursos humanos, técnicos, insumos e infraestructura necesarios para incorporar mejoras en sistemas de salud en SSR y VBG.
- Las condiciones de regularización y afiliación según el marco normativo no se restringen más en Colombia ni Ecuador.
- los comités de lucha contra la trata tienen interés en participar en el proyecto y capacidad de incorporar mejoras.

Para efecto 3 (componente humanitario)

- Mujeres y adolescentes saben que los servicios están disponibles y cómo acceder a ellos.
- Las barreras de acceso son abordadas.
- Las mujeres no tienen que incurrir en grandes gastos para acceder a los servicios.
- Hay personal capacitado y suficiente para responder a la demanda.
- Los servicios responden a las necesidades de la población.