



# Informe final Evaluación ex post

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”

EQUIPO EVALUADOR: LUIS ALCALÁ Y MÓNICA ROPAÍN

Abril de 2022

**Evaluación externa 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”.**

Tabla de contenido

- 1. Resumen ejecutivo..... 2
- 2. Lista de acrónimos ..... 7
- 3. Contexto y propósito de la evaluación ..... 8
  - 3.1 Contexto del proyecto ..... 8
  - 3.2 Contexto, alcance y propósito de la evaluación ..... 12
  - 3.3 Enfoque y metodología ..... 13
    - 3.3.a Criterios de evaluación..... 13
    - 3.3.b. Metodología..... 14
    - 3.3.c. Incorporación de enfoques transversales en la metodología ..... 17
    - 3.3. d. Limitaciones de la evaluación ..... 17
    - 3.3.e. Descripción de las normas y estándares de la evaluación ..... 18
- 4. Hallazgos ..... 19
  - CRITERIO: PERTINENCIA Y ADECUACIÓN ..... 19
  - CRITERIO: COBERTURA..... 32
  - CRITERIO: EFICACIA ..... 34
  - CRITERIO EFICIENCIA..... 46
  - CRITERIO: COORDINACIÓN Y COHERENCIA ..... 51
  - CRITERIO: CONECTIVIDAD/SOSTENIBILIDAD ..... 55
  - CRITERIO: IMPACTO ..... 58
- 5. Conclusiones y recomendaciones ..... 63
  - 5.1 Conclusiones ..... 63
  - 5.2 Recomendaciones ..... 66
- 6. Lecciones aprendidas y buenas prácticas ..... 70
- 7. Anexos..... 70

## 1. Resumen ejecutivo

### Contexto del proyecto

En los últimos años, se ha registrado un aumento importante de los flujos de personas venezolanas hacia otros países por causa de la compleja situación económica, social y política en la República Bolivariana de Venezuela (en adelante, Venezuela). Mientras que, en 2015, alrededor de 700.000 personas migraron de Venezuela, en 2021, la cifra aumentó a más de seis millones. El 84% de ellas migró hacia países de América Latina y el Caribe, y Colombia y Ecuador son dos de los países que reciben un mayor número de personas migrantes de Venezuela.

Las personas migrantes y refugiadas de Venezuela, especialmente las mujeres y las niñas, enfrentan múltiples barreras que les impiden hacer efectivos sus derechos sexuales y reproductivos, así como su derecho a vivir libres de violencia. Como respuesta a estos desafíos, en 2020 la Oficina del Enviado Especial del Director General de la OIM para la Respuesta Regional a la Situación de Venezuela (OSE, por sus siglas en inglés) obtuvo el apoyo financiero del Departamento de Asuntos Exteriores, Comercio y Desarrollo de Canadá (GAC), para la implementación del proyecto regional “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”.

La intervención tuvo como objetivo contribuir a garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de personas migrantes y refugiadas de Venezuela y comunidades de acogida desde un enfoque de género y derechos en Colombia y Ecuador. Se llevó a cabo de marzo de 2020 a septiembre de 2021 (18 meses) y priorizó los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta, en Colombia; y los cantones de Machala, Manta y Quito, en Ecuador.

### Evaluation background

Hacia finales de 2021, la OSE comisionó una evaluación externa expost del proyecto. Este documento presenta los resultados de la evaluación que utilizó un enfoque sumativo y está enfocada en su uso. El objetivo de la evaluación fue el de valorar el resultado de las intervenciones implementadas con un enfoque de derechos y género e identificar y documentar buenas prácticas y lecciones que contribuyan a mejorar futuras intervenciones.

La evaluación incluyó todos los efectos, productos del proyecto y las actividades del proyecto, y abarcó los seis distritos/cantones de los dos países en los que se llevó a cabo. El proyecto se evaluó desde su fecha de inicio hasta su fecha de finalización, es decir, el período comprendido de marzo de 2020 a septiembre de 2021.

### Metodología

Esta evaluación está orientada por la teoría del cambio y evalúa los criterios de pertinencia/adecuación, cobertura, eficacia, eficiencia, coherencia/coordiación, sostenibilidad/conectividad e impacto. Este último en la medida en que lo permiten el diseño no experimental de la evaluación y las limitaciones del contexto.

La metodología implementada para la recolección y análisis de la información adoptó un enfoque cualitativo, aunque incluyó también el análisis de información cuantitativa producida en el marco de actividades de monitoreo del proyecto, concretamente, de las encuestas aplicadas a la población beneficiaria y de los datos registrados en la matriz de monitoreo de resultados.

Con el ánimo de ofrecer mejores condiciones de validez, la metodología se caracterizó por un enfoque participativo que incluyó la más amplia representación posible de todos los actores clave involucrados, incluyendo al personal de la OIM, socios implementadores, instituciones públicas, aliados, organismos de la sociedad civil, liderazgos comunitarios, los distintos perfiles de beneficiarias y beneficiarios de acuerdo con su condición migratoria, ubicación geográfica y edad.

Los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones de la evaluación se sustentan en una amplia revisión documental; en la realización de 89 entrevistas semiestructuradas con informantes clave (75 informantes fueron mujeres); y 24 discusiones de grupo focal con 136 personas beneficiarias (incluidas 119 mujeres). Las conclusiones a las que llevó el conjunto de hallazgos determinaron el grado de desempeño del proyecto frente a cada criterio de evaluación. El equipo evaluador, siguiendo esa lógica, asignó una calificación a cada criterio según la escala sugerida en la Guía de Evaluación de la Acción Humanitaria (ALNAP, 2017): excelente, muy bueno, bueno, adecuado, deficiente. Así mismo, la evaluación incorporó dos temas transversales, se trata de los enfoques de derechos humanos y género.

Por otra parte, el equipo evaluador identificó las siguientes limitaciones en el proceso de evaluación: dificultades de acceso a información consolidada del proyecto, imposibilidad de entrevistar a informantes clave de la OSE, limitaciones de tiempo, dificultad para garantizar la participación de la población beneficiaria en las discusiones de grupos focales.

## Conclusiones

- El proyecto respondió a algunas de las necesidades más sentidas en SDRS y VBG de la población beneficiaria, que se han agudizado tras la irrupción de la pandemia por COVID-19. Esto, mediante un modelo de asistencia que respondió, desde lo humanitario, a las demandas en servicios y, por otra parte, desplegando acciones enfocadas en el aumento de la resiliencia comunitaria y el fortalecimiento institucional. Lo anterior, sumado al balance en la distribución de la asistencia entre las poblaciones en movilidad y las comunidades de acogida, aseguró que el proyecto diera alcance al enfoque del nexo humanitario – desarrollo - paz.
- Uno de los logros más destacables del proyecto se dio en su dimensión humanitaria, al conseguir la eliminación de importantes barreras de acceso a servicios esenciales y que salvan vidas. El proyecto logró que más de 15,000 mujeres recibieran servicios integrales en SDRS sensibles al género y adecuados a sus necesidades específicas.
- El proyecto contribuyó al fortalecimiento de la resiliencia y capacidad de agencia de las comunidades a través de una estrategia que combinó formación de liderazgos; apoyo a iniciativas comunitarias y planes de acción de Comités Ciudadanos Locales de Salud, y campañas de comunicación culturalmente pertinentes y con enfoque de género, derechos e interseccionalidad. Este conjunto de acciones logró mejorar las capacidades, principalmente de lideresas, y que la promoción de la SDRS y la prevención de las VBG fueran incorporadas en sus agendas de acciones comunitarias.

- La estrategia de formación de formadoras ha sido una apuesta acertada de cara a la sostenibilidad de las acciones de promoción de la SDSR y la prevención de la VBG en las comunidades, sin embargo, el camino hacia el empoderamiento aún no concluye. Las lideresas han demostrado motivación y capacidad de movilización, pero persisten en algunas de ellas imaginarios y actitudes que se alejan del marco de referencia de derechos sexuales y reproductivos y que requieren ser abordadas como en todo proceso de empoderamiento.
- El que el proyecto fuera diseñado antes de la irrupción de la pandemia, pero implementado durante el periodo más crítico de esta, exigió adoptar mecanismos de adaptación para viabilizar las actividades salvaguardando la seguridad de la población beneficiaria e implementadores. El mecanismo de adaptación más significativo en ambos países fue el tránsito de buena parte de los procesos de formación a la modalidad virtual.
- Especialmente en Colombia, el insuficiente involucramiento de hombres y de adolescentes en los procesos de movilización comunitaria y fortalecimiento de liderazgos, es un área de mejora del proyecto.
- El desafío más significativo sigue siendo el fortalecimiento de la respuesta a las necesidades en SSR y VBG de la población en movilidad y comunidades de acogida desde las instituciones de salud en ambos países. Aunque el proyecto generó información sobre las barreras y necesidades en SSR de la población en movilidad, no se consiguió desarrollar algunas actividades clave que apuntaban al fortalecimiento institucional según lo previsto, ni fortalecer los mecanismos de coordinación entre autoridades del sistema de salud en ambos países.
- En ambos países el proyecto se apoyó en socios implementadores técnicamente capacitados, aportando cada uno de ellos sus experiencias y ventajas comparativas con sensibilidad frente a las poblaciones beneficiarias. Sin embargo, en Colombia, la escasa articulación entre socios limitó la posibilidad de que las fortalezas de unos y otros se capitalizaran de forma más transversal en el conjunto de actividades. En Ecuador, por su parte, el socio implementador experimentó dificultades para implementar actividades en el componente de VBG y asegurar el monitoreo del proyecto de acuerdo con los estándares de OIM.
- Otro aspecto que se identificó como una oportunidad de mejora tiene que ver con la poca articulación entre las misiones de la OIM de Colombia y Ecuador y la OSE. El proyecto desaprovechó la oportunidad de propiciar una mayor interacción entre las oficinas, de modo que los aprendizajes de cada una pudieran compartirse de forma más sostenida y oportuna. El único espacio que se reservó para ese tipo de intercambio ocurrió al cierre del proyecto, cuando ya no había oportunidad de incorporar ajustes a partir de los aprendizajes compartidos. Esta desconexión también se vio reflejada de forma clara y con implicaciones en la manera en que se elaboró la matriz de resultados del proyecto.
- El proyecto ha dado a las misiones de la OIM en Ecuador y Colombia una oportunidad importante de contribuir a consolidar la resiliencia comunitaria y el fortalecimiento de las instituciones frente a necesidades apremiantes. Al margen de los desafíos encontrados, son destacables los esfuerzos dedicados por el personal de la OIM, sus aliados en el territorio, socios y contrapartes, para sacar adelante un proyecto complejo en un contexto adverso, que, sin embargo, no impidió que se alcanzaran importantes logros. El camino recorrido ha dejado valiosos aprendizajes que ofrecen la oportunidad de fortalecer la respuesta de ambas misiones en futuros proyectos, en especial, en la misión en Ecuador que recién ha creado su Programa de Migración y Salud.

## Recomendaciones

### Recomendaciones sobre el diseño y la gestión de la intervención

- [[OSE] En futuros proyectos regionales se recomienda privilegiar la construcción de la propuesta de forma más articulada entre las misiones de cada país y la coordinación regional.
- [OIM Colombia y Ecuador] En futuros proyectos en los que participen múltiples socios implementadores se recomienda explorar junto con ellos posibles oportunidades de articulación en la implementación de algunas actividades hito.
- [OIM Ecuador] Reevaluar la pertinencia de trabajar con un único socio implementador en proyectos que, como el evaluado, se ejecutan en múltiples zonas geográficas, abordan temas que requieren diversas experticias y abarcan un amplio número de actividades.

### Recomendaciones para mejorar los procesos de formación de lideresas y la movilización comunitaria

- Continuar implementando procesos de formación de formadoras con promotoras comunitarias y garantizar que: A. Se ofrece una formación inicial que permita asimilar conceptos. B. Fortalecimiento de habilidades pedagógicas (aprender a enseñar). C. Evaluación y retroalimentación periódica a quienes se forman. D. Orientaciones técnicas que permitan a las promotoras formar a sus pares. E. Acompañamiento y mentoría continuos a las promotoras de SSR para garantizar que las réplicas de información en la comunidad se realizan adecuadamente.
- [OIM Colombia y Ecuador] Involucrar de forma más relevante a hombres y población adolescente en proyectos que apuntan a la prevención de la VBG y la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, con metodologías como la formación de personas formadoras.

### Recomendaciones para optimizar el desempeño de OBC que participaron en iniciativas comunitarias

- [OIM Colombia] Incluir en el apoyo brindado a iniciativas comunitarias un componente de fortalecimiento de capacidades para la gestión de pequeños proyectos comunitarios y la movilización de recursos.
- [OIM Colombia] Privilegiar el apoyo de iniciativas comunitarias de OBC que han sido fortalecidas en procesos de formación ofrecidos en proyectos de la OIM.
- [OIM Colombia] En la medida de lo posible, continuar apoyando las iniciativas de Innovación Social y CEDESOCIAL en Barranquilla y Corporación Ruleli en Cartagena.

### Recomendaciones sobre los servicios de atención a la SSR y a la VBG

- Habilitar más canales para aumentar la demanda de servicios de SSR que garanticen una mayor confidencialidad, especialmente para adolescentes.
- [OIM Ecuador] Implementar brigadas extramurales en iniciativas futuras y afines. [OIM Colombia y OIM Ecuador] Pilotear y evaluar un modelo de brigadas comunitarias de SSR, a partir de la identificación conjunta con lideresas comunitarias de espacios que tengan condiciones que permitan ofrecer un mayor número de servicios.

## **Recomendaciones sobre el fortalecimiento institucional**

### **Recommendations on institutional strengthening**

- [OIM Ecuador] Al diseñar ofertas de formación que busquen mejorar las capacidades institucionales para la atención a la VBG y a la SSR, se recomienda priorizar el desarrollo de procesos formativos integrales, con un currículo suficientemente amplio y una intensidad horaria adecuada a la complejidad de los temas.
- [OIM Colombia y Ecuador] Continuar apoyando el fortaleciendo de la oferta de servicios desde la institucionalidad mediante acompañamiento a las autoridades y proveedores de servicio de salud para la implementación de las recomendaciones surgidas de los diagnósticos y orientaciones técnicas que se elaboraron en el marco del proyecto.

### **Recomendaciones para llegar a las personas en mayor situación de vulnerabilidad**

- [OIM Colombia y OIM Ecuador] Articular con organizaciones para garantizar la búsqueda activa de personas en mayor situación de vulnerabilidad. Así mismo, incluir en la matriz de resultados indicadores desagregados por sexo, edad, origen étnico, discapacidad, situación migratoria, identidad de género/orientación sexual.

### **Recomendaciones para la sostenibilidad de los procesos y sus resultados positivos**

- [OIM Colombia, OIM Ecuador] Continuar procesos de fortalecimiento de capacidades institucionales a autoridades y prestadores de servicios de salud. Una opción que podría explorarse es la implementación de cursos virtuales autoformativos, como en el caso de Ecuador.
- [OIM Colombia y Ecuador] Retomar el contacto con promotoras de salud que han sido formadas en el proyecto pero que no han tenido seguimiento.
- [GAC] Considerar seguir apoyando en ambos países una siguiente fase de este proyecto que priorice los mismos distritos y cantones a partir de un rediseño que incorpore los aprendizajes de esta experiencia.

### **Lecciones aprendidas y buenas prácticas**

El equipo evaluador resalta la siguiente buena práctica: De noviembre de 2020 a agosto de 2021, Profamilia, con el acompañamiento técnico de la OIM en Colombia, desarrolló e implementó la ruta Sin Barreras, un modelo de atención integral en SSR con enfoque de género y diferenciado para la población migrante y refugiada de Venezuela y de comunidades de acogida, particularmente niñas y mujeres. Con este modelo de atención integral, se brindaron más de 86.000 servicios y productos de SSR a 7.711 personas, de las cuales el 97% fueron venezolanas y 38 atenciones a mujeres víctimas de VBG.

## 2. Lista de acrónimos

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>ACNUR</b>      | <b>Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados</b>  |
| <b>ALNAP</b>      | Red para el Aprendizaje Activo sobre Rendición de Cuentas y Resultados de la Acción Humanitaria (por sus siglas en inglés). |
| <b>CAD</b>        | Comité de Ayuda al Desarrollo   |
| <b>CCLOS</b>      | Comité Ciudadano Local de Salud   |
| <b>CEDAW</b>      | Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (por sus siglas en inglés)          |
| <b>CEDESOCIAL</b> | Centro de Desarrollo Social   |
| <b>CEMOPLAF</b>   | Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar   |
| <b>COVID-19</b>   | Acrónimo del inglés <i>corona virus disease</i>   |
| <b>DANE</b>       | Departamento Administrativo Nacional de Estadística   |
| <b>DGF</b>        | Discusiones de grupos focales   |
| <b>DIU</b>        | Dispositivo intrauterino  |
| <b>ESI</b>        | Educación sexual integral   |
| <b>ETPV</b>       | Estatuto Temporal de Protección para Venezolanos  |
| <b>FULULU</b>     | Fundación Lunita Lunera   |
| <b>GAC</b>        | Departamento de Asuntos Exteriores, Comercio y Desarrollo de Canadá (por sus siglas en inglés)                              |
| <b>GENFAMI</b>    | Fundación para el Desarrollo, el Género y la Familia  |
| <b>GIFMM</b>      | Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos, Colombia   |
| <b>GRE</b>        | Grupo de referencia de la evaluación  |
| <b>GTRM</b>       | Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes, Ecuador.  |
| <b>IEC</b>        | Información, educación, comunicación  |
| <b>IESS</b>       | Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social   |
| <b>ITS</b>        | Infecciones de transmisión sexual   |
| <b>IVE</b>        | Interrupción voluntaria del embarazo  |
| <b>LGBTQI+</b>    | Lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer, intersexual y otras identidades y expresiones de género.                       |
| <b>MAC</b>        | Métodos anticonceptivos   |
| <b>MSP</b>        | Ministerio de Salud Pública de Ecuador  |
| <b>MSPS</b>       | Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia   |
| <b>NNA</b>        | Niñas, niños y adolescentes   |
| <b>OBC</b>        | Organización de base comunitaria  |
| <b>OCDE</b>       | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos   |
| <b>OIM</b>        | Organización Internacional para las Migraciones   |
| <b>ONG</b>        | Organización no gubernamental   |
| <b>OSC</b>        | Organizaciones de la Sociedad Civil   |
| <b>OSE</b>        | Oficina de del Enviado Especial del Director General de la OIM para la Respuesta Regional a la Situación de Venezuela       |
| <b>POE</b>        | Procedimiento operativo estándar  |
| <b>R4V</b>        | Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes  |
| <b>RMRP</b>       | Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes   |
| <b>SDSR</b>       | Salud y derechos sexuales y reproductivos   |
| <b>SSR</b>        | Salud sexual y reproductiva   |



|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>TdC</b>         | Teoría del cambio   |
| <b>UNEG</b>        | Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas, por sus siglas en inglés                  |
| <b>UNFPA-LACRO</b> | Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe |
| <b>UNFPA</b>       | Fondo de Población de las Naciones Unidas   |
| <b>VBG</b>         | Violencia basada en género  |
| <b>VIH</b>         | Virus de inmunodeficiencia humana   |

### 3. Contexto y propósito de la evaluación

#### 3.1 Contexto del proyecto

##### Contexto del proyecto

En los últimos años, se ha registrado un aumento importante de los flujos de personas venezolanas hacia otros países por causa de la compleja situación económica, social y política en la República Bolivariana de Venezuela (en adelante, Venezuela). Mientras que, en 2015, alrededor de 700.000 personas migraron de Venezuela, en 2021, la cifra aumentó a más de seis millones. El 84% de ellas migró hacia países de América Latina y el Caribe. Una parte de esta población permanece en tránsito entre países, lo cual les genera necesidades inmediatas y de índole humanitaria, y otra parte ha permanecido en los países de acogida por varios años ya, con lo cual tienen necesidades de más largo plazo, como aquellas orientadas a la regularización de su situación migratoria, servicios duraderos de atención, oportunidades laborales y, en últimas, la integración/inclusión en los países de acogida (R4V, 2022).

En **Colombia**, hacia finales de 2021, residían 1.842.390 personas migrantes y refugiadas de Venezuela, lo que convierte al país en el principal receptor de la migración venezolana (R4V, 2022). Entre ellas, 966.714 tenía un estatus migratorio irregular en 2020 (Migración Colombia, 2020).

De otro lado, por cuenta de la pandemia por COVID-19 han aumentado los flujos migratorios irregulares y se han profundizado las vulnerabilidades de la población migrante y refugiada de Venezuela. Además de verse expuestas a la xenofobia, crecen los desafíos en materia de pobreza, desempleo, acceso a la educación, a servicios básicos y a protección. La pandemia tuvo un fuerte impacto en la pobreza. En 2020, más de 3,55 millones de personas se situaron por debajo de la línea de pobreza (DANE).

En lo que respecta a la salud, el personal sanitario de los países de acogida ha experimentado retos para responder a la demanda por servicios médicos y tratamientos. Adicionalmente, existe escasez de suministros, medicamentos y materias primas, como métodos anticonceptivos modernos e insumos para su colocación. Los desafíos en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva tienen consecuencias que afectan de forma diferenciada y desproporcionada la vida de las mujeres y las niñas, quienes enfrentan mayores vulnerabilidades y discriminación por razón de su sexo. Estas se pueden agravar, además, en función de otras características, situaciones o condiciones, como la orientación sexual, la identidad de género, el estado serológico, la condición de discapacidad o la condición socioeconómica (R4V, 2022).

Según una encuesta de necesidades realizada por el Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM), a junio de 2021, el 77 % de los hogares de personas refugiadas y migrantes de Venezuela encuestados carecían de acceso a servicios sanitarios. El 24% de las personas encuestadas manifestó tener alguna necesidad en salud sexual y reproductiva (SSR) durante los 30 días anteriores a la encuesta y el 51 % no logró acceder a servicios de atención. Los servicios más demandados fueron ginecología, anticoncepción, atención para mujeres gestantes, preservativos u otras acciones de prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH (GIFMM, junio de 2021).

Con la pandemia también ha incrementado la violencia basada en género (VBG), en particular, las violaciones y la violencia doméstica. En consecuencia, ha aumentado la necesidad de prevención y atención a la salud física y mental para las víctimas y sobrevivientes. En 2021 la violencia contra niñas venezolanas en Colombia aumentó en un 19,4%, incluidos los matrimonios y uniones tempranas, la trata de personas y la explotación sexual, violencia sexual y de género perpetrada por familiares (R4V, 2022).

Para dar respuesta a los retos de la migración de personas venezolanas hacia Colombia, en 2021, el gobierno colombiano creó el Estatuto Temporal de Protección para Venezolanos (ETPV). Se trata de un mecanismo complementario al régimen de protección internacional a las personas refugiadas. Su objetivo es facilitar el tránsito de la población migrante y refugiada de Venezuela de un régimen de protección temporal a un régimen migratorio ordinario. Esto implica que la población migrante venezolana que se acoja a la medida podrá acceder a derechos, servicios y oportunidades de integración por diez años, mientras que adquiere una visa de residencia (GIFMM, R4V, 2021). Con la creación de este mecanismo, se busca proteger a la población migrante que se encuentra en situación irregular, y mejorar su acceso a medios de vida, a servicios públicos y a bienes y servicios esenciales. Lo anterior reviste particular importancia en el ámbito de la salud ya que en Colombia la población con un estatus migratorio irregular no tiene posibilidad de afiliarse al sistema de salud y solo puede acceder a atención sanitaria en casos considerados urgencias médicas.

En **Ecuador**, a finales de 2021, residían 508.935 personas migrantes y refugiadas de Venezuela (GTRM, 2021), lo que lo convierte en el tercer país de la región que acoge a un mayor número de población migrante y refugiada de Venezuela después de Colombia y Perú. Ecuador es, además, un país que ofrece importantes niveles de protección legal y asistencia social, como el acceso libre a educación y salud. A 2019, del total de población migrante y refugiada de Venezuela en Ecuador, el 54% se encontraba en una situación migratoria irregular y el 40% se ubicaba en Quito (Grupo Banco Mundial, 2019).

Por otra parte, aunque el acceso a la salud es universal y gratuito en Ecuador, persisten barreras en la atención, especialmente para la población migrante y refugiada. La falta de información sobre cómo acceder a la atención, la escasez de recursos económicos, el miedo a las deportaciones, las actitudes discriminatorias del personal de salud y el desconocimiento de sus obligaciones con las personas migrantes son algunas de ellas. Estas barreras se han agudizado con la pandemia, ya que el sistema de salud volcó sus acciones hacia la atención de la COVID-19.

Solo de marzo a mayo de 2020, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) dejaron de prestar 12,5 millones de servicios de prevención y promoción de la salud, lo cual afectó especialmente la salud sexual y reproductiva, la salud materno infantil, la prevención y la atención de la violencia de género, la prevención y la atención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH (Gobierno de Ecuador, 2020). Lo anterior se produjo en el marco de un incremento de la violencia de género y de femicidios en el país y la dificultad de las mujeres para denunciar y solicitar apoyo.

En 2021 el Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes realizó un análisis de necesidades de la población migrante y refugiada de Venezuela. Dentro de los cinco servicios salud que más demandaron quienes respondieron a una encuesta que se aplicó en el marco de este análisis están la atención al parto y al posparto, el acceso a anticoncepción y otros servicios de salud sexual y reproductiva (GTRM, 2021).

Por otro lado, según la encuesta de 2021 de la Matriz de Seguimiento del Desplazamiento, el 69,9% de las personas entrevistadas, migrantes y refugiadas venezolanas, manifestó que no tuvo acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en el último año. Solo un 24,1% accedió a métodos anticonceptivos y un 7,1% a pruebas de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, mientras que apenas un 6,4% tuvo acceso a servicios de educación sexual y consejería (OIM, 2021).

En resumen, la población migrante y refugiada venezolana en la región continúa enfrentando desafíos que afectan particularmente su vida y su salud. La situación toma la forma de una crisis prolongada que exige acciones de tipo humanitario, que salven vidas y alivien el sufrimiento. En paralelo, demanda acciones de más largo plazo que se orienten a integrar a la población migrante en los países de acogida. En Colombia y Ecuador, la cooperación internacional ha apoyado los esfuerzos para atender a estas necesidades, también en materia de acceso a la salud sexual y reproductiva y la prevención y respuesta de la violencia basada en género.

### **Descripción del proyecto**

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) es parte del Sistema de Naciones Unidas y, dentro de él, es la organización a cargo de promover una migración ordenada, segura y humana, que beneficie a toda la sociedad. A su vez, la Oficina del Enviado Especial del Director General de la OIM para la Respuesta Regional a la Situación de Venezuela (OSE, por sus siglas en inglés) es la instancia encargada de liderar la coordinación y la supervisión operativa de los 17 países de América Latina y el Caribe que intervienen en el marco del Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes (RMRP). Junto al ACNUR, colidera la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes (R4V).

En 2020, la OSE obtuvo el apoyo financiero del Departamento de Asuntos Exteriores, Comercio y Desarrollo de Canadá (GAC), para la implementación del proyecto regional “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”.

La intervención se llevó a cabo de marzo de 2020 a septiembre de 2021 (18 meses) y priorizó los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta, en Colombia; y los cantones de Machala, Manta y Quito, en Ecuador. Trabajó con población migrante, refugiada y retornada de Venezuela, así como de las comunidades de acogida, particularmente, mujeres, adolescentes y niñas. Contó con un presupuesto de 3,7 millones de dólares canadienses.

La intervención tuvo como objetivo contribuir a garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de personas migrantes y refugiadas de Venezuela y comunidades de acogida desde un enfoque de género y derechos en Colombia y Ecuador. El proyecto combinó un enfoque de asistencia humanitaria, que se refleja en sus productos 2.3 y 3.2, con acciones de asistencia al desarrollo.

La siguiente tabla presenta el objetivo, efectos y productos esperados del proyecto:

| <b>Tabla 1. Objetivo general, efectos y productos esperados del proyecto<sup>1</sup></b>  |
|---|
| <p align="center"><b>Objetivo general</b></p> <p>Contribuir a la garantía de los derechos y la salud sexual y reproductiva para personas migrantes y refugiadas de Venezuela y comunidades de acogida con un enfoque de género en Colombia y Ecuador.</p>                 |
| <p align="center"><b>Efecto 1.</b></p> <p>Las mujeres y las niñas de las comunidades y las instituciones se han empoderado para promover y ejercer su voz y su agencia en relación con su salud y sus derechos sexuales y reproductivos en Colombia y Ecuador.</p>        |
| <p><b>Producto 1.1.</b> Mujeres y niñas, migrantes y refugiadas de Venezuela e integrantes de las comunidades de acogida han mejorado sus conocimientos para ejercer su agencia y demandar su SDSR en Colombia y Ecuador.</p>   |
| <p><b>Producto 1.2.</b> Las autoridades nacionales y locales y las organizaciones de la sociedad civil están empoderadas para promover servicios integrales de SDSR con enfoque de género en Colombia y Ecuador.</p>  |
| <p align="center"><b>Efecto 2</b></p> <p>Ha aumentado el acceso de las mujeres y las niñas a servicios integrales de salud sexual y reproductiva con enfoque de género en Colombia y Ecuador.</p>   |
| <p><b>Producto 2.1.</b> Las autoridades nacionales y locales han mejorado los conocimientos y han fortalecido sus capacidades en materia de servicios integrales de SDSR con enfoque de género en Colombia y Ecuador.</p>   |
| <p><b>Producto 2.2.</b> En Colombia y Ecuador se han fortalecido los mecanismos de coordinación para la respuesta en servicios integrales en SDSR con enfoque de género para mujeres y niñas migrantes de Venezuela y de las comunidades de acogida.</p>                  |
| <p><b>Producto 2.3.</b> Mujeres y niñas, migrantes de Venezuela y de las comunidades de acogida han recibido servicios integrales de salud sexual y reproductiva con enfoque de género en Colombia y Ecuador.</p>   |
| <p align="center"><b>Efecto 3.</b></p> <p>Ha mejorado el acceso a la asistencia médica y la referenciación de las mujeres y las niñas migrantes de Venezuela y de las comunidades de acogida sobrevivientes de violencia basada en género (VBG) y explotación sexual.</p> |

<sup>1</sup> Traducción libre de la versión original en inglés según matriz de resultados.

**Producto 3.1.** Las autoridades nacionales y locales y los proveedores de servicios de atención a la VBG han mejorado sus capacidades en materia de prevención y respuesta a la VBG con enfoque sensible al género en Colombia y Ecuador.

**Producto 3.2.** Las mujeres y las niñas migrantes de Venezuela e integrantes de las comunidades de acogida en situación de vulnerabilidad reciben información segura, confidencial y oportuna, respuesta y servicios de apoyo a la VBG en Colombia y Ecuador.

La OSE y las oficinas de la OIM en Colombia y Ecuador lideraron el proyecto. En Colombia, los socios implementadores fueron la Fundación Renacer, la Fundación Plan Colombia (en adelante, Plan), la Fundación para el Desarrollo, el Género y la Familia (en adelante, Genfami), Sinergias y Profamilia. Fueron partes clave de la iniciativa el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), las secretarías de salud de cada distrito, los hospitales locales y los comités de lucha contra la trata de personas, entre otras. En Ecuador, la Fundación Lunita Lunera (en adelante, FULULU) fue el socio implementador del componente comunitario de la iniciativa. Adicionalmente, estuvieron a cargo de la oferta de servicios en SSR el Movimiento de Mujeres del Oro, en Machala; el Patronato de Manta, en Manta y CEMOPLAF, en Quito. El componente institucional se llevó a cabo a través de consultorías contratadas por la OIM Ecuador. A su vez, el Ministerio de Salud Pública (MSP) fue el socio estratégico para la implementación del componente institucional.

### 3.2 Contexto, alcance y propósito de la evaluación

De conformidad con la política de evaluación de la OIM (Instrucción 266/18) y los lineamientos de evaluación de la OIM, la OSE ha solicitado la realización de la presente evaluación. Se trata de una evaluación externa ex post de tipo sumativo. Además, es una evaluación centrada en el uso, es decir, se busca que sus conclusiones y recomendaciones se puedan utilizar en posibles intervenciones futuras y fundamenten la toma de decisiones.

El **objetivo de la evaluación** es valorar el resultado de las intervenciones implementadas con un enfoque de derechos y género e identificar y documentar buenas prácticas y lecciones que contribuyan a mejorar futuras intervenciones.

**Los principales usuarios** de los resultados de la evaluación serán la OSE; las misiones de la OIM en Colombia y Ecuador; el Departamento de Asuntos Exteriores, Comercio y Desarrollo de Canadá (Global Affairs Canada - GAC), y las contrapartes claves de la iniciativa. La evaluación busca informar decisiones basadas en evidencia y brindar reflexiones útiles para el diseño y la implementación de futuras intervenciones.

En cuanto a su **alcance**, la presente evaluación abarca el proyecto *Asistencia y promoción de la salud sexual y reproductiva para las mujeres y niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y comunidades de acogida en Colombia y Ecuador*. Se evalúa el proyecto desde su fecha de inicio hasta su fecha de finalización, es decir, el período comprendido entre marzo de 2020 y septiembre de 2021. La evaluación incluye todos los efectos y productos del proyecto, en los seis distritos/cantones y los dos países en los

que se implementó, es decir, en Colombia: Barranquilla, Cartagena y Santa Marta; y en Ecuador: Machala, Manta y Quito. Los hallazgos se presentan a nivel de país, aunque se destacan aspectos de la intervención a nivel de distrito o cantón cuando resulta relevante.

### 3.3 Enfoque y metodología

#### 3.3.a Criterios de evaluación

Esta evaluación tiene un enfoque orientado por la Teoría de Cambio y se guía por los criterios de pertinencia/adecuación, cobertura, eficacia, eficiencia, coherencia/coordinación, sostenibilidad/conectividad e impacto, este último, en la medida que lo permiten el diseño no experimental y las limitaciones del contexto explicadas en detalle más adelante.

Se trata, entonces, de una evaluación que combina los criterios propuestos por el CAD/OCDE para aplicar en evaluaciones de intervenciones en contextos de desarrollo y algunos criterios sugeridos por la ALNAP para evaluar intervenciones que se llevan a cabo en contextos humanitarios. Lo anterior, habida cuenta de la naturaleza del proyecto que plantea elementos de ambas esferas.

A continuación, se presentan las preguntas que han guiado la evaluación. En el anexo 7.2 se incluye la matriz de evaluación del proyecto:

| CRITERIO                  | PREGUNTA DE EVALUACIÓN   |
|---------------------------|--|
| Pertinencia y adecuación  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿En qué medida respondieron los objetivos y el diseño del proyecto a las necesidades de las mujeres y niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y comunidades de acogida en Colombia y Ecuador?</li> <li>2. ¿En qué medida se adecuó el diseño del proyecto a las características específicas de los contextos de intervención?</li> <li>3. ¿Fue la matriz de resultados del proyecto diseñada correctamente para dar respuesta a las necesidades de la población beneficiaria?</li> </ol> |
| Cobertura                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. ¿En qué medida alcanzó el proyecto a las mujeres, adolescentes y niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en mayor situación de vulnerabilidad?</li> </ol>  |
| Eficacia                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. ¿En qué medida se lograron los productos esperados del proyecto, incluyendo aquellos diferenciados entre grupos?</li> </ol>  |
| Eficiencia                | <ol style="list-style-type: none"> <li>6. ¿En qué medida agregaron valor al proyecto las alianzas establecidas con socios implementadores locales como Profamilia, GENFAMI, Renacer, Sinergias, Fundación Plan y Fundación Lunita Lunera?</li> </ol>   |
| Coordinación y coherencia | <ol style="list-style-type: none"> <li>7. ¿En qué medida la asistencia brindada se coordina con las diferentes organizaciones que asisten a la población migrante en Colombia y Ecuador, y con qué consecuencias?</li> <li>8. ¿En qué medida tuvo en cuenta el diseño y la implementación del proyecto el marco normativo vigente y los lineamientos de la OIM?</li> </ol>   |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Conectividad y sostenibilidad</b> | 9. ¿En qué medida las actividades del proyecto apuntan a procesos de desarrollo y tuvieron en consideración mecanismos para asegurar que sus efectos positivos sean duraderos? |
| <b>Impacto</b>                       | 10. ¿En qué medida ha contribuido el proyecto o se espera que contribuya a cambios significativos y duraderos, sean estos positivos o negativos, esperados o no?               |

### 3.3.b. Metodología

La metodología implementada para la recolección y análisis de la información adoptó un enfoque cualitativo, aunque incluyó también el análisis de información cuantitativa producida en el marco de actividades de monitoreo del proyecto, concretamente, de las encuestas aplicadas a la población beneficiaria y de los datos registrados en la matriz de monitoreo de resultados.

Con el ánimo de ofrecer mejores condiciones de validez, la metodología se caracterizó por un enfoque participativo que incluyó la más amplia representación posible de todos los actores clave involucrados, incluyendo al personal de la OIM, socios implementadores, instituciones públicas, aliados, organismos de la sociedad civil, liderazgos comunitarios, los distintos perfiles de beneficiarias y beneficiarios de acuerdo con su condición migratoria, ubicación geográfica y edad.

#### Métodos de recolección de información y muestra

Para esta evaluación se emplearon los siguientes métodos de recolección de información y muestras:



**Revisión documental** de **326** fuentes secundarias de información.



**Entrevistas semiestructuradas** a **89** informantes clave en Colombia y Ecuador.



**Discusiones de grupos focales** con 24 grupos y un total de **136** personas beneficiarias.



**Revisión documental:** El equipo evaluador revisó 326 documentos, incluyendo el documento de proyecto, el informe interino y sus anexos, los informes de socios implementadores, la matriz de monitoreo de resultados, los diagnósticos y estudios elaborados en el marco del proyecto, metodologías y contenidos de los procesos formativos, piezas de campañas comunicacionales, entre

otros. También se revisó el marco jurídico en materia de SSR y VBG, las políticas, estrategias y normativas más relevantes en la esfera nacional e internacional, así como las estrategias y directrices de la OIM. Algunos documentos fueron revisados en línea para obtener información de contexto, marco normativo o publicaciones de prensa y en redes sociales acerca de algunas actividades del proyecto, entre otros (ver el anexo 7.3 para obtener una lista detallada de los documentos revisados).



**Entrevistas semiestructuradas a informantes clave:** mediante entrevistas semiestructuradas de una hora aproximadamente, se consultó a 89 informantes clave en Colombia y Ecuador, dentro de los cuales 75 mujeres y 14 hombres. 55 de estas entrevistas se hicieron presencialmente mientras que 34 se realizaron en modalidad remota. 41 entrevistas se realizaron en Colombia y 48 en Ecuador. Para estas entrevistas, la selección de la muestra fue intencional en lo que respecta a las personas que ocupan “cargos únicos” y por conveniencia en los casos en que más de una persona pudo ser informante en nombre de un colectivo, por ejemplo, el personal institucional que brinda servicios de salud y beneficiarias (ver una lista detallada de las personas consultadas en el anexo 7.4).



**Discusiones de grupos focales:** se realizaron 24 discusiones de grupos focales en los seis cantones y distritos en los que se implementó el proyecto: 16 en Colombia y 8 en Ecuador. Participaron 136 personas beneficiarias, de las cuales 119 mujeres adultas y adolescentes y 17 hombres adultos y adolescentes (véase el anexo 7.4 para obtener información desagregada sobre participantes). Cada discusión tuvo una duración de 1.5 a 2 horas.

Considerando la situación de movilidad en que se encuentran algunas personas beneficiarias y las dificultades de acceso, la selección de participantes que integró cada grupo focal se hizo por conveniencia. Además, siempre que fue posible, se trabajó en grupos organizados teniendo en cuenta criterios de sexo, edad y nacionalidad. De esta forma el equipo evaluador buscó propiciar un diálogo abierto y franco, en un ambiente de confianza en el que cada participante se encontrara entre sus pares (por nacionalidad, por edad, por sexo).

En aras de escuchar las voces de la población que históricamente se ha dejado atrás, allí donde fue viable, se priorizó la participación de mujeres, hombres y adolescentes con discapacidad, de diferente origen étnico, que expresan una orientación sexual o identidad de género diversa, entre otros criterios que permitieron al equipo evaluador hacer un análisis con perspectiva interseccional. Por ejemplo, se entrevistó a dos beneficiarias que se auto reconocieron como trans (Cartagena y Machala), a dos que se auto reconocieron como lesbianas (Cartagena), a mujeres del cabildo indígena zenú de Membrillal (Cartagena), y a dos personas con discapacidad (Machala).

Como parte de la incorporación del enfoque de género en la implementación de las DGF, la evaluadora moderó los grupos con las mujeres adultas y adolescentes y el evaluador moderó los grupos con los hombres adultos y adolescentes. Esto buscó propiciar un clima de mayor confianza y empatía.

En el anexo 7.4 se presenta la muestra obtenida en entrevistas y grupos focales.



## Análisis y triangulación de información

Toda la información recolectada fue transcrita y limpiada. Seguidamente, se codificaron los segmentos relevantes de acuerdo con un conjunto de áreas de análisis o nodos relacionados con las preguntas y subpreguntas de evaluación. Para ello, se utilizó el programa Dedoose, una herramienta que facilita procesos investigativos mixtos y ofrece la posibilidad de analizar categorías y descriptores de forma individual o combinada, observar frecuencias y visualizar resultados en distintos formatos.

La información clasificada fue analizada y triangulada para posteriormente identificar los hallazgos preliminares presentados al grupo de referencia de la evaluación (GRE), quien, a su vez, solicitó algunas precisiones y suministró información adicional que fue incorporada al conjunto de evidencias. El equipo evaluador elaboró el borrador de informe final que también fue revisado y retroalimentado por el GRE. El proceso culminó con la elaboración del informe final que presenta hallazgos, conclusiones y recomendaciones basados en evidencia debidamente triangulada y con mención explícita de las fuentes empleadas en cada caso. El informe se acompaña de un documento donde se presentan algunas lecciones aprendidas y buenas prácticas.

Para el análisis bajo los criterios de eficacia e impacto, así como para la pregunta 3 sobre la pertinencia del diseño de la matriz de resultados, el equipo evaluador empleó el enfoque de Evaluación Orientada por la Teoría del Cambio.

Este proceso tuvo tres hitos: **1.** En la fase de inicio de la evaluación, se hizo una primera reconstrucción de la teoría del cambio implícita del proyecto a partir de la revisión documental preliminar (TdC 1). Las hipótesis de cambio bajo cada efecto guiaron el proceso de recolección de información para confirmar su validez, los nexos de causalidad y factores internos o externos que favorecieron o entorpecieron el logro de los resultados esperados, así como la verificación de cumplimiento de los supuestos. **2.** Concluida la fase de recolección de la información, se elaboró una representación gráfica de la teoría del cambio (TdC 2). Esta vez se reflejaron las particularidades de la implementación, como el nivel de apego a las actividades planificadas y su influencia en la eficacia e impacto de la intervención, la existencia de factores externos que comprometieron o favorecieron la implementación, la identificación de otros supuestos que no habían sido considerados originalmente. Esta representación de la TdC fue una herramienta útil para la formulación de hallazgos preliminares. **3.** Concluido el proceso de análisis de la información, el equipo evaluador elaboró una última versión revisada de la teoría del cambio (TdC 3). En esta oportunidad, se plantean los ajustes a la propuesta original que reflejan cómo el proyecto habría operado de la mejor manera para el logro de los resultados esperados. Este último ejercicio fue útil para la formulación de recomendaciones. En el anexo 7.6 se encuentran disponibles para consulta las TdC 1, 2 y 3.

**Calificación de desempeño.** Las conclusiones a las que llevó el conjunto de hallazgos determinaron el grado de desempeño del proyecto frente a cada criterio de evaluación. El equipo evaluador, siguiendo esa lógica, asignó una calificación a cada criterio según la escala sugerida en la Guía de Evaluación de la Acción Humanitaria (ALNAP, 2017):

| Calificación del desempeño | Descripción de la calificación   |
|----------------------------|--|
| <b>Excelente</b>           | Desempeño ejemplar o práctica idónea sin ninguna debilidad.  |
| <b>Muy bueno</b>           | Desempeño muy bueno o excelente en todo sentido. Fuerte en general, pero no ejemplar. Ninguna debilidad de consecuencias reales. |
| <b>Bueno</b>               | Desempeño razonablemente bueno. Puede haber algunas debilidades menores, no graves.  |
| <b>Adecuado</b>            | Desempeño razonable. Algunas debilidades, pero no fatales.   |
| <b>Deficiente</b>          | Clara evidencia de funcionamiento insatisfactorio; graves debilidades a todos los niveles en aspectos cruciales.                 |

### 3.3.c. Incorporación de enfoques transversales en la metodología

El equipo evaluador tuvo en cuenta en sus objetivos, procesos y métodos los enfoques de derechos humanos y género en línea con las orientaciones de la UNEG. A continuación, se ofrece una breve explicación de cada uno de estos enfoques y cómo fueron incorporados en la evaluación:

- **Enfoque de derechos humanos.** Es un marco conceptual que apoya el desarrollo humano y está fundamentado en los estándares internacionales de los derechos humanos. A nivel más operacional, está relacionado con la promoción y protección de los derechos de las personas (UNEG, 2014).
- **Enfoque de género.** Parte de reconocer la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades entre hombres y mujeres, niñas y niños. La igualdad de género también abarca a las personas que expresan una orientación sexual o identidad de género diversa (UNEG, 2014).

Algunas medidas que adoptó el equipo evaluador para incorporar estos enfoques en la evaluación fueron:

- 1.** Se dio prioridad a la participación de las mujeres (adultas y adolescentes) en las actividades de recolección de información, así como a las personas que expresan una orientación sexual o identidad de género diversas.
- 2.** El equipo de evaluación dividió las DGF de manera que el evaluador realizara la DGF con los hombres y la evaluadora moderara aquellas con mujeres. Esto, para fomentar una mayor confianza y empatía.
- 3.** Se decidió no entrevistar a los sobrevivientes de VBG que se beneficiaron del proyecto, buscando con ello evitar la revictimización y salvaguardar el principio de no hacer daño.
- 4.** La lista de informantes se elaboró a partir de un análisis que tuvo en cuenta a los titulares de derechos y titulares de obligaciones.
- 5.** Las relaciones de poder entre la población se analizaron teniendo en cuenta el sexo, el género, la edad, la orientación sexual, la identidad de género, el origen étnico, entre otros, y la forma en que el proyecto las abordó.
- 6.** Se analizó en qué medida el proyecto promovía la participación de las mujeres, las niñas y las personas que expresaban una orientación sexual o una identidad de género diversas.

### 3.3. d. Limitaciones de la evaluación

El equipo evaluador identificó las siguientes limitaciones en el proceso de evaluación:

- **Dificultades de acceso a información consolidada del proyecto.** El equipo evaluador tuvo acceso a una vasta documentación, sin embargo, no tuvo acceso al informe final del proyecto. Esto dificultó contar con datos consolidados sobre los logros del proyecto, toda vez que estos variaban entre la matriz de monitoreo de resultados y los informes finales parciales entregados por socios implementadores. La misma dificultad se tuvo frente a la interpretación distinta que cada misión de país hizo de algunos indicadores, lo que las llevó a reportar de forma significativamente distinta sus progresos frente a algunos de estos indicadores. Como medida de mitigación, se optó por hacer las consultas correspondientes a varios informantes de la OIM, y cuando la información suministrada no brindó suficiente claridad, así fue expresado en el informe.
- **Imposibilidad de entrevistar a informantes clave de la OSE.** Se intentó entrevistar a la persona que estuvo a cargo de la coordinación del proyecto en la OSE, pero esta persona ya no estaba vinculada a esa oficina y no pudo ser contactada. Lo anterior ocasionó que no se pudiera recoger la voz de quien fuera la persona más idónea para ofrecer información desde el punto de vista de la coordinación regional de la iniciativa. Como medida de mitigación, el análisis se apoyó en mayor medida en la revisión documental y en un mayor número de entrevistas individuales en Colombia y Ecuador. En algunas de ellas se pudo indagar sobre cuestiones que se buscaban responder a partir de la entrevista con la OSE.
- **Tiempo limitado.** Si bien el plazo inicial para realizar la evaluación fue de tres meses, varios procesos tomaron más tiempo de lo esperado, concretamente, la fase de diseño de la evaluación, retroalimentación e incorporación de observaciones al informe de inicio y la planificación y puesta en marcha de la recolección de información en campo. En particular, esta última se extendió debido a la amplia coordinación logística que demandó la organización de la visita al campo, la disponibilidad de los equipos en cada país y dificultad para convocar a las personas beneficiarias. Como medida de mitigación, se extendieron los plazos para la fase de análisis.
- **Dificultad para garantizar la participación de la población beneficiaria en las discusiones de grupos focales.** En ambos países se tuvo algún grado de dificultad para ubicar a la población beneficiaria, dado que el proyecto había finalizado hacía 6 meses, además porque parte de esta población se encontraba en tránsito durante la implementación de la iniciativa o cambió de dirección/teléfono. Esta dificultad se experimentó especialmente en Ecuador, en donde no se logró tener el número de DGF previstas. Una consecuencia de lo anterior fue que, en algunos casos, participaron en estos espacios personas cercanas al proyecto, a la OIM o al socio implementador, o con trabajo conjunto de más largo plazo con estos actores, lo cual puede generar sesgos en la información que brindaron. Como medida de mitigación, se aumentó el número de entrevistas individuales con las beneficiarias disponibles y otros actores clave a fin de diversificar las fuentes y puntos de vista.

### 3.3.e. Descripción de las normas y estándares de la evaluación

El equipo evaluador se acogió a las normas y estándares de evaluación del Grupo de Evaluación de Naciones Unidas (UNEG, por sus siglas en inglés) y a los Principios de Protección de Datos de la OIM, en especial los que rigen la interacción con personas beneficiarias del proyecto.

Los estándares éticos del equipo evaluador se orientaron por los principios de integridad, rendición de cuentas, respeto y beneficencia, en consonancia con las Orientaciones Éticas de la UNEG. También se acogieron a las obligaciones estipuladas en el Código de Conducta para las Evaluaciones en el Sistema de

Naciones Unidas, específicamente las relativas a la independencia, la imparcialidad, los conflictos de intereses, la honestidad y la integridad, la competencia, la responsabilidad, las obligaciones con participantes, la confidencialidad, el principio de no hacer daño, la exactitud, la exhaustividad y la fiabilidad, la transparencia e información de omisiones e irregularidades.

#### 4. Hallazgos

A continuación, se presentan los hallazgos de evaluación para ambos países. En los casos en que un hallazgo aplica únicamente para un país, se menciona explícitamente. Bajo cada criterio de evaluación, se presenta la calificación de desempeño basada en los hallazgos y conclusiones.

##### CRITERIO: PERTINENCIA Y ADECUACIÓN

##### Desempeño: Bueno

#### 1. ¿En qué medida respondieron los objetivos y el diseño del proyecto a las necesidades de las mujeres y niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y comunidades de acogida en Colombia y Ecuador?

##### ***H1. El proyecto fue diseñado a partir de un análisis de necesidades basado en evidencia y con enfoque de derechos, género, movilidad humana e interseccionalidad.***

*Fuentes: Documento de Proyecto; PRMR 2020-2021; Entrevistas personal de la OIM Colombia y Ecuador; entrevistas Profamilia; Entrevistas Fundación Renacer; Informe Final Renacer; Informe Final Plan; Informe final Profamilia; Informe técnico FULULU; Entrevistas personal de FULULU.*

1. El proyecto fue diseñado a partir de un análisis del contexto que pone en evidencia algunas de las necesidades más urgentes de la población migrante, refugiada y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador. Este análisis tomó como insumos los datos producidos por la OIM, otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas, instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y las instancias de coordinación creadas para responder a la emergencia. Se destaca en ese conjunto de fuentes el Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes (RMRP), el cual se basa en las evaluaciones conjuntas de necesidades realizadas por socios en el ámbito nacional y subregional, y en los intercambios continuos con los gobiernos de los países de acogida, los actores de la sociedad civil y las poblaciones afectadas.

2. Por otra parte, específicamente en Colombia, el proyecto incorporó los aprendizajes y tuvo en cuenta la evidencia recabada en intervenciones anteriores de la Misión de la OIM frente a las necesidades de la población en SSR, especialmente una fase piloto del proyecto “Sin Barreras” implementada exclusivamente en el distrito de Cartagena entre octubre y diciembre de 2019 con la participación de los socios Profamilia y Fundación Renacer. Estas intervenciones pasadas permitieron un acercamiento a los liderazgos comunitarios, mujeres y adolescentes, así como a las autoridades de salud, junto con quienes la misión de la OIM identificó necesidades sentidas de la población, en particular, de las personas en situación de movilidad.

3. El documento de proyecto describe el contexto de intervención poniendo acento en los riesgos, necesidades y barreras a que se enfrenta la población en situación de movilidad e integrantes de las

comunidades de acogida frente a aspectos como el trámite de documentación y regularización del estatus migratorio, acceso a medios de vida y a servicios de diversa índole, incluyendo aquellos en el ámbito de la SSR y la atención de la VBG. El documento dedica especial atención al análisis de las barreras de acceso a servicios de anticoncepción, salud materna, diagnóstico y tratamiento de ITS, incluyendo el VIH, la IVE en el marco normativo específico de cada país, y la atención a las VBG.

4. Más aún, el documento de proyecto describe en detalle la manera en que variables como el estatus migratorio, el sexo, la edad, el origen étnico, la situación de discapacidad, la orientación sexual e identidad de género se cruzan en algunos casos acentuando la vulnerabilidad y aumentando los riesgos y las necesidades de algunos individuos y colectivos en particular.

5. El enfoque de género en el análisis de necesidades también es claro en el documento de proyecto, al explicarse cómo, en el contexto de intervención, las dinámicas desiguales de poder entre hombres y mujeres ubica a estas en una situación de desproporcionada desventaja y mayores riesgos, restando o anulando su autonomía frente a decisiones tan importantes como la reproducción o el ejercicio de la sexualidad, y, en general, impidiendo un goce pleno de sus derechos. Este análisis sugiere que son las mujeres, adolescentes y niñas, así como las personas que expresan una orientación sexual o identidad de género diversa, quienes se encuentran más expuestas a las violencias basadas en género, y enfrentan mayores barreras de acceso a servicios.

6. Por último, el enfoque de derechos se refleja en el reconocimiento de necesidades y barreras desde la óptica tanto de titulares como de garantes de derechos, así como en la adopción de un enfoque que reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos fundamentales que deben ser reconocidos sin discriminación de ningún tipo, incluyendo la nacionalidad o el estatus migratorio, y a través de acciones centradas en las personas, su dignidad, necesidades diferenciadas y deseos.

**H2. Los objetivos y el diseño del proyecto apuntaron a responder a algunas de las necesidades más sentidas en SDSR y VBG de la población beneficiaria que se agudizaron en el contexto de la pandemia por COVID-19.**

*Fuentes: Documento de Proyecto; Entrevistas personal OIM Colombia y Ecuador; entrevistas Socios Implementadores Colombia y Ecuador; entrevistas autoridades de salud Colombia y Ecuador; entrevistas a lideresas comunitarias y promotoras de salud; DGF con población beneficiaria en ambos países; informes finales de socios implementadores en ambos países.*

7. El proyecto fue diseñado para responder a necesidades de mujeres y adolescentes migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida, pero también para contribuir al fortalecimiento de las instituciones garantes de sus derechos (MSP en Ecuador y MSPS en Colombia, por ejemplo). En cada país también se incluyeron en el diseño del proyecto acciones para el fortalecimiento de otras instituciones y OSC que, en su mayoría, trabajan con personas en situación de movilidad. La siguiente tabla presenta las principales necesidades priorizadas en el diseño del proyecto:

|   |
|---|
| <b>Tabla 2. Principales necesidades priorizadas en el proyecto</b>            |
| <b>Frente a población migrante, refugiada y de las comunidades de acogida</b> |

|   |  |
|---|--|
| Información   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para reconocer y ejercer sus derechos.</li> <li>- Para identificar y prevenir las VBG.</li> <li>- Para cuestionar los mandatos de género que predominan en sus entornos y limitan las oportunidades de desarrollo, especialmente de mujeres y niñas.</li> <li>- Para adoptar hábitos saludables en el ejercicio de la sexualidad y prevenir situaciones de riesgo.</li> <li>- Para desmitificar imaginarios sobre la sexualidad y la reproducción.</li> <li>- Para conocer la oferta de servicios y rutas de acceso.</li> </ul> |
| Formación   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para generar procesos de empoderamiento comunitario.</li> <li>- Para incentivar la promoción de la SSR y la prevención de las VBG.</li> <li>- Para ser agentes que conecten las necesidades de sus comunidades con los servicios disponibles.</li> </ul>  |
| Atención  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para satisfacer necesidades en SSR, incluida la anticoncepción, diagnóstico de ITS, salud materna e IVE (este último en Colombia)</li> <li>- Para mitigar los efectos de las VBG, especialmente de la violencia sexual (VS), explotación y trata de personas.</li> </ul>  |
| Dotación a OBC  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para el desarrollo de acciones de promoción de la SDSR y la prevención de la VBG.</li> </ul>  |
| <b>Frente a las instituciones, ONG, OSC y otros actores de la respuesta</b> |  |
| Generación de información   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para facilitar la toma de decisiones</li> <li>- Para reconocer necesidades y barreras y actuar en consistencia</li> </ul>   |
| Fortalecimiento de competencias del recurso humano                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para brindar servicios de SSR integrales, diferenciados y con enfoque de género.</li> <li>- Para brindar atención integral, diferenciada y con enfoque de género a sobrevivientes de VBG, especialmente de la violencia sexual.</li> <li>- Para prevenir y activar las rutas de atención de víctimas de los delitos de trata de personas, explotación y violencia sexual.</li> </ul>  |
| Dotación de insumos y equipos (en menor medida)                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para asegurar la adherencia a protocolos de atención.</li> </ul>  |

8. Estas necesidades, evidenciadas en los diferentes documentos que sirvieron de insumo para el diseño del proyecto, y que durante su implementación fueron confirmadas a través de los diagnósticos participativos realizados en ambos países<sup>2</sup>, fueron consideradas relevantes tanto por las personas beneficiarias como por las instituciones, socios implementadores y personal de la OIM consultados en ambos países en el marco de esta evaluación. Para estas personas, el proyecto acertó al priorizar esas necesidades resaltando que siguen siendo sentidas incluso una vez finalizado el proyecto.

<sup>2</sup> **En Ecuador:** Diagnóstico Situacional sobre SSR y VBG en Quito, Manta Machala, Lago Agrio y Guayaquil y su Vinculación con las Personas en Situación de Movilidad Humana.

**En Colombia:** Diagnósticos Territoriales sobre el Delito de Trata; Diagnóstico de barreras y necesidades en SSR de la población Migrante; Diagnóstico sobre comportamientos riesgosos en VIH/Sida.

9. Un aspecto para destacar es la mayor pertinencia que cobra el diseño del proyecto en el contexto marcado por la pandemia por la COVID-19. Las medidas de restricción de la movilidad y suspensión de actividades comerciales no esenciales, el temor al contagio en establecimientos de salud, y el aumento de fenómenos de violencia en el confinamiento, plantearon riesgos y mayores barreras adicionales a las preexistentes, conduciendo a una agudización de estas necesidades, agravada con la menor capacidad de respuesta de los gobiernos desbordados en la contención de la pandemia. Al respecto, pudieron recogerse múltiples testimonios de mujeres y adolescentes beneficiarias que hacían alusión a las mayores dificultades que para ellas representaba satisfacer las necesidades en salud en el contexto de la pandemia. En algunos casos, manifestaron que la asistencia brindada en el proyecto representó la única opción.

10. Otro aspecto destacable del diseño del proyecto, y que es reconocido como tal por varios informantes, especialmente del sector institucional, son sus enfoques humanitario y de cooperación al desarrollo. Estos permitieron, por una parte, dar respuesta inmediata y sin barreras a las necesidades más urgentes de la población en materia de SSR y VBG, y, por otra, apuntar a transformaciones de más plazo mediante los procesos de empoderamiento comunitario y de fortalecimiento de capacidades de respuesta desde la institucionalidad.

11. La evaluación recogió voces de representantes de instituciones, población beneficiaria y personal de la OIM en relación con algunas necesidades sentidas, que, sin embargo, no eran de alcance del proyecto y que, en general, solo pocas organizaciones atienden. Las que se mencionaron de forma más frecuente fueron: tratamiento para ITS (especialmente VIH/Sida), retiro de implantes y DIU con sedación; colposcopia y tratamiento para el cáncer cervicouterino y de mama.<sup>3</sup> Frente a estas necesidades no priorizadas en el diseño del proyecto, debe mencionarse, sin embargo, que el equipo evaluador recabó evidencia sobre los esfuerzos hechos desde la OIM en ambos países y sus socios y aliados en el territorio, orientados a acercar a beneficiarias a otros entes que sí brindan ese tipo de atenciones. En algunos casos, las necesidades que revestían especial urgencia fueron solventadas directamente por las misiones de la OIM a través de otros fondos, programas y proyectos.

### **H3. Colombia: El diseño del proyecto no involucró significativamente a los hombres en algunas actividades hito.**

*Fuentes: Documento de Proyecto; Marco Institucional de la OIM para el Abordaje la VBG en Crisis; entrevistas al personal de la OIM Colombia; entrevista Plan; entrevista Fundación Genfamj; entrevistas a lideresas comunitarias; DGF con población beneficiaria.*

12. El documento de proyecto plantea en el análisis de contexto y necesidades que *“(…) Trabajar hacia la igualdad de género - involucrando y empoderando a hombres y mujeres es imperativo para lograr resultados de desarrollo, incluyendo la reducción de la pobreza y la mejora de la salud. La relación de los hombres y los niños con las mujeres y las niñas repercute en la situación sanitaria y, por consiguiente, en el desarrollo. La participación de los hombres en la mejora de la salud sexual y reproductiva, protegiendo a sus familias y comunidades de la violencia de género, garantizando el acceso a la atención de la salud y*

---

<sup>3</sup> En Ecuador, aunque el análisis previo al diseño del proyecto evidenció las problemáticas asociadas a los abortos inseguros y su especial impacto en la salud de mujeres adolescentes y jóvenes, se ha resaltado, por parte de algunas OBC y aliados territoriales, la casi nula oferta en el país de servicios relacionados con la IVE, abordaje que tampoco se dio desde el proyecto.

*creando una buena planificación familiar, es fundamental en situaciones de crisis. Además, el fortalecimiento de las normas de salud sexual y reproductiva requiere la participación de todos, niños y niñas, hombres y mujeres”.*

13. Este planteamiento es consistente con las buenas prácticas evidenciadas en programas orientados a balancear las relaciones de poder entre hombres y mujeres y poner fin a las VBG, y con lo recomendado en el Marco Institucional de la OIM para el Abordaje la VBG en Crisis. Sin embargo, no se ve suficientemente reflejado en el diseño del proyecto para el caso de Colombia.

14. En efecto, aunque en algunas de las iniciativas comunitarias y en los procesos de fortalecimiento de capacidades institucionales y levantamiento de diagnósticos se involucraron hombres, en las acciones de formación y sensibilización más intensas y orientadas al empoderamiento, como lo fueron el curso de formación de formadoras mediado por Plan o el curso sobre VBG con lideresas comunitarias mediado por Genfami,<sup>4</sup> solo participaron mujeres<sup>5</sup>.

15. Esta omisión no compromete la eficacia del proyecto dado que la participación de hombres en estas actividades no fue prevista en la matriz de resultados. No obstante, tiene una relación directa con su pertinencia al plantearse esto como un imperativo en el análisis de necesidades y no incorporarse en el diseño final del proyecto.

16. Los socios implementadores coinciden en que la participación de hombres en procesos de formación como los mencionados es una práctica recomendada, pero subrayan que no estuvieron involucrados de forma directa en la selección de participantes de estos procesos, sino que este proceso estuvo a cargo de la OIM y las redes de lideresas comunitarias con las que la organización trabaja.

17. Algunas de las lideresas formadas también coinciden en que involucrar a los hombres en procesos de sensibilización es necesario. A través de ejemplos explicaron cómo al intentar persuadir a sus parejas para que estas tuvieran una actitud menos machista frente a algunos temas, la respuesta fue negativa e incluso hostil en algunos casos. Otras afirmaron que cuando pudieron hacer partícipes a sus parejas de los contenidos de los cursos de forma sistemática, por ejemplo, en las actividades consignadas en las cartillas para trabajo en casa, consiguieron establecer algunos acuerdos al interior de la familia sin mayor dificultad, como la redistribución de tareas del hogar y el cuidado de los hijos. Cabe resaltar que ambos tipos de ejemplos surgieron frecuentemente en las DGF tanto en Colombia como en Ecuador.

## **2. ¿En qué medida se adecuó el diseño del proyecto a las características específicas de los contextos de intervención?**

---

<sup>4</sup> **Plan Colombia:** Formación de formadoras para la Promoción de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos.

**Genfami:** Fortalecimiento de capacidades para la prevención de las violencias basadas en género (VBG) a través del empoderamiento de adolescentes y mujeres lideresas

<sup>5</sup> Aunque en Ecuador la participación de hombres en los procesos de formación de formadores solo representó el 15% del total de participantes (37 de un total de 238 participantes), esto se explica al ser este un proceso dirigido específicamente a promotoras y promotores comunitarios de salud, rol en el que tradicionalmente se observa una mayor participación de mujeres.



**H4. De forma general, los contenidos formativos y mensajes divulgados en las estrategias de IEC presentan elementos de adecuación al contexto cultural, social y humanitario de los territorios priorizados.**

*Fuentes: piezas de comunicación desarrolladas en ambos países; Manual de imagen campaña “Sin Barreras”; observación directa de murales en Barranquilla y Santa Marta en Colombia y en Machala y Manta en Ecuador; guiones metodológicos de procesos de formación con lideresas comunitarias desarrollados por Plan Renacer y Genfami en Colombia y FULULU en Ecuador; Entrevistas personal OIM Colombia y Ecuador; Entrevistas con socios Plan, Profamilia, Renacer y Sinergias en Colombia y FULULU en Ecuador; entrevista con creativos empresa de publicidad “La Incre” en Ecuador; Entrevistas y DGF con lideresas.*

18. La revisión en detalle de las herramientas metodológicas y contenidos empleados en procesos de formación y acciones de IEC a nivel comunitario permite constatar un esfuerzo de adecuación de estos al contexto cultural, social y humanitario de los territorios intervenidos.

19. Algunos aspectos que se destacan de forma común en los contenidos y metodologías formativas son: **1.** Privilegiaron enfoques que generan reflexiones sobre las propias percepciones y vivencias de las participantes a nivel individual, familiar y comunitario; **2.** Los instrumentos emplean técnicas de educación popular como la lúdica, los apoyos visuales, la cartografía social y el estudio de casos, en los que se plantean situaciones propias de los territorios intervenidos; **3.** Los enfoques empleados dan valor a los saberes e imaginarios locales como punto de partida en la construcción de aprendizajes significativos de corte empírico; **4.** Los contenidos reflejan tanto en lo textual como en lo gráfico, una adecuación a los lenguajes, usos, y costumbres locales; **5.** En algunos casos, los contenidos formativos fueron revisados y validados previamente por la comunidad.

20. En lo que respecta a las piezas de IEC, también se observaron elementos que reflejan un interés de adecuación de estas a los contextos locales. En estas piezas es frecuente el uso de simbologías, lenguajes y otros elementos culturales propios de los territorios, como su diversidad étnica. En Colombia, por ejemplo, se usaron localismos en las campañas de lucha contra la trata de personas (expresiones locales como “La Nota Bacana”) y las cuñas radiales de la campaña cuenta con Kari en las que se incluyeron expresiones y acentos locales y venezolanos. Otros ejemplos de esta adecuación al contexto se ven en el uso de canales de divulgación ligados a las expresiones culturales de los territorios, como es el caso de la canción “De malo no tiene na’”, producida por una lideresa comunitaria de Santa Marta o la canción “Yo decido” de las cantadoras de la vereda y resguardo indígena Membrillal, quienes se formaron con Plan Colombia en la ciudad de Cartagena. Ambas canciones hacen alusión a la temática de empoderamiento de la mujer y el cuidado de la SSR.

21. El personal de la OIM y socios implementadores destacan que la atención puesta a la incorporación de estos elementos metodológicos y simbólicos ha contribuido a que las audiencias de las campañas de IEC y de los procesos de formación asimilen de mejor manera los mensajes. Las lideresas que participaron en estos procesos de formación, por su parte, comparten su valoración positiva frente a las metodologías empleadas y los contenidos abarcados. Resaltan especialmente el carácter participativo, lúdico y experiencial de estas.

**H5. Los mecanismos de adaptación al contexto de la pandemia por COVID-19 viabilizaron la continuidad del proyecto, aunque afectaron el alcance y/o calidad de algunas actividades de formación y de IEC.**

*Fuentes: informe interino; informes finales de socios implementadores; entrevistas a personal de la OIM en Colombia y Ecuador; entrevistas a socios implementadores en ambos países; DGF con beneficiarias en ambos países.*

22. La irrupción de la pandemia por COVID – 19 y las medidas adoptadas por los gobiernos de Colombia y Ecuador para la contención del virus, hicieron necesario adaptar las actividades del proyecto que había sido diseñado antes de la pandemia. Entre las medidas de adaptación implementadas, se destaca el tránsito de los procesos de formación de la presencialidad a la modalidad virtual (total o parcialmente). Esta transición planteó algunos desafíos en el desarrollo de esas actividades debido a aspectos como la poca familiaridad de algunas beneficiarias con las tecnologías de la información, la poca conectividad a internet en algunas zonas o la falta de recursos para cubrir costos de recargas de saldo en los teléfonos celulares.

23. Ante esto, el proyecto cubrió costos de conectividad de las beneficiarias, y los enlaces territoriales de la OIM y sus socios les brindaron un acompañamiento más cercano para ayudarlas en el manejo de las tecnologías, y para motivarlas y resolver sus dudas por vía telefónica y a través de redes sociales en las que se crearon grupos para dar seguimiento al proceso. Adicionalmente, en las actividades que se realizaron de forma presencial se implementaron medidas de bioseguridad para prevenir el contagio.

24. El personal de la OIM y socios implementadores en ambos países coinciden en que las lideresas comunitarias y promotoras de salud jugaron un rol fundamental en la movilización de las beneficiarias y la coordinación en terreno de las actividades del proyecto en un momento donde el acceso a la comunidad por parte de los equipos implementadores era limitado cuando no imposible.

25. En función de las regulaciones nacionales, en algunos casos fue posible combinar presencialidad con virtualidad. Por ejemplo, en Colombia, Plan llevó a cabo algunas de las sesiones de manera presencial. En Ecuador, FULULU adelantó varias sesiones presenciales; en Manta, por ejemplo, casi la totalidad de la formación de adolescentes se dio en esa modalidad.

26. Pese a lo anterior, el proceso de adaptación afectó el resultado de algunas actividades de formación, siendo uno de los más importantes el pobre involucramiento de adolescentes en la formación de formadoras. Tanto personal de la OIM como socios implementadores en Colombia atribuyen esto al hecho de que su participación en estos procesos habría significado una carga adicional a sus estudios que, en ese momento, también se estaban dando en modalidad virtual.

27. Por otra parte, la opinión general entre las mujeres beneficiarias consultadas en esta evaluación y que participaron en procesos de formación que mezclaron la presencialidad y la virtualidad, tanto en Colombia como en Ecuador, es que fue en la presencialidad donde el proceso produjo sus mejores frutos al observarse una mayor participación, motivación y, en últimas, un aprendizaje más significativo. Algunos de sus comentarios frente a esto fueron: *“En la casa era difícil concentrarse con los hijos alrededor”; “Era difícil leer en el celular cuando la letra era pequeña”; “A veces uno se quedaba con dudas”; “La señal se caía mucho y tocaba volver a conectarse, se perdía mucho tiempo”; “Cuando nos reuníamos había más participación, hablaban casi todas”; “Era un momento para reírnos y hacer amigas”; “Los temas se entendían con más claridad”; “Las dinámicas eran más divertidas”; “Uno se desconectaba de la casa por un momento”.*

28. El personal de la OIM y socios implementadores coinciden en que la adaptación a la virtualidad fue un proceso complejo y que dejó aprendizajes. Por ejemplo, en Colombia, la adaptación de la formación de formadoras a una plataforma virtual construida con el apoyo de la Universidad Antonio Nariño se diseñó con una interfaz compatible con computadoras, pero no con teléfonos celulares, que es el dispositivo más usado entre las beneficiarias, haciendo que para muchas de ellas navegar en la plataforma fuera engorroso. Ante las dificultades antes descritas, las beneficiarias consultadas reconocen, sin embargo, que los equipos a cargo de la implementación de las actividades siempre estuvieron brindando su apoyo y motivándolas a culminar el proceso.

29. En lo que respecta a los procesos de formación virtual dirigidos a personal institucional, por el contrario, la opinión general de las personas consultadas en el marco de la evaluación es que estos no plantearon mayor dificultad y que los canales utilizados funcionaron correctamente. Aunque el equipo evaluador solo pudo entrevistar a beneficiarios que culminaron satisfactoriamente el curso certificado de prevención y atención de VBG con énfasis en violencias sexuales, dirigido a profesionales del sector salud, en los informes entregados por Genfami se hace alusión a la poca conectividad y cortes de luz en algunas zonas como factores que incidieron en la poca adherencia de algunas participantes.

***H6. El canal predominante de acceso de usuarias a servicios de SSR no tuvo en suficiente consideración las barreras de tipo cultural que limitan el uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia.***

*Fuentes: DGF con adolescentes en Colombia; entrevistas grupales con adolescentes en Ecuador; entrevistas con lideresas comunitarias en Colombia y Ecuador; entrevista con Profamilia; entrevista con CEMOPLAF; entrevista con profesionales de la salud en Colombia y Ecuador; entrevistas con personal de FULULU; informe final Profamilia; informe técnico FULULU.*

30. Uno de los componentes del proyecto valorados de forma más positiva por la población beneficiaria consultada en Colombia y Ecuador fue la provisión de servicios en SSR, especialmente el suministro de métodos anticonceptivos. Estos servicios fueron pensados de modo que eliminaran en la mayor medida posible las barreras de acceso que comúnmente enfrentan las mujeres y adolescentes de las comunidades de acogida y, en especial, las que se encuentran en situación de movilidad.

31. En Colombia, por ejemplo, la gratuidad de los servicios fue una de las apuestas más importantes para eliminar la barrera económica, así como las jornadas extramurales a través de las cuales Profamilia llevó algunos de sus servicios a la comunidad, ofreciendo así una opción más accesible a las mujeres que por su condición económica o por estar a cargo del cuidado de sus hijos no podían desplazarse hasta la clínica. En algunos casos, incluso, el proyecto facilitó vehículos para transportar a las usuarias desde sus comunidades hacia las clínicas de Profamilia.<sup>6</sup> Según informó el socio Profamilia, se comenzó a facilitar el transporte y a intensificar las jornadas extramurales porque muchas usuarias no acudían a la cita programada, al llamarlas varias mencionaban que no tenían con quién dejar a sus hijos o que no tenían dinero para el transporte.

---

<sup>6</sup> En el marco de las jornadas extramurales la oferta de servicios era más limitada por no contarse en las comunidades con la infraestructura necesaria para procedimientos más complejos, pero al mismo tiempo altamente demandados, como la inserción de DIU o implantes subdérmicos o la realización de citologías.

32. En Ecuador, por su parte, diferentes proveedores brindaron los servicios de SSR. Mientras que en Quito los brindó la organización CEMOPLAF, en Manta estuvieron a cargo del Patronato y en Machala de la OBC Movimiento de Mujeres del Oro. Así mismo, se remitieron casos al sistema público de salud para su atención. Esta diversidad de proveedores hizo que los servicios se ofrecieran con algunas variaciones entre una ciudad y otra. Sin embargo, en todos los casos se ofrecieron solo en espacios fijos y, aunque no gratuitos, sí a costos reducidos. En los casos en que se identificó que las beneficiarias no tenían la posibilidad de costear los servicios o el transporte hasta el lugar donde estos se brindaban, el proyecto cubrió los costos de forma integral. Se destaca el caso de Machala, donde el Movimiento de Mujeres del Oro acondicionó un parque infantil y dispuso personal que se encargaba del cuidado de los hijos e hijas de las beneficiarias mientras ellas recibían atención en el consultorio.

33. Pese a lo anterior, la evidencia recogida en el marco de DGF con adolescentes en Colombia y entrevistas grupales con adolescentes en Ecuador, dejó ver que el canal predominante de acceso de usuarias a servicios de anticoncepción no tuvo en suficiente consideración las barreras de tipo cultural que limitan el uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. En efecto, al preguntársele a las adolescentes si ellas o alguna adolescente que ellas conocieran le ocurrió que no pudo beneficiarse de un MAC, varias manifestaron que sí, en algunos casos porque el método que quería ya no estaba disponible, porque no era elegible para el método deseado, y, en varias ocasiones, se mencionó también que a algunas adolescentes les daba vergüenza pedir a las lideresas ser anotadas en el listado de beneficiarias. Al profundizar en el tema, se concluyó que esto ocurre porque en ambos países predominan estigmas frente a las adolescentes que son sexualmente activas, especialmente en la adolescencia temprana, haciendo que para muchas de ellas solicitar un método anticonceptivo no sea tan fácil, especialmente para aquellas que sostienen relaciones de noviazgo en secreto. Cabe resaltar que, en Colombia, además del acceso a servicios en SSR a través de las lideresas adultas, también se ofreció la línea de atención telefónica de Profamilia como un canal alternativo y que ofrecía confidencialidad, sin embargo, las adolescentes consultadas no hicieron alusión a este.

34. El planteamiento anterior, sin embargo, no impidió que el proyecto pudiera brindar servicios de SSR a 1.324 adolescentes, que equivaldría al 8,6% del total de personas que se beneficiaron de este tipo de servicios<sup>7</sup> en ambos países.

### **3. ¿Fue la matriz de resultados del proyecto diseñada correctamente para dar respuesta a las necesidades de la población?**

#### ***H7. La matriz de resultados del proyecto presenta inconsistencias y vacíos en diversos niveles.***

*Fuentes: matriz de resultados (como aparece en documento de proyecto); Matriz de monitoreo de resultados; entrevistas a personal de la OIM en Colombia y Ecuador; entrevistas a socios implementadores en Colombia y Ecuador; Informe interino; informes finales de socios implementadores.*

35. Tanto en Colombia como en Ecuador, el personal de la OIM y algunos socios implementadores manifiestan que la matriz de resultados del proyecto planteó desafíos a la hora de reportar el progreso de las actividades, lo que atribuyen a la cantidad de indicadores (35 en total), pero sobre todo a la poca

---

<sup>7</sup> 765 mujeres adolescentes en Colombia y 559 adolescentes en Ecuador (426 mujeres y 133 hombres).

claridad que ofrecen algunos de estos. Al revisar las matrices de monitoreo de resultados, el equipo evaluador confirmó que, en efecto, la matriz presenta inconsistencias no solo a nivel de indicadores, sino también en la formulación de algunos resultados, en la lógica causal de algunas partes de la cadena de resultados, en los medios de verificación elegidos frente a algunos indicadores y en los supuestos. Se observó, además, que la interpretación dada en cada país al alcance de algunas actividades y al sentido de algunos indicadores es sustancialmente distinto.

36. Al indagar más a fondo el origen de estas inconsistencias se encontró que la manera poco articulada en que las oficinas de Colombia, Ecuador y la OSE construyeron la matriz de resultados pudo haber tenido una influencia en ello. Según estos informantes el documento base, elaborado en Colombia y que contó luego con insumos de la oficina de Ecuador, fue sometido posteriormente a ajustes por parte de la OSE en un proceso unilateral. La propuesta de matriz de resultados fue presentada al donante y aprobada por este, y solo posteriormente, las misiones de país pudieron percatarse de los cambios incorporados. Los informantes sostienen, además, que la propuesta original solo estaba enfocada al ámbito la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR), y que más tarde, cuando la matriz de resultados ya estaba elaborada, se le incorporó el componente de prevención y atención a la VBG.

37. Algunas de las inconsistencias de la matriz de resultados son perceptibles con la sola revisión del instrumento, mientras que otras, como las que se encontraron a nivel de los supuestos (no explicitados) o actividades planificadas que no guardaban un nexo con los productos esperados, fueron evidenciadas tras reconstruir la TdC (ver anexo 7.6). A continuación, se presentan algunas de las inconsistencias encontradas:

#### **Análisis sobre la formulación de los resultados en varios niveles**

38. El objetivo general del proyecto *Contribuir a la garantía de la SDSR de personas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida desde una perspectiva sensible al género en Colombia y Ecuador* Solo hace mención del componente de SDSR, aunque se sabe que el proyecto también abarca la dimensión de la VBG. Lo mismo ocurre con el único indicador formulado para ese objetivo general *Número de mujeres, niñas, migrantes, refugiadas y comunidades de acogida que acceden oportunamente a servicios integrales de SDSR con enfoque de género.*

39. El efecto 1 *Empoderar a las mujeres y las niñas de las comunidades y a las instituciones para que promuevan y ejerzan su voz y su agencia en relación con su SDSR en Colombia y Ecuador* hace alusión al empoderamiento de las instituciones, y el producto 1.2 se refiere al empoderamiento de autoridades nacionales y locales<sup>8</sup>. Sin embargo, ninguna de las actividades bajo ese efecto y producto apunta a lograr tal empoderamiento institucional. Se trata de actividades de formación de lideresas/promotoras y acciones IEC dirigidas a la comunidad. Bajo el supuesto de que la alusión a instituciones fuera correcta, se tendría entonces una inconsistencia a nivel del nexo causal, al no tener las actividades programadas la capacidad para producir tal cambio en instituciones.

---

<sup>8</sup> Producto 1.2: *Las autoridades nacionales y locales*, y organizaciones de la sociedad civil, se empoderan en la promoción de los servicios integrales en SDSR con enfoque de género en Colombia y Ecuador.

## **Análisis sobre la lógica en la cadena de resultados**

40. El indicador A: Número de mujeres, niñas, migrantes, refugiados y miembros de la comunidad de acogida que acceden oportunamente a servicios integrales de SSR con enfoque de género es el único indicador formulado para el objetivo general. Se usa también como indicador del producto 2.3, aunque desagregado en tres partes (indicadores 2.3A, 2.3B y 2.3C.)<sup>9</sup>. El que un solo indicador mida el resultado de más alto nivel en la cadena de resultados y al mismo tiempo un producto (nivel más bajo de la cadena), plantea una inconsistencia de la lógica de la intervención. De tomarse como válido esto, se tendría que con la sola realización de una actividad (suministro de MAC en las metas previstas), se lograría el objetivo final de la intervención, por lo que el resto de las actividades, productos y efectos ya no tendrían relevancia frente al objetivo final.

41. El producto 2.2, Los mecanismos de coordinación para la respuesta integral y con enfoque de género en SSR a mujeres y niñas migrantes de Venezuela y comunidades de acogida se han fortalecido en Colombia y Ecuador Las actividades previstas para ese producto no parecieran tener el alcance para lograr el fortalecimiento de tales mecanismos de coordinación. Dos de las tres actividades previstas se refieren a intercambios de experiencias y buenas prácticas entre las misiones de la OIM en ambos países. La tercera, que hace referencia a la participación de la OSE en reuniones de coordinación regionales, tampoco permite concluir que existe un nexo causal fuerte entre tales reuniones y el fortalecimiento al que se aspira.

## **Análisis sobre los indicadores**

42. Los Indicadores 2.3.A Número de mujeres, niñas y beneficiarios que han recibido servicios de consejería y planificación familiar para reducir el número de embarazos no planificados y lograr un óptimo espaciamiento de los hijos, y 2.3.C Número de mujeres y niñas que han recibido servicios de SSR, incluyendo métodos anticonceptivos modernos a través de proyectos financiados por GAC se superponen, siendo el indicador 2.3.C más abarcador que el 2.3.A.

43. El indicador 3.A Todos los centros de salud seleccionados cuentan con personal capacitado, suministros y equipo suficientes para la gestión clínica de los supervivientes de la violencia de género, y los servicios se basan en protocolos nacionales o internacionales Se formuló a manera de resultado.

44. El indicador 3.2.B En consulta a cada comunidad priorizada, por lo menos el 50% de las mujeres y las niñas identifican a dónde pueden acudir las sobrevivientes de VBG para acceder a servicios está formulado a manera de resultado y establece una meta en términos de porcentaje sin que se indique con

---

<sup>9</sup> **Indicador 2.3.A:** Número de mujeres, niñas y beneficiarias que han recibido servicios de consejería y planificación familiar para reducir el número de embarazos no planificados y lograr un óptimo espaciamiento de los hijos.

**Indicador 2.3.B:** Número de mujeres y niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y comunidades de acogida asistidas con salud materna para reducir la mortalidad y morbilidad materna, incluyendo cuidado prenatal, durante el parto, postparto y prevención de aborto inseguro.

**Indicador 2.3.C:** Número de mujeres y niñas que han recibido servicios de SSR, incluyendo métodos anticonceptivos modernos a través de proyectos financiados por GAC

claridad la población de referencia, lo cual hace impreciso el indicador. En Colombia, la población de referencia fue el grupo de mujeres formadas en prevención de la VBG por la Fundación Genfami, lo cual se aleja de la idea que expresa el indicador en cuanto a que la consulta se hace a nivel de la comunidad, al parecer, en un sentido más amplio.

### **Análisis sobre la elección de medios de verificación**

**45.** El indicador 1B Número de recomendaciones/planes desarrollados/mejorados por las partes interesadas acerca de servicios integrales en SSR con enfoque de género para mujeres y niñas es válido en el caso de Ecuador si se entiende por “partes interesadas” (stakeholders en el documento original) a los CCLOS. En lo que respecta a Colombia, este indicador no aplicaría al no haberse planificado actividades de esa naturaleza bajo el efecto 1 esperado, aun así, se reportan las orientaciones técnicas elaboradas por el socio Sinergias, que en realidad corresponde al efecto 2.

**46.** Frente al indicador 2.A Número de beneficiarios que manifiestan que el acceso a servicios en SSR con enfoque de género ha mejorado, desagregado por sexo y edad se estableció como medio de verificación una encuesta de salida aplicada a personas que se habían beneficiado de servicios de SSR brindados por Profamilia. Esto llevaría un posible sesgo debido a que no captura la percepción de la población en general frente a ese mejoramiento en el acceso a los servicios, sino la de usuarias que acababan de recibir el servicio y que, en ese sentido, se entiende que han superado la barrera de acceso. (el 100% de personas encuestadas estuvo de acuerdo en que el acceso a servicios en SSR había mejorado).

**47.** Para el indicador 2.1.B Número de POE o protocolos técnicos sobre servicios en SDR con enfoque de género implementados se presentan como medios de verificación productos que tienen que ver con fortalecimiento de capacidades para la atención de sobrevivientes de VBG que corresponden al producto 3.1.<sup>10</sup> Lo mismo ocurre con el indicador 2.1.C Número de proveedores de servicios de salud capacitados en SDR a través de proyectos financiados por GAC: en Colombia se utilizó el mismo medio de verificación que corresponde a actividades de fortalecimiento de capacidades en atención a la VS (producto 3.1), mientras que en Ecuador se empleó como medio de verificación un curso virtual sobre PIMS y VBG dirigido al MSP que, sin embargo, todavía no se ha implementado.

**48.** Frente al indicador 2.1.D Número de hospitales locales que reciben asistencia técnica para la implementación del enfoque diferencial en la atención integral en SDR con enfoque de género en Ecuador se reporta equipamiento entregado a las salas hospitalarias de primera acogida de víctimas de VBG (corresponde al output 3.2).

**49.** El indicador 2.2.A Número de buenas prácticas sobre atención integral en SDR con enfoque de género a beneficiarios identificadas y socializadas, al interpretarse en relación con la meta fijada (1.5 en Colombia y 1.5 en Ecuador), se entiende que hace referencia a eventos de intercambio de buenas prácticas y no al número de buenas prácticas socializadas. Se entendería que cada país realizaría un evento, y un tercer evento sería organizado conjuntamente. Sin embargo, la falta de precisión en este

---

<sup>10</sup> Curso certificado de Genfami en Colombia.

indicador hizo que su interpretación variara en cada país. Mientras que en Ecuador se reportaron 20 buenas prácticas socializadas, en Colombia se reportaron 3 eventos.

50. El indicador 3.1.F Número de discusiones con tomadores de decisiones y donantes sobre la protección de mujeres y niñas frente a los hallazgos específicos sobre VBG y recomendaciones de informes de evaluación hace referencia a discusiones que no están contempladas en las actividades del proyecto en Colombia. Aun así, se reportan reuniones de socialización de diagnósticos y orientaciones técnicas del socio implementador Sinergias en materia de servicios de SSR que no guardan relación con el producto 3.1 (VBG) sino con el 2.1 (SDSR).

51. Frente al indicador 3.2.C Número de personas que han sufrido o están en riesgo de sufrir alguna forma de VBG que han recibido servicios relacionados, en Colombia se contabilizaron para este caso sobrevivientes de VBG atendidas y mujeres participantes en talleres (bajo el entendido que la formación se puede considerar un servicio), mientras que en Ecuador solo se contabilizaron sobrevivientes atendidas.

### **Análisis sobre los supuestos**

52. La reconstrucción de la teoría de cambio (TdC 1), permitió identificar algunas condiciones necesarias para conseguir los resultados esperados que no se tuvieron en cuenta al momento de diseñar la intervención. A manera de ejemplo, aquí se presentan algunos de ellos:

- **Para el producto 1.1. Mujeres y niñas, migrantes y refugiadas de Venezuela e integrantes de las comunidades de acogida han mejorado sus conocimientos para ejercer su agencia y demandar su SDSR en Colombia y Ecuador:** La información difundida a través de las campañas de información, educación y comunicación se basa en datos empíricos y respeta los derechos sexuales y reproductivos; las campañas de información, educación y comunicación se difunden por los canales apropiados; no hay una fuerte oposición a las actividades de información, educación y comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- **Para el producto 2.1. Las autoridades nacionales y locales han mejorado los conocimientos y han fortalecido sus capacidades en materia de servicios integrales de SDSR con enfoque de género en Colombia y Ecuador:** Los diagnósticos realizados ofrecen información nueva y útil y se llevan a cabo con la participación de la institución (apropiación); la capacitación del personal se basa en los procedimientos operativos estándar vigentes; los procesos de desarrollo de capacidades involucran a todo el personal o a una parte significativa de este.
- **Para el producto 3.1: Las autoridades nacionales y locales y los proveedores de servicios de atención a la VBG han mejorado sus capacidades en materia de prevención y respuesta a la VBG con enfoque sensible al género en Colombia y Ecuador:** 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 procedimientos operativos estándar o normas técnicas vigentes; las rutas de atención a la VBG son construidas con todas las instituciones involucradas; ; los procesos de desarrollo de capacidades



involucran a todo el personal o a una parte significativa de este; los comités de lucha contra la trata de personas tienen interés en participar en el proyecto.

#### CRITERIO: COBERTURA

**Desempeño: Muy bueno**

#### 4 ¿En qué medida alcanzó el proyecto a las mujeres, adolescentes y niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en mayor situación de vulnerabilidad?

##### **H8. El proyecto consiguió beneficiar a personas en situación de alta vulnerabilidad y en mayor cantidad de las inicialmente previstas.**

*Fuentes: documento de proyecto; informe interino; informes finales socios implementadores en Colombia y Ecuador; entrevistas con personal OIM Colombia y Ecuador; DGF beneficiarias; entrevista CEMOPLAF; Entrevista Movimiento de Mujeres del Oro; Entrevista Plaperts; entrevistas con lideresas locales y promotoras de salud; entrevistas autoridades de salud en Colombia y Ecuador.*

53. El análisis sobre la cobertura, en el marco de esta evaluación, se enfoca en determinar el grado en que este proyecto logró identificar a las personas en mayor situación de vulnerabilidad y llegar a ellas con soluciones pertinentes frente a sus necesidades más sentidas en SDSR y atención de la VBG. Como se señaló en los hallazgos 1 y 2 de este informe, el proyecto dedicó esfuerzos para identificar, desde un análisis con enfoque de género e interseccionalidad a las personas en mayor situación de vulnerabilidad y sus necesidades más sentidas. Fruto de ese análisis, se determinó que eran las mujeres, adolescentes y niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida quienes debían ser priorizadas. Otras variables de vulnerabilidad priorizadas fueron la situación socioeconómica, la identidad étnica, la orientación sexual e identidad de género diversas, la discapacidad, y, en el caso específico de Colombia, el no contar con afiliación al sistema de salud. Llegar a esas personas fue posible por las vías que se enuncian a continuación:

54. **Priorización de zonas altamente vulnerables:** Tanto en el caso de Colombia como en Ecuador, el proyecto se implementó en distritos y cantones con fuerte presencia de población migrante. El equipo evaluador realizó actividades de recolección de información en los barrios priorizados, pudiendo constatar que se trata de entornos urbanos vulnerables. En el marco de las DGF con mujeres, hombres y adolescentes, se hizo frecuente alusión a las complejas condiciones de vida en estas zonas, reflejada en aspectos como los altos niveles de delincuencia. En algunos casos puntuales, el proyecto consiguió llegar a otras zonas igualmente vulnerables. En el distrito de Santa Marta, por ejemplo, el socio implementador Profamilia organizó jornadas extramurales en zona rural donde el acceso a servicios es difícil. En el distrito de Cartagena, por su parte, se consiguió involucrar en procesos de formación de formadoras a mujeres de la vereda Membrillal, un resguardo indígena aledaño a la ciudad. Las actividades de IEC lideradas por el socio Renacer, priorizaron zonas donde según los mapas de calor territoriales, es frecuente la ocurrencia de los delitos de trata de personas, explotación y abuso sexual.

55. **Acceso a beneficiarias de servicios de SSR a través de lideresas locales:** El conocimiento que tienen las lideresas comunitarias y promotoras de salud de los entornos comunitarios y las necesidades

de sus habitantes fue capitalizado en el proyecto en ambos países. Con su apoyo, fue posible llevar la asistencia a personas altamente vulnerables. Estas lideresas fueron el puente a través del que 15.361 personas adultas y adolescentes, particularmente mujeres, pudieron acceder a información y servicios que, de otra manera, habría sido difícil alcanzar dadas las condiciones de difícil acceso en que se encuentran muchas de ellas, especialmente durante los periodos de confinamiento dictados en la pandemia. Los socios implementadores y el personal de la OIM en Colombia y Ecuador consultados reconocen como vital el papel de los liderazgos comunitarios en este proyecto. Estos informantes mencionaron que las lideresas y promotoras formadas en el proyecto fueron en gran medida responsables de la captación de mujeres y adolescentes para servicios en SSR, para su involucramiento en procesos formativos e incluso para la identificación y remisión de sobrevivientes de VBG.

56. **Búsqueda activa y remisiones a través de articulación con OSC e instituciones:** Alcanzar a grupos en mayor situación de vulnerabilidad fue posible gracias a la articulación con OSC que trabajan con grupos tradicionalmente excluidos pero que no pueden brindar el tipo de asistencia que el proyecto ofrecía. En Ecuador, por ejemplo, la articulación con la ONG Voces Migrantes permitió llegar a población en situación de calle con MAC y otros servicios de SSR; con el Servicio Jesuita para los Refugiados en Quito se consiguió conectar a personas migrantes en tránsito con los servicios en SSR ofrecidos en el proyecto a través de CEMOPLAF; lo mismo ocurrió en Machala, donde la articulación con la organización Plaperts permitió conectar a personas que realizan actividades sexuales remuneradas, que viven con VIH o que son sobrevivientes de VBG, con los servicios en SSR ofrecidos a través de la organización Movimiento de Mujeres del Oro.

57. En Colombia, por su parte, Fundación Renacer se articuló en Santa Marta con Americares, CESVI y la Cruz Roja para la identificación, remisión y enrutamiento de víctimas del delito de trata de personas y mujeres y adolescentes con necesidades insatisfechas en anticoncepción. Esta articulación también se hizo con varias organizaciones que trabajan con personas LGBTIQ+, para involucrarlas en prácticamente todos sus procesos de formación con comunidad. En cuanto a las instituciones, el proyecto sostuvo una estrecha articulación especialmente con el MSP y el MSPS, lo que permitió que las personas que acudían a los establecimientos de salud y no podían satisfacer allí necesidades en SSR, fueran referidas para que accedieran a los servicios ofrecidos en el proyecto. En el caso de Colombia, esto ocurrió frecuentemente con personas en situación de movilidad no afiliadas al sistema de salud. No se observó, sin embargo, la búsqueda activa de personas con discapacidad en ninguno de los dos países.

58. Finalmente, un aspecto a destacar en cuanto a la cobertura es la capacidad que tuvo el proyecto de beneficiar a más personas de las inicialmente previstas, lo cual se atribuye a factores como el tránsito a la virtualidad de procesos de formación que permitió optimizar el uso de nuevas tecnologías en las que el aforo no representa una limitante, o el uso de medios de comunicación masiva para la divulgación de piezas de comunicación, como la radio y redes sociales. En el caso de los servicios de anticoncepción, la menor oferta de ligadura de trompas debido a restricciones en el uso de salas quirúrgicas durante un periodo de la pandemia permitió ofrecer en mayor medida implantes subdérmicos y otros métodos menos costosos.

59. Algunos ejemplos de lo anterior serían:

- En cuanto a beneficiarias de servicios en SSR, se previó una meta de 13.600 personas y al final se beneficiaron 15.361.
- En cuanto a sobrevivientes de VBG que recibieron atención, en Ecuador se previó una meta de 3.250 y al final se atendieron 3.389
- En Colombia, se había previsto involucrar en la formación de formadoras para la promoción de la SDRS a 105 mujeres y al final participaron 144. En el curso certificado para profesionales de la salud en atención a la violencia sexual, también en Colombia, se previó certificar a 60 profesionales y al final fueron certificados 180.
- En Ecuador, se previó involucrar en la formación de formadoras a 133 promotoras de salud, y al final fueron formadas 382.

#### CRITERIO: EFICACIA

**Desempeño: Bueno**

### 5. ¿En qué medida se lograron los productos esperados del proyecto, incluyendo aquellos diferenciados entre grupos?

#### 5.1 ¿Logró el proyecto que las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador mejoraran sus conocimientos para exigir y ejercer su SDRS?

***H9. No se midió el grado en que campañas IEC (En Colombia y Ecuador) e iniciativas comunitarias (En Colombia) aumentaron conocimientos en SDRS y VBG de mujeres, adolescentes y niñas, aunque hay indicios de que tal aumento ha ocurrido.***

*Fuentes: Material audiovisual de las campañas en Colombia y Ecuador, matriz de monitoreo final del proyecto, Boletín de información del proyecto 2020-2021 (Ecuador), grupos focales con mujeres adultas y adolescentes beneficiarias, entrevistas con representantes de OBC (Corporación Ruleli, Movimiento de Mujeres Venezolanas, Innovación Social, CEDESOCIAL, ASOCLUBES, Senderos del Cerro).*

60. Bajo el producto 1.1, En Colombia, se implementó la campaña *Sin barreras. Salvando vidas y empoderando en derechos sexuales y reproductivos*. A través de esta estrategia de IEC, cinco socios implementadores pusieron en marcha diferentes actividades que alcanzaron a 17.450 personas (la meta era llegar a 14.520 personas). Por su parte, en Ecuador se realizaron tres campañas locales y una nacional<sup>11</sup> que alcanzaron a 45.992<sup>12</sup> personas con información sobre la SDRS y la VBG (la meta fue alcanzar a 30.000 personas). En ambos países las campañas incluyeron actividades de información en el marco de conversatorios, talleres cortos, charlas informativas y también divulgación de mensajes por canales

<sup>11</sup> Las campañas locales fueron: *Una vida con derechos y sin violencia*, *Sexualidad sin frontera* y *Yo decido mi plan de vida*. La campaña nacional se tituló: *Mis derechos me acompañan para vivir mi sexualidad*.

<sup>12</sup> Se registró una discrepancia en esta cifra según diferentes fuentes. Según el documento *Boletín de información del proyecto (período 2020-2021)*, 45 992. Según el archivo *Matriz de Monitoreo Final MA.0479* la cifra asciende a 124 186.

masivos de comunicación (radio, perifoneo, redes sociales y televisión) o acciones de tipo cultural, como obras de teatro, elaboración de murales y performances en espacios públicos.

61. En ninguno de los dos países se implementaron mecanismos para evaluar el nivel de aumento en conocimientos a que dio lugar la campaña. En Colombia, las acciones de IEC realizadas en el marco de servicios de SSR brindados por Profamilia, fueron la única sección de la campaña en que se implementó un instrumento de medición. Se trató de una encuesta aplicada a las usuarias que se beneficiaron de la ruta “Sin Barreras”, sin embargo, este instrumento no tiene un parámetro de comparación toda vez que no se implementó una línea de base. Aun así, se reportó que, de 1.932 usuarias que recibieron información en el marco de la Ruta Sin Barreras, el 100% afirmó que a través de la información, asesoría y servicios recibidos habían fortalecido sus capacidades para tomar decisiones y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (encuesta de percepción de aumento de conocimientos).

62. En Ecuador ocurre algo similar, se aplicó una encuesta que midió el nivel de conocimientos a una muestra de la población receptora de los mensajes de las dos primeras campañas. Se reporta que 900 personas demuestran un mayor conocimiento y conciencia sobre la SDRS (la meta eran 1.000 personas). Sin embargo, al no haberse establecido tampoco en este caso una línea de base, no puede determinarse de forma precisa si tal aumento de conocimientos ocurrió.

63. Pese a lo anterior, en DGF con adolescentes y mujeres adultas que se beneficiaron de servicios de Profamilia en Colombia, estas expresaron que la información recibida en la sala de espera había sido útil y en algunos casos completamente nueva para ellas. Varias mencionaron que la información les ayudó a saber qué efectos podían esperar del MAC de manera que no se alarmaron en los casos en que tales efectos secundarios aparecieron. Otras mencionaron que habían acudido con la idea de obtener un MAC pero que luego de recibir la charla cambiaron de opinión y optaron por un método que consideraron más conveniente. Por último, también se mencionó que algunas personas acudían como acompañantes de la usuaria, pero que al escuchar las charlas terminaban animándose a optar también ellas por un MAC, lo que llevaría a pensar que tales acciones informativas podrían haber tenido algún grado de contribución incluso a nivel de comportamientos en SSR de esas usuarias.

64. En Ecuador, en entrevistas con personal de FULULU y adolescentes beneficiarias, y en DGF con beneficiarias que participaron en asesorías sobre SSR, algunas personas hicieron referencia a la calidad de las discusiones y de la información que se compartió. Destacaron en particular, que se habló con naturalidad de temas íntimos, como la gestión de la menstruación o el placer sexual, que constituyen dimensiones de la sexualidad de las que no se suele hablar o se abordan desde los tabúes. Subrayaron que sostener diálogos con personas expertas en un clima de confianza fue fundamental para facilitar el aprendizaje y motivó a las participantes a compartir de manera abierta sus dudas, sentimientos y pensamientos.

65. En Colombia, otra apuesta que apuntó a mejorar el conocimiento de la población en torno a la SDRS y la prevención de la VBG fueron las iniciativas comunitarias. Se trató de propuestas de microproyectos presentados por diversas OBC de los tres distritos, que fueron revisadas por un jurado

que seleccionó seis de ellas (dos en cada distrito) para apoyarlas con dotaciones en especie. Las seis iniciativas comunitarias se desarrollaron simultáneamente y tuvieron una duración aproximada de tres meses. Con estas iniciativas se consiguió beneficiar de forma directa a 330 personas entre adolescentes, mujeres y hombres que participaron en acciones informativas, procesos de sensibilización y, en el caso de una de ellas, también de servicios en SSR (iniciativa presentada por la OBC Innovación Social).

66. En las iniciativas comunitarias tampoco se aplicaron evaluaciones que permitan determinar en qué grado aumentaron los conocimientos de las personas alcanzadas. Sin embargo, en DGF con adolescentes de Santa Marta y Cartagena que participaron en estas iniciativas, la percepción general sobre las actividades es positiva. Ante las preguntas sobre qué aprendieron o qué fue lo más interesante de esas actividades, explicaron adecuadamente aspectos como los tipos de violencia, el impacto del embarazo y las ITS en la adolescencia y las maneras de prevenirlo. También pudieron mencionar varios métodos anticonceptivos y la manera en que actúan, entre otros. Un punto que cabe destacar es que varios participantes mencionaron que era la primera vez que recibían este tipo de información, o que la habían recibido antes, pero en esta oportunidad las dinámicas y metodologías utilizadas les permitieron entender mejor los temas (quienes mencionaron haber recibido información sobre estos temas, manifestaron que la recibieron en el colegio).

## **5.2 ¿Logró el proyecto que las autoridades nacionales y locales y las organizaciones de la sociedad civil en Colombia y Ecuador mejoraran sus capacidades para promover servicios integrales de SSR con perspectiva de género?**

### ***H10. El proyecto contribuyó a mejorar los conocimientos de algunas lideresas comunitarias para promover la SDRS y prevenir la VBG.***

*Fuentes: Documento de proyecto; informe interino; matriz de seguimiento de resultados; informes finales socios implementadores Colombia; Informe técnico final FULULU; cartilla Cuenta con Kary; entrevistas con lideresas y promotoras de salud; DGF con beneficiarias; entrevistas con socios implementadores.*

67. Como se explicó en otra sección de este informe, aunque el producto 1.2 hace alusión a que Las autoridades nacionales y locales y las organizaciones de la sociedad civil están empoderadas para promover servicios integrales de SDRS con enfoque de género en Colombia y Ecuador, ninguna de las actividades bajo ese producto alude a tales autoridades, sino a lideresas, OBC y los CCLOS (en el caso de Ecuador). En ese sentido, de acuerdo con la hipótesis de cambio del proyecto bajo el efecto 2, debe entenderse que el empoderamiento al que se hace alusión debería producirse en los liderazgos comunitarios.

68. En Colombia, el proyecto apuntó a fortalecer capacidades de mujeres y adolescentes para promover en sus comunidades la SDRS y la prevención de la VBG. Con ese propósito, los socios implementadores Plan, Genfami y Renacer, implementaron procesos de sensibilización y formación de formadoras en los que participaron lideresas de las comunidades priorizadas.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Los tres socios desarrollaron procesos independientes, sin embargo, se concibieron como procesos complementarios de fortalecimiento de capacidades de las lideresas comunitarias, toda vez que en cada uno de estos se abordaron temas diferentes

69. Los post-test aplicados a las 144 mujeres que participaron en la formación de formadoras de Plan indican que el 86 % de participantes cuentan con los conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas para desempeñarse como promotoras de la SDR y prevenir las VBG (el pre-test inicial arrojó que solo estaban calificadas el 31% de ellas). De acuerdo con el informe final de Plan, se considera que una lideresa reúne las condiciones para ser formadora cuando acierta por lo menos el 60 % de respuestas en el post-test.

70. En Ecuador, FULULU impartió una formación de formadoras a 238 promotores de salud y líderes (82% mujeres). Algunas de ellas actúan como promotoras en los Comités Ciudadanos Locales de Salud (CCLOS), una instancia de participación comunitaria que trabaja de la mano de los centros de salud en todo el país. El proyecto también apoyó la incorporación de la SSR en los Planes Anuales de Acción de 9 CCLOS distribuidos en los tres cantones priorizados, y los dotó con insumos para la realización de sus actividades de promoción. Por último, se implementó en el proyecto una tercera actividad consistente en la conformación de 7 espacios inclusivos para adolescentes en los que participaron 60 personas. Se trató de una metodología para la reflexión, discusión, sensibilización y aprendizaje frente a las temáticas de SDR y género. La metodología constó de 12 sesiones de dos horas cada una y una actividad de cierre a manera de acción de promoción (murales, obras de teatro o casas abiertas, por ejemplo). Se trabajó con grupos de adolescentes que estuvieran en procesos de fortalecimiento de liderazgos con otras organizaciones.

71. Según datos del monitoreo del proyecto, el 56.1% de las promotoras (es) formadas por FULULU y a quienes se les aplicó un test para medir conocimientos en las tres ciudades, mejoraron sus conocimientos sobre SDR y se muestran a favor del ejercicio de estos. Por otro lado, un 43% mejoró sus conocimientos sobre SDR, pero comparte medianamente su ejercicio. Es decir que el 99.1% mejoraron sus conocimientos, aunque persisten reservas frente al ejercicio de los DSR en cerca de la mitad del grupo encuestado.

***H11. Algunas lideresas y promotoras demuestran algunas debilidades conceptuales y desacuerdos frente al ejercicio de algunos DSR.***

*Fuentes: Informe final Plan; Informe final Genfami; entrevistas con lideresas en Colombia; entrevistas con promotoras en Ecuador; DGF con lideresas en Colombia; DGF con promotoras en Ecuador; DGF con adolescentes en Colombia.*

72. En el marco de entrevistas y DGF con lideresas y promotoras (Ecuador y Colombia) y adolescentes que han participado en actividades de iniciativas comunitarias (Colombia), el equipo evaluador pudo identificar con cierta frecuencia algunas debilidades en el manejo de conceptos clave sobre la SDR. En algunos casos, también se identificaron posturas en desacuerdo con el ejercicio de ciertos DSDR.

73. A manera de ejemplo, en un grupo focal varias mujeres expresaron su desacuerdo con que las adolescentes entablaran relaciones de noviazgo o que se les hablara sobre ciertos temas relacionados con la SDR, especialmente si eran “demasiado jóvenes”. En varios grupos se manifestaron posturas contrarias

---

desde distintas metodologías. En algunos casos, se involucró a personas diferentes de las lideresas seleccionadas inicialmente porque la modalidad virtual lo permitía.

al aborto, sustentadas desde argumentos religiosos. En otros más, algunas promotoras se expresaron con prejuicios en relación con las personas LGBTQI+. En otro grupo con adolescentes, varias comentaron que participaron en una actividad de promoción de la SSR con lideresas del proyecto en la que se distribuyeron preservativos solo a los hombres y a personas adultas, y que no les fueron entregados a ellas aun cuando los solicitaron. En una ocasión se entrevistó a una beneficiaria de 26 años que participó en una actividad de una OBC apoyada por el proyecto, quien informó que en la actividad solo había adolescentes de entre 13 y 17 años y que ella era la única adulta, la beneficiaria contó que, al no ser de su interés los temas que allí se trataron, decidió no continuar participando.

74. Aunque no se puede afirmar que situaciones como las descritas anteriormente constituyen la regla general, se traen al conjunto de hallazgos por su relevancia y en consideración de que el rol de las lideresas formadas es precisamente promover la SDSR en el sentido más amplio, lo que demanda no solo características de liderazgo sino, sobre todo, conocimientos basados en evidencia y sensibilidad frente a estos temas que pueden llegar a ser tan complejos en ciertos contextos.

75. Al indagar a las promotoras con respecto a quién las apoya durante sus acciones de promoción, la mayoría mencionó que a veces cuentan con el apoyo del personal de salud, de la OIM, de otras organizaciones o de otras lideresas. Sin embargo, varias reconocieron que realizan sus acciones de promoción solas. En diálogo con los socios implementadores y las lideresas formadas se encontró que no se hizo un proceso de retroalimentación a los post-test, de manera que frente a los temas en los que se evidenciaron mayores debilidades no se retomó el diálogo para aclarar dudas o consolidar aprendizajes ajustados a la evidencia. Sumado a lo anterior, ni en Colombia ni en Ecuador se hizo transferencia de herramientas metodológicas que presentaran instrucciones precisas para el desarrollo de acciones educativas en réplica y mitigaran el riesgo de perder, en ese proceso, el marco de referencia de derechos que promueve el proyecto. En el caso de Ecuador, FULULU elaboró una guía con este objetivo, pero hasta el momento no se ha distribuido a las promotoras de salud capacitadas. En Colombia, las lideresas recibieron cartillas que hacen parte del proceso de formación y están diseñadas específicamente para su uso personal (principalmente para realizar actividades en casa). Tanto en Colombia como en Ecuador, las lideresas formadas mencionaron frecuentemente la necesidad de contar con herramientas que faciliten su trabajo de promoción.

76. En Colombia, algunas representantes del ente territorial en salud reconocieron que las lideresas son un apoyo fundamental en las acciones de promoción de la salud a nivel comunitario, y que varias de ellas han evolucionado significativamente en el manejo de los temas de SDSR. Reconocieron también que la formación debe ser continua para garantizar que en el marco de sus acciones de promoción no transmitan información incorrecta.

### **5.3 ¿Logró el proyecto que las autoridades nacionales y locales del sector salud en Colombia y Ecuador mejoraran el conocimiento y fortalecieran 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?**

***H12. Algunas actividades clave para el fortalecimiento de las capacidades institucionales en atención a la SSR no se llevaron a cabo en la manera prevista.***

*Fuentes: documento de proyecto; matriz de seguimiento de resultados; informe interino; anexos del informe de socio Sinergias (dos diagnósticos, un documento de orientaciones técnicas y tres directorios de instituciones que brindan asistencia a población en movilidad); entrevistas a personal de la OIM Colombia y Ecuador; entrevistas a autoridades y proveedores de servicios en Colombia; entrevistas a autoridades del MSP en Ecuador.*

77. La revisión de las actividades del proyecto realizadas bajo el producto 2.1 de la matriz de resultados permite ver que algunas de estas no se realizaron según lo previsto. En el caso de Colombia, no se realizaron en la forma prevista las actividades: **2.1.2 Prestar apoyo y asistencia técnica a las entidades territoriales para la implementación de la atención en SSR y vías de remisión para la población destinataria, así como el desarrollo de procedimientos operativos estándar en materia de servicios de SDRS con enfoque de género, a través del socio implementador Sinergias;** y **2.1.3. Desarrollar talleres técnicos con autoridades de salud de nivel local para fortalecer sus capacidades en la atención a la SSR.**

78. En Ecuador, por su parte, no se realizaron en la manera planificada las actividades **2.1.5. Fortalecer las capacidades de oficiales del MSP en materia de atención a la SDRS y desarrollar procedimientos operativos estándar o protocolos técnicos sobre servicios en SDRS con enfoque de género;** **2.1.6 Formación a ONG y actores de la cooperación internacional en materia de asistencia en SSR,** ni **2.1.8. Proveer asistencia técnica para la implementación de rutas de referencia en SSR.**

79. Si bien en la matriz de seguimiento de resultados se reporta que en ambos países todas las metas para este producto fueron alcanzadas o superadas, al revisar en detalle, se encuentra que, bajo este producto, en ambos países fueron reportadas algunas actividades realizadas bajo el producto 3.1 (sobre fortalecimiento de las capacidades institucionales de atención a sobrevivientes de VBG<sup>14</sup>).

80. El que las actividades bajo este producto no fueran realizadas en la manera en que fueron planificadas, hace que tal fortalecimiento de capacidades no se haya conseguido, por lo menos no en los términos que las mismas actividades definen.

81. El personal de la OIM en Ecuador reconoce que llevar a cabo todas las actividades como estaban previstas fue un desafío, principalmente por la dificultad de establecer inicialmente una relación fluida con el MSP debido a los constantes cambios de ministros en un periodo de inestabilidad política que se sumó a la irrupción de la pandemia por COVID-19. No fue sino hasta la incorporación en el equipo de la OIM de la Especialista de Gestión, quien se desempeñaba como funcionaria del MSP, que finalmente se logra establecer una articulación más estrecha. Fruto de dicha articulación, se consiguió avanzar en algunas actividades y sentar las bases para un proceso de acompañamiento técnico de cinco años a través de un convenio suscrito con esa institución.

82. En Colombia, las autoridades de salud y proveedores de servicios entrevistados en esta evaluación reconocen que los diagnósticos y orientaciones técnicas socializadas por el socio Sinergias son un valioso insumo para futuros procesos de mejoramiento de la respuesta institucional, y sirvieron para sensibilizarse sobre necesidades y barreras que enfrenta la población en movilidad y que suelen ser

---

<sup>14</sup> En Ecuador, por ejemplo, la socialización del procedimiento operativo estándar sobre VBG; 4. El equipamiento de salas de primera acogida para la atención a víctimas/sobrevivientes de VBG. 5. Talleres sobre masculinidades positivas, y 6. Formación de formadores en materia de autocuidado para el personal que trabaja en la atención a la VBG. En Colombia: formación a profesionales de salud sobre el protocolo de atención integral a sobrevivientes de VS. Facilitado por el socio Genfami.



invisibilizadas. Similar opinión comparte las funcionarias del MSP de Ecuador, frente al valor del *Diagnóstico situacional sobre VBG y SSR en los cantones de Quito, Manta y Machala y su vinculación con las personas en situación de movilidad humana*. Sin embargo, en ambos casos, se manifestó también que incorporar las recomendaciones que ofrecen estos diagnósticos y orientaciones técnicas implicaría, además de un acompañamiento técnico permanente, recursos humanos y financieros considerables. En el caso de Colombia, las personas entrevistadas resaltaron el hecho de que el socio Sinergias elaboró y socializó los diagnósticos y las orientaciones, pero que no hubo acompañamiento desde el proyecto para llevar a cabo planes de mejora o acciones de seguimiento.

#### **5.4 ¿Logró el proyecto fortalecer 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?**

##### ***H13. Las actividades bajo el producto 2.2 no reflejan una relación de causalidad clara con el fortalecimiento de mecanismos de coordinación binacional entre Colombia y Ecuador.***

*Fuentes: Documento de proyecto; informe interino; informe técnico final FULULU; matriz de monitoreo de resultados; video sobre intercambio de buenas prácticas entre Colombia y Ecuador; Video del programa “Sin Barreras”; entrevistas a personal de la OIM Colombia y Ecuador; Entrevistas a socios implementadores en Colombia y Ecuador.*

83. Las metas previstas en la matriz de resultados para este producto fueron cumplidas y superadas. No obstante, el análisis de la descripción de la intervención y la matriz de resultados frente a las actividades efectivamente realizadas y que son reportadas por ambos países bajo el producto 2.2, deja ver que, aunque en su diseño original estas actividades apuntaban a fortalecer mecanismos de coordinación entre autoridades de salud de Colombia y Ecuador, en la práctica estas tomaron la forma de: **1.** Acciones de gestión del conocimiento en el caso del encuentro binacional (intercambio de buenas prácticas entre las misiones de la OIM en Colombia y Ecuador). **2.** Rendición de cuentas ante diferentes actores, incluyendo la población beneficiaria, socios y autoridades, en el caso de los tres encuentros territoriales realizados en la conmemoración del Día Internacional de la Mujer, en Colombia. **3.** Fortalecimiento de capacidades de respuesta en SSR, en el caso del encuentro sobre SDSR en situación de emergencias coordinado con UNFPA LACRO y la OIM Ecuador.

84. Frente a las actividades mencionadas anteriormente, no se observa ninguna relación directa entre estas y el fortalecimiento de mecanismos de coordinación entre las autoridades de salud de los dos países. Al mismo tiempo, tampoco es claro como la participación de la OSE en tres reuniones de coordinación regional de la respuesta humanitaria, que era otra de las actividades previstas, produciría el fortalecimiento de tales mecanismos de coordinación.

85. En entrevistas sostenidas con el personal de la OIM y socios implementadores en ambos países, se manifestó que la aspiración inicial del proyecto de fortalecer mecanismos binacionales de coordinación era ambiciosa. Tal fortalecimiento implicaba otras estrategias de incidencia al más alto nivel de los gobiernos de cada país, lo que significaría que las actividades planificadas, incluso en el escenario que se hubiesen realizado en la manera prevista, no habrían tenido el alcance para lograr el fortalecimiento de

mecanismos de coordinación esperado. En ese escenario, se decidió reenfocar las actividades para aprovecharlas como una oportunidad para que los equipos de la OIM e implementadores en ambos países intercambiaran sus experiencias. También para rendir cuenta a donantes, autoridades y beneficiarios sobre los avances del proyecto. En el caso de Colombia, el personal de la OIM reconoce que estos espacios fueron importantes para hacer ver a las autoridades sanitarias el impacto de las barreras de acceso a la salud de las personas migrantes. Además, también sirvieron como oportunidad para hacer incidencia ante los proveedores de servicios.

## **5.5 ¿Logró el proyecto que las mujeres, las adolescentes y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador recibieran servicios integrales de salud sexual y reproductiva sensibles al género?**

### ***H14. El proyecto aseguró el acceso a servicios en SSR a 15.361 mujeres y adolescentes migrantes venezolanas y de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador.***

*Fuentes: Documento de proyecto; matriz de seguimiento de resultados; informe interino; informe final socio Profamilia; informe técnico final FULULU; piezas de comunicación elaboradas por socio Profamilia; video programa "Sin Barreras"; entrevistas con personal de la OIM Colombia y Ecuador; entrevistas con Profamilia, CEMOPLAF, Movimiento de Mujeres del Oro y Funcionarios del Patronato de Manta; DGF con beneficiarias de servicios de SSR en Colombia y Ecuador; entrevistas con autoridades de salud de Colombia y Ecuador.*

86. El proyecto consiguió eliminar algunas de las principales barreras de acceso a servicios de SSR, permitiendo que 15.361 personas migrantes venezolanas y de las comunidades de acogida en situación de vulnerabilidad, especialmente mujeres, se beneficiaran de estos servicios<sup>15</sup>. La meta prevista era de 13.600 personas beneficiadas.

87. En Colombia, estos servicios incluyeron, entre otros, consejería en anticoncepción; suministro de MAC modernos de larga duración y definitivos; atención prenatal y postparto; IVE de acuerdo con la normativa nacional; prevención del cáncer de mama y de cuello uterino. A través de la Ruta Sin Barreras, Profamilia ofreció estos servicios en sus clínicas y en jornadas extramurales, priorizando a mujeres y adolescentes migrantes venezolanas no afiliadas al sistema de salud (96.2% de beneficiarias fueron mujeres y adolescentes venezolanas). Con este componente del proyecto, se beneficiaron 7,711 adolescentes y mujeres y 488 mujeres gestantes. En total, 7,308 usuarias recibieron MAC, principalmente implantes subdérmicos (96%). Los servicios fueron complementados con acciones de información sobre DSR, IVE, prevención de ITS Y VIH, y prevención de VBG. Estas acciones educativas contribuyeron a que las beneficiarias tomaran los servicios ofrecidos de forma libre e informada.

88. En Ecuador, los servicios incluyeron consejería en anticoncepción y suministro de MAC modernos a mujeres y adolescentes de ambos sexos, aunque principalmente mujeres, y fueron brindados en clínicas de la organización CEMOPLAF en Quito, el Patronato de Manta y la OBC Movimiento de Mujeres del Oro en Machala. El proyecto consiguió que 6,782 personas accedieran a servicios de consejería sobre SSR y que 4,741 accedieran a métodos anticonceptivos (60% y 61% respectivamente, eran mujeres y adolescentes migrantes venezolanas).

---

<sup>15</sup> Algunas personas recibieron más de un servicio.

89. Autoridades de salud en ambos países reconocen que un despliegue de entrega de servicios en SSR para la población migrante de esa magnitud no habría sido posible desde la institucionalidad dadas sus capacidades de respuesta y, en el caso de Colombia, las restricciones de acceso a personas no afiliadas al sistema de salud. Al finalizar el proyecto aún quedaron en lista de espera cientos de mujeres en todos los territorios de intervención en ambos países.

90. Encuestas de salida aplicadas a usuarias de los servicios evidenciaron que el 96% de estas en Colombia y el 87% en Ecuador estaban satisfechas con los servicios recibidos. Como se explicó en el hallazgo H6, del total de personas que accedieron a estos servicios, 8.6% eran adolescentes.

## **5.6 ¿Logró el proyecto que las autoridades nacionales y locales y los proveedores de servicios de atención a la VBG en Colombia y Ecuador aumentaran 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?**

### ***H15. Colombia. El proyecto contribuyó a mejorar las capacidades de profesionales de la salud para brindar una atención integral a sobrevivientes de VBG.***

*Fuentes: Documento de proyecto; matriz de seguimiento de resultados; informe interino; informe final Fundación Genfami; informe final Fundación Renacer; hojas de ruta para la atención a víctimas de trata en los tres territorios; diagnóstico sobre el delito de trata en Barranquilla, Santa Marta y Cartagena; cuatro guías de formación a funcionarios públicos sobre el delito de trata; entrevistas a personal OIM Colombia; entrevistas a socio implementador Renacer; entrevistas a socio implementador Genfami; entrevistas a representantes de los Comités Distritales de Lucha contra la Trata; entrevistas a consultoras en VBG; DGF con beneficiarias.*

91. En Colombia 180 profesionales del sector salud de los distritos de Santa Marta, Barranquilla, Cartagena y municipios aledaños, culminaron satisfactoriamente el curso certificado de Prevención y Atención de VBG con énfasis en violencias sexuales. Con esto, el proyecto superó la meta inicialmente prevista que apuntaba a que lograran certificarse 60 profesionales.<sup>16</sup> La evaluación final del proceso confirmó que el 100% de profesionales de la salud certificados cuenta con capacidades suficientes para poner en práctica servicios para la atención de la VBG centrados en la sobreviviente e identificar correctamente la ruta de referenciación. El proceso incluyó además la transferencia de estrategias para el autocuidado a 61 profesionales de los equipos de apoyo psicosocial de los establecimientos de salud participantes. Todas las metas previstas para este producto en Colombia fueron alcanzadas o superadas.

92. El curso, facilitado por el socio implementador Genfami, tuvo una intensidad de cuarenta horas e incluyó cinco módulos de estudio asincrónico en aula virtual combinados con encuentros sincrónicos para cada módulo. Los contenidos incluyeron aspectos como la salud, medicina forense de la violencia sexual, normatividad y derechos humanos, salud sexual y reproductiva, salud mental, atención psicosocial en emergencias, migración y emergencia humanitaria.

93. En el marco de esta evaluación fueron entrevistadas 8 personas que participaron en este curso. Todas opinaron que el curso fue útil y de calidad, y reconocieron que este les permitió tener una

---

<sup>16</sup> La adaptación del curso a la virtualidad hizo que se ampliara significativamente el cupo de profesionales de la salud participantes, involucrándose incluso algunos profesionales de otros municipios.

comprensión más profunda de las necesidades de las sobrevivientes de VS y del procedimiento a seguir frente a un caso. Algunas de estas personas manifestaron que el curso ofreció la oportunidad de identificar las debilidades de la respuesta ante la VBG en sus establecimientos. Al indagárseles sobre los desafíos que plantean los procesos de mejoramiento de la atención a sobrevivientes de VBG, la mayor parte de ellas mencionó la alta rotación de personal como uno de los factores más problemáticos. Otras personas expresaron que el fortalecimiento de las capacidades del personal es un paso importante, pero que al interior de sus establecimientos deben implementarse otras acciones de mejoramiento que permitan sacar mayor provecho a procesos de formación como estos. Opinión esta que coincide con la de socios implementadores.

***H16. Colombia. El proyecto contribuyó al fortalecimiento de capacidades de los Comités Locales de Lucha contra la Trata de Personas.***

*Fuentes: documento de proyecto; informe interino, informe final Renacer; diagnósticos de trata; entrevistas a personal de la OIM Colombia; entrevistas a socio Renacer; entrevistas a representantes de los comités de lucha contra la trata de personas; entrevistas a consultoras en VBG.*

94. El proyecto en Colombia, bajo su efecto 3, apuntó al posicionamiento de la temática de trata de personas en los tres distritos priorizados. Esto, mediante una estrategia en cinco frentes: **1.** Generar información sobre las dinámicas alrededor del delito en los territorios **2.** Construir/actualizar las rutas de atención integral a las víctimas; **3.** Sensibilizar y formar a funcionarios públicos, representantes de OSC y miembros de la comunidad; **4.** Fortalecer a los Comités Locales de Lucha contra la Trata de Personas, y **5.** Identificar y activar la ruta de atención a víctimas.

95. La estrategia, liderada por Renacer y una consultora contratada para cada territorio<sup>17</sup>, partió de procesos de consulta y reflexión a nivel de la comunidad, instituciones y OSC en torno a los imaginarios frente al delito y la percepción sobre las barreras o “cuellos de botella” en el acceso de las víctimas a la atención y protección.

96. Estos encuentros brindaron insumos en la elaboración de un diagnóstico sobre la situación del delito en los tres distritos, así como en la construcción de hojas de ruta para la atención y protección de las víctimas en la que participaron instituciones y OSC. Lo anterior, a su vez, permitió diseñar campañas de IEC y procesos de formación basados en necesidades específicas en los territorios (seminarios y talleres), en los que se fortalecieron capacidades de las instituciones y organizaciones que hacen parte de la respuesta, así como en liderazgos comunitarios para generar mayores capacidades para prevenir e identificar casos.<sup>18</sup>

97. Paralelamente, el proyecto apoyó los planes de acción territorial de los comités de lucha contra la trata de personas y ofreció capacitación a sus integrantes para una mejor comprensión del tipo penal y la ruta de atención de víctimas, lo que sumado a los diagnósticos territoriales sobre las dinámicas en que opera el delito en cada territorio, constituyen, desde la opinión de socios implementadores, personal de

---

<sup>17</sup> Fundación Plan y Genfami también se involucraron desde el componente de IEC.

<sup>18</sup> Se destaca, entre estos procesos de formación, un seminario de 100 horas en el que participaron 384 funcionarios públicos de instituciones relevantes frente al tema de trata.

la OIM y miembros de los Comités de Lucha Contra la Trata de Personas, un impulso importante al abordaje y atención de víctimas en los territorios.

98. En los tres distritos, representantes de los mismos comités reconocieron que el proyecto de la mano de la Fundación Renacer ha dinamizado estas instancias. Según informaron estos funcionarios, el proyecto llegó en un momento en que los comités estaban debilitados. En Santa Marta, por ejemplo, el proyecto trabajó de la mano del comité departamental, toda vez que el comité distrital no estaba operando. Gracias al acompañamiento brindado por el proyecto, se logró promover su reactivación.

99. El fortalecimiento de los Comités de Lucha Contra la Trata de Personas se ha reflejado en el aumento de los casos atendidos. En total, durante el proyecto, 21 personas accedieron a la ruta de atención de víctimas de trata de personas a través de los comités, logrando que el 100% de las sobrevivientes atendidas recibieran servicios de salud, justicia y protección, de acuerdo con la normatividad vigente. Se destaca el caso del Comité de Cartagena, que, durante la vigencia del proyecto, logró atender integralmente 8 casos, mientras que en los 10 años anteriores solo había atendido uno. Los integrantes de los comités entrevistados consideran que estos progresos en gran medida responden al impulso que el proyecto “Sin Barreras” dio a las acciones de prevención del delito de trata en sus territorios, y, particularmente, al apoyo brindado a los comités.

***H17. Ecuador. Las acciones de fortalecimiento de capacidades institucionales para la atención de víctimas y sobrevivientes de VBG no han tenido la intensidad horaria ni la orientación en desarrollo de competencias necesaria para lograr el resultado esperado.***

*Fuentes: entrevistas a personal OIM Ecuador; entrevistas a consultoras a cargo de los talleres de masculinidades y cuidado al cuidador en Ecuador; entrevista a representantes del MSP en Ecuador; Diagnóstico sobre VBG en Ecuador; agendas y herramientas metodológicas de talleres sobre Masculinidades y Cuidado al Cuidador.*

100. En Ecuador, el fortalecimiento de las capacidades de respuesta a la VBG se dio a través de 4 vías: 1. Generación de información mediante un diagnóstico de situación de la VBG en los territorios priorizados. 2. Dotación de salas de primera acogida de sobrevivientes de VBG. 3. Dos procesos de formación, uno de ellos sobre masculinidades positivas y el otro sobre cuidado al cuidador (en ambos casos dirigido a instituciones, organismos de cooperación internacional y OSC que atienden la VBG), y 4. Socialización del procedimiento operativo estándar de VBG y la construcción de rutas locales de protección y atención a la VBG.

101. Si bien la meta en cuanto al número de salas de primeras acogidas que serían equipadas no se alcanzó (se equiparon 15 de 20), las autoridades del MSP reconocen la contribución de esa dotación en un mejoramiento de la atención de sobrevivientes. Destacan además el que la selección de esas salas se hiciera de la mano de la autoridad nacional, lo que permitió equipar estratégicamente aquellas que, según las estadísticas, reciben la mayor cantidad de casos.

102. El MSP también hizo alusión a la importancia del diagnóstico sobre VBG con énfasis en movilidad humana, el cual se elaboró por una consultora contratada en el proyecto quien trabajó de la mano del MSP, lo que, en opinión de las representantes de ese ministerio, fue una decisión acertada pues generó apropiación dentro de la institucionalidad. Según manifestaron, la investigación brinda información vital sobre el escenario de la VBG en el contexto de la movilidad humana, lo que visibiliza aspectos que

permiten una atención diferenciada y la toma de decisiones a nivel institucional frente a la población migrante. Aunque la investigación abarcaba inicialmente solo los tres distritos priorizados en el proyecto, fue ampliado para incluir otros territorios.

103. Aunque en el marco de esta evaluación no fue posible entrevistar a participantes de los talleres sobre masculinidades positivas, cuidado al cuidador y la socialización del SOP para la atención de la VBG, la revisión de los reportes sobre estas actividades permitió identificar que:

- En el taller sobre masculinidades el 79% de participantes eran mujeres. El tema de masculinidades se suele abordar con grupos de hombres, a fin de que, mediante un proceso reflexivo, se cuestionen y apunte a transformar las masculinidades tradicionales. Por otra parte, pese a tratarse de una formación de formadores, el taller solo tuvo una intensidad de siete horas, lo que podría no ser suficiente para lograr ese propósito.
- El fortalecimiento de capacidades para implementar el procedimiento operativo estándar en VBG, uno de los procesos clave de cara al producto 3.1, se presentó en forma de socialización y no como capacitación en estricto sentido. En efecto, el encuentro, que tuvo una duración de 8 horas, dedicó 4 horas a la socialización y 4 horas a la construcción participativa de las rutas locales de protección y atención. Además, solo se hizo la actividad en Quito.

104. Aunque las evaluaciones aplicadas en los talleres mencionados demostraron un aumento en conocimientos, se observa que el proceso de capacitación en la atención a sobrevivientes de VBG, en términos generales, no ha consistido en un proceso unificado, intenso y que apunta a desarrollar las competencias técnicas para la atención a víctimas (especialmente en la implementación del SOP), sino, más bien, procesos de corta duración, baja intensidad horaria y aislados entre sí.

105. Pese a lo anterior, la misión de la OIM en Ecuador ha dado un paso importante hacia un proceso de acompañamiento para el fortalecimiento de la respuesta ante la VBG en el país. En conjunto con el UNFPA, se apoyó al MSP en el diseño de un curso virtual sobre la Norma Técnica de Atención Integral a víctimas de violencia de género, y graves violaciones a los derechos humanos (2019). El curso, de 5 módulos y 30 horas de duración presenta una estructura curricular integral. Por otra parte, el curso, que no se impartió durante el proyecto, sino que se realizará a partir del segundo trimestre de 2022, busca alcanzar a 3000-5000 personas.

**5.7 ¿Logró el proyecto que 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 recibieran 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?**

***H18. Ambos países consiguieron activar la ruta de atención a sobrevivientes de VBG, sin embargo, esto no se dio en la cantidad (Colombia) y forma (Ecuador) previstas.***

*Fuente: Documento de proyecto; matriz de seguimiento de resultados; informe interino; entrevistas a personal OIM Colombia; entrevistas a socios implementadores Profamilia, FULULU.*

106. Si bien tanto en Colombia como en Ecuador se superaron las metas en cuanto a personas alcanzadas con información precisa sobre la disponibilidad y accesibilidad a servicios de atención a la VBG, (indicador 3.2.A)<sup>19</sup> el análisis sobre la eficacia del proyecto frente al indicador 3.2.C, sobre el número de personas que han recibido servicios en VBG, ofrece menos claridad.

107. En Colombia se reporta frente al indicador 3.2.C que 372 personas que han sufrido o están en riesgo de sufrir VBG han recibido servicios relacionados, a partir de las entrevistas con el personal de la OIM en ese país, se desprende que el número reportado incluye, además de las personas efectivamente atendidas en calidad de sobrevivientes de VBG (58 en total), a 314 mujeres que participaron en procesos de formación sobre VBG. Sin embargo, el mismo indicador define que los servicios a que se hace referencia incluyen primeros auxilios, asistencia psicológica, consejería y servicios legales. Así, se tendría que en Colombia solo 58 mujeres (las efectivamente atendidas con estos servicios), contarían frente a este indicador, con lo cual, esta meta no se habría cumplido en Colombia.

108. En Ecuador, por su parte, la interpretación dada al indicador es distinta. Allí se reportaron solamente los casos de mujeres atendidas efectivamente en calidad de sobrevivientes, sumando 3,389 con lo que habrían superado la meta inicialmente fijada en 3,000.

109. Frente al análisis anterior, debe destacarse que, pese a la meta y alcance relativamente bajo del proyecto en Colombia frente al logro reportado en Ecuador, la asistencia brindada a sobrevivientes en el marco del proyecto fue distinta en cada país. En Ecuador esta asistencia consistió principalmente en brindar primeros auxilios psicológicos y referir a las sobrevivientes a otros servicios sin que pudiera hacerse seguimiento a todos los casos ni ofrecer asistencia legal, como lo planteaba la actividad en la matriz de resultados. En Colombia, por su parte, se reporta que el proyecto acompañó a las sobrevivientes en el proceso integral, es decir, que las 58 sobrevivientes atendidas recibieron servicios de salud, justicia y protección, de acuerdo con sus necesidades y la normatividad vigente.

110. Frente a la asistencia a sobrevivientes en Ecuador, el personal de FULULU entrevistado por el equipo evaluador manifestó que la atención se dio solo de forma parcial debido a que la meta resultó siendo demasiado alta frente a su reducido recurso humano. Como se dijo antes, las metas para cada país fueron considerablemente diferentes: 250 personas atendidas en Colombia frente a 3.000 en Ecuador.

## CRITERIO EFICIENCIA

**Desempeño: Bueno**

**6 ¿En qué medida agregaron valor al proyecto las alianzas establecidas con socios implementadores locales como Profamilia, GENFAMI, Renacer, Sinergias, Plan y Fundación Lunera?**

---

<sup>19</sup> En Ecuador la meta era alcanzar a 8,560 y se logró llegar 12,972 personas.  
En Colombia la meta era 14,520 y se logró llegar a 20,945 personas.

**H19. Colombia: Todos los socios implementadores demostraron capacidades y experiencia suficientes para llevar a cabo las actividades que les fueron asignadas en el proyecto aportando su ventaja comparativa.**

*Fuentes: Documento de Proyecto; informe interino; informes finales de socios implementadores Colombia; sitios web de socios implementadores; entrevistas personal OIM Colombia; entrevistas socios implementadores; entrevistas autoridades de salud; entrevistas lideresas; DGF beneficiarios; entrevistas representantes Comités de Lucha Contra la Trata.*

111. En Colombia, el proyecto fue implementado por cinco socios, cada uno de ellos seleccionado a partir de su experiencia. Esta diversidad de implementadores hizo que cada componente del proyecto estuviera a cargo de un implementador especializado en la materia, que se diera un balance en las cargas de actividades entre ellos y que el proyecto optimizara sus recursos aprovechando las capacidades, recursos y experiencia de los socios. A continuación, se mencionan algunas de las ventajas comparativas de estos socios que agregaron valor al proyecto:

112. **Profamilia** es una organización con cincuenta y seis años de experiencia en la defensa de los DSDR, la oferta de servicios en SSR en Colombia, incluyendo IVE y la implementación de la educación sexual integral (ESI) a través de herramientas y pedagogías innovadoras. Con más de 45 clínicas a nivel nacional, esta organización se posiciona como el prestador de servicios especializados en salud sexual y reproductiva con mayor alcance de Colombia. Al ser un referente en temas de SDSR, sus investigaciones han servido de insumo para la formulación de políticas públicas del nivel nacional.<sup>20</sup>

113. Algunas de las ventajas comparativas que ofreció Profamilia al proyecto, además de su trayectoria, son: **1.** Cuenta con clínicas permanentes en los tres distritos y con capacidad de llevar servicios extramurales; **2.** Cuenta con stock propio de insumos para la SSR, lo que facilitó la logística en términos de la adquisición de estos insumos; **3.** Es una organización pionera en Colombia en la prestación de servicios de IVE; **4.** Ya había trabajado en proyectos pasados con la OIM, incluyendo el piloto de “Sin Barreras” en Cartagena (año 2019), lo que le dio un conocimiento de primera mano del contexto y necesidades de la población, así como de las políticas de la OIM; **5.** Ha desarrollado metodologías y herramientas para la educación sexual integral que pudieron utilizarse en acciones educativas en sala de espera, permitiendo así un servicio más integral; **6.** Al tener puntos focales en los territorios aseguró comunicación directa con los enlaces territoriales de la OIM y una mayor coordinación de las actividades; **7.** Hace parte del GIFMM, lo que le da una comprensión profunda del contexto humanitario y del mapa de actores en el territorio que brindan otros servicios, lo cual favoreció la complementariedad a través de la referencia y contra referencia de usuarias; **8.** Tiene amplia experiencia en comunicación sobre SDSR, siendo capaz de llegar a diferentes audiencias con información sensible.

114. **Plan Colombia** es una OSC miembro de la ONG Plan Internacional que cuenta con una trayectoria de cincuenta y cinco años en la promoción de los derechos de la niñez en Colombia, con el objetivo de mejorar las condiciones de niñas y niños que viven en situación de extrema vulnerabilidad. Lidera en Colombia la campaña global “Girls get Equal” que aboga por la igualdad de oportunidades de las niñas.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Tomado del sitio web [www.profamilia.org.co](http://www.profamilia.org.co)

<sup>21</sup> Tomado del sitio web [www.plan.org.co](http://www.plan.org.co)



115. Algunas de las ventajas que ofreció Plan al proyecto son: **1.** cuenta con amplia experiencia en proyectos en el ámbito humanitario con niñez en situación de movilidad, incluyendo algunas iniciativas sobre SDR y prevención de la VBG en los distritos priorizados en el proyecto; **2.** Designó un equipo técnico en cada distrito como punto focal del proyecto que mantuvo estrecha comunicación con los enlaces territoriales de la OIM y que brindó asistencia directa a las beneficiarias y OBC que participaron en iniciativas comunitarias; **3.** Cuenta con sus propias redes fortalecidas de liderazgos comunitarios lo que facilitó la captación de beneficiarias; **4.** Cuenta con metodologías propias para el trabajo con niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad.

116. **Fundación Renacer** es una organización con una trayectoria de 32 años de trabajo para la erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes mediante programas de acompañamiento y atención integral a las víctimas, prevención, investigación, capacitación y asesoría a organizaciones y comunidades, desde la perspectiva de protección, defensa y restitución de los derechos de la infancia.<sup>22</sup>

117. Algunas de las ventajas que Fundación Renacer trajo al proyecto son: **1.** Tiene presencia permanente en las ciudades de Cartagena y Riohacha, que favorece una comprensión de las dinámicas alrededor de los delitos de trata, explotación y abuso sexual de NNA en la región Caribe; **2.** Asignó puntos focales para cada distrito priorizado, lo que le permitió una interacción y acompañamiento directo a los comités de trata y los enlaces territoriales de la OIM y sus consultoras; **3.** Ya tenía experiencia de trabajo previo con la OIM, incluyendo el piloto del proyecto “Sin Barreras” en Cartagena; **4.** Cuenta con redes de lideresas a nivel comunitario en la ciudad de Cartagena lo que facilitó la identificación de beneficiarias; **5.** Cuenta con experiencia en investigación participativa y acceso a la comunidad que facilitó la recolección de información para los diagnósticos de trata.

118. Fundación Renacer reconoce que el proyecto “Sin Barreras” significó una oportunidad para fortalecer su posicionamiento como una organización que trabaja en el tema de trata de personas y no solo en la explotación sexual de NNA, por lo que ha sido más conocida. En el marco de la implementación de este proyecto, Renacer entró a ser miembro de los comités de trata en Cartagena y Barranquilla y estableció una oficina en esta última ciudad que se ha mantenido vigente posterior a la finalización del proyecto. Esta vocación de permanencia es un valor agregado de Renacer en este proyecto que plantea una oportunidad de sostenibilidad de los procesos de fortalecimiento a los comités de trata y el seguimiento a otros procesos liderados por esta fundación en los territorios.

119. **Fundación Genfami** es una ONG con trece años de trayectoria que tiene como misión fomentar el ejercicio de los derechos humanos, el empoderamiento de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, y el fortalecimiento de procesos sociales en los que se promuevan la dignidad, la integridad, la libertad y la igualdad como formas de construcción de relaciones sociales.<sup>23</sup>

120. Algunas de las ventajas que trajo al proyecto fueron: **1.** Es una organización especializada en el fortalecimiento de capacidades institucionales y de profesionales de la salud en atención a la VBG, con facultad de emitir certificaciones; **2.** El haber participado directamente en la definición de lineamientos y

---

<sup>22</sup> Tomado del sitio web [www.fundacionrenacer.org](http://www.fundacionrenacer.org)

<sup>23</sup> Tomado del sitio web [www.genfami.org](http://www.genfami.org)

protocolos nacionales para la atención de la VBG y pertenecer al Comité Nacional de Atención a Víctimas de VBG la hace un referente en la materia, al tiempo que le permite una comprensión profunda de las rutas, protocolos e instituciones portadoras de obligaciones frente a la atención de la VBG; **3.** Su propuesta de curso de certificación de 40 horas para profesionales de la salud es de los más reconocidos en el país, y ha sido construido con los aportes de renombrados expertos; **4.** Su experiencia en procesos de formación sobre VBG con diferentes audiencias, incluso al nivel comunitario, se basa en múltiples proyectos en los que ha participado.

121. **Sinergias- Alianzas estratégicas para la salud y el desarrollo social**, es una ONG con 11 años de trayectoria que apoya el desarrollo integral desde la salud, impulsando políticas públicas y fortaleciendo capacidades técnicas y administrativas a nivel nacional, regional y local. En su trayectoria ha desarrollado proyectos que promueven la salud y potencian el cambio social con respeto a las culturas locales en las zonas del país de más difícil acceso. Sinergias ha sido galardonada con el Premio a la Innovación en la Atención en Salud por mejorar el acceso a servicios de salud interculturales en 18 comunidades rurales del departamento de Vaupés.<sup>24</sup>

122. Algunas de las ventajas que agregó al proyecto fueron: **1.** Su experiencia en estudios etnográficos participativos en el sector de la salud le da una sensibilidad especial para procesos investigativos en contextos multiculturales; **2.** Una parte esencial de su enfoque de trabajo es la oferta diferenciada de servicios de salud, lo cual era una de las apuestas de este proyecto; **3.** Cuenta con amplia experiencia en proyectos orientados al fortalecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la salud materna.

***H20. Colombia: En general, hubo poca interacción entre los socios implementadores en el desarrollo de las actividades del proyecto.***

*Fuentes: Entrevistas personal OIM Colombia; entrevistas socios implementadores; Comités de Lucha Contra la Trata.*

123. Aunque en algunas actividades puntuales los socios implementadores se articularon (Profamilia y Renacer en algunas acciones comunitarias, y todos los socios en eventos de conmemoración del día Internacional de la Mujer, por ejemplo), lo que se desprende de las entrevistas realizadas en el marco de esta evaluación es que, en general, hubo poca interacción de los socios implementadores en el desarrollo de las actividades. Desde la gestión del proyecto no se establecieron espacios de reunión periódicos con el conjunto de socios y algunos de estos mencionan no conocer a profundidad los procesos que adelantaban sus pares dentro del proyecto. El que los socios implementadores hubiesen trabajado “en silos” como regla general, impidió que algunas actividades del proyecto se beneficiasen en mayor medida de la ventaja comparativa que algunos de ellos ofrecen.

124. En entrevistas con personal de la OIM, socios implementadores y enlaces territoriales, surgieron algunas ideas sobre oportunidades de articulación que pudieron darse, por ejemplo: **1.** La experiencia en prevención de explotación sexual en NNA de la Fundación Renacer pudo haberse aprovechado para que se incorporara ese componente con mayor fuerza en los procesos de formación liderados por Plan y Genfami. Al respecto, cabe destacar que varios informantes en esta evaluación coincidieron en que el

---

<sup>24</sup> Tomado del sitio web [www.sinergiasong.org](http://www.sinergiasong.org)

componente preventivo de la trata de personas debió haberse trabajado de forma más fuerte en el ámbito comunitario, especialmente con NNA; **2.** Profamilia pudo haber tenido una mayor participación en ese proceso de formación de formadoras, especialmente en el área de métodos anticonceptivos, dada su experiencia en el desarrollo de la ESI y que, de los módulos de formación de formadoras liderada por Plan, aquel donde se consiguió menor aumento de conocimientos fue precisamente el de MAC según los post-test aplicados; **3.** Renacer trabajó directamente con población LGBTIQ+, lo que pudo servir como canal para la búsqueda activa de esta población para beneficiarse de los servicios de SSR ofrecidos por Profamilia.

**H21. Ecuador. Se observa un desbalance entre el recurso humano disponible del socio implementador FULULU y algunas actividades y metas establecidas en el proyecto.**

*Fuentes: entrevistas con el personal de la OIM Ecuador, FULULU, entrevista Movimiento de Mujeres del Oro, entrevista CEMOPLAF, entrevista Plaperts, entrevista Patronato de Manta.*

125. FULULU es una organización privada y sin ánimo de lucro que nace en 2017 y trabaja a favor de la transformación social y de la construcción de una cultura de paz en territorios vulnerables del Ecuador. Opera desde un enfoque de derechos humanos, intergeneracional, intercultural, de movilidad humana y género, concentrando sus acciones en cuatro áreas estratégicas: 1. Medios de vida; 2. Relaciones de género; 3. Educación; 4. Investigación.<sup>25</sup> FULULU fue el único socio implementador en Ecuador y estuvo a cargo del componente comunitario.

126. Esta organización aportó al proyecto su experiencia en el trabajo con población migrante y comunidades de acogida, su trayectoria en la facilitación de procesos comunitarios desde metodologías feministas y de educación popular y su capacidad para implementar alianzas estratégicas y articular acciones con otras organizaciones. El personal de la OIM, organizaciones aliadas y la población beneficiaria consultados, destacaron las competencias técnicas de FULULU en el desarrollo de las actividades a su cargo en el proyecto. Algunas de estas organizaciones señalaron que el enfoque feminista de FULULU le permitió imprimir al proyecto una especial sensibilidad frente a las necesidades de mujeres, adolescentes, niñas y otros grupos en situación de vulnerabilidad. Esto favoreció el establecimiento de alianzas para involucrar en el proyecto a esas poblaciones.

127. Pese a lo anterior, la información recabada a través de las entrevistas con el socio implementador, personal de la OIM y algunos aliados en el territorio evidenció que no todas las actividades a su cargo se implementaron en la manera en que fueron planificadas, y que los procesos de rendición de cuentas sobre el avance del proyecto no siempre se ajustaron a lo solicitado por la OIM. Algunos informantes atribuyen lo anterior a debilidades a nivel administrativo; mientras otros, al desbalance en el volumen de actividades y metas frente a un único socio cuyo recurso humano en cada territorio era de 2 personas a cargo de las actividades programáticas, administrativas y de monitoreo. Ese desbalance es particularmente claro en algunas actividades. La asistencia psicosocial y legal a sobrevivientes de VBG, por ejemplo, tenía como meta beneficiar a 3,000 personas (en Colombia esta misma actividad tuvo por meta 200 personas beneficiadas), como se mencionó en otra sección del informe.

---

<sup>25</sup> [www.fundacionlunitalunera.org](http://www.fundacionlunitalunera.org)

128. A lo anterior se suma el hecho de que, al no haber tenido presencia previa en los cantones priorizados, el proceso de mapear y articularse con actores comunitarios, instituciones y OSC tuvo que hacerse de cero, lo que consumió tiempo y esfuerzos significativos, especialmente en el contexto de la pandemia, en el que el acceso a la comunidad se vio restringido. Algunos aliados en el territorio mencionaron que la rotación del personal en FULULU se dio con relativa frecuencia y que esto afectaba en alguna medida las acciones conjuntas.

129. Como medida de mitigación, faltando tres meses para la terminación del proyecto, desde la OIM se asignó un consultor para que se hiciera cargo de las actividades de monitoreo y contribuyera en la elaboración del informe final del proyecto en Ecuador.

## CRITERIO: COORDINACIÓN Y COHERENCIA

### Desempeño: Muy bueno

#### 7. ¿En qué medida la asistencia brindada se coordina con las diferentes organizaciones que asisten a la población migrante en Colombia y Ecuador, y con qué consecuencias?

#### ***H22. La IOM participó en espacios de coordinación que permitieron complementar la asistencia brindada en el proyecto con los servicios de otros actores presentes en el territorio.***

*Fuentes: Documento de proyecto; informe interino, informes finales socios implementadores en Colombia; informe técnico final FULULU; sitio web Ministerio del Interior Colombia; entrevistas personal OIM Colombia y Ecuador; entrevistas con socios implementadores en Colombia y Ecuador; entrevistas con autoridades de salud Colombia y Ecuador.*

130. La OIM participa en espacios de coordinación de la respuesta operativa a la situación migratoria de Venezuela en los niveles regional, nacional y local. A nivel regional, la OIM es colíder junto con ACNUR de la Plataforma Regional de Coordinación Interagencial, mecanismo de coordinación que se replica además en el nivel nacional a través del Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM) en Colombia y del Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes (GTRM) en Ecuador.

131. Tanto en Colombia como en Ecuador, los mecanismos de coordinación nacional también se replican a nivel territorial con el GIFMM Costa Caribe en Colombia, donde se coordina la respuesta en los departamentos de Atlántico, Bolívar y Magdalena, y con los GTRM locales en Quito, Manta y Huaquillas en Ecuador. En ese espacio la OIM y los demás actores de la respuesta humanitaria presentan sus proyectos, su oferta de servicios y sus poblaciones priorizadas a fin de coordinar la operación en los territorios de forma eficiente y previniendo la duplicación de esfuerzos o las brechas. Este proceso ocurre de forma periódica a fin de que todos los actores cuenten con información actualizada sobre el avance de la respuesta y posibles cuestiones emergentes.

132. En el caso de Colombia, además del GIFMM, a través de los enlaces locales de la OIM, el proyecto consiguió participar en otros espacios de coordinación liderados por las alcaldías, como las mesas de migración presididas por las Secretarías de Gobierno o las de salud, donde se articulan acciones con la institucionalidad a fin de identificar necesidades de asistencia y coordinar acciones conjuntas. En el marco de esta evaluación, los enlaces territoriales de la OIM y representantes del ente territorial en el sector salud reconocieron el rol activo de la OIM en estos espacios. Las personas entrevistadas mencionaron

varios ejemplos sobre cómo durante la implementación del proyecto se hicieron acuerdos con otros actores para fortalecer los canales de referencia de beneficiarias cuyas necesidades no pudieron ser cubiertas por el proyecto, por ejemplo, en servicios como el tratamiento de ITS, transferencias en efectivo para cubrir costos emergentes en el tratamiento de otras enfermedades; acompañamiento para la regularización y afiliación al sistema de salud, vacunación, servicios especializados para mujeres gestantes, entre otros. Estas articulaciones favorecieron la complementariedad de la asistencia brindada a las beneficiarias.

133. Otros ejemplos de articulación del proyecto con actores presentes en el territorio son: **1.** Alianzas con universidades locales para el diseño de aulas virtuales de capacitación o cesión de espacios para procesos formativos; **2.** Articulación con OBC para el desarrollo de iniciativas comunitarias para la promoción de la SDR y la prevención de la VBG; **3.** Acuerdos con las entidades territoriales para el uso de espacios públicos en el desarrollo de acciones de IEC, o vehículos de la red de salud para la realización de jornadas extramurales; **4.** Articulación con OSC para involucrar a ciertos perfiles de población en procesos de formación

134. En Ecuador, este tipo de articulaciones se dieron a nivel nacional y territorial de forma sostenida a lo largo de la implementación del proyecto. A nivel nacional, la OIM coordinó con el UNFPA el desarrollo de plataformas de formación a personal de salud. En este ejercicio conjunto la OIM aportó su amplia experiencia en asistencia a personas en situación de movilidad y el UNFPA aportó su experticia en SSR y VBG. Funcionarios del MSP entrevistados en esta evaluación manifestaron que este acercamiento en conjunto al MSP evitó duplicar esfuerzos y permitió producir un material formativo integral desde un enfoque interdisciplinario.

135. En el ámbito local, FULULU coordinó con otras organizaciones que trabajan con población en situación de movilidad humana. Esto le permitió identificar población beneficiaria con mayor facilidad, fortalecer procesos que ya venían en marcha, conectar a la población con otros servicios y plantear estrategias de salida.

136. En materia de atención integral y diferenciada en SSR, la coordinación con CEMOPLAF en Quito, el Movimiento de Mujeres del Oro en Machala y el Patronato de Manta, permitió canalizar la oferta de los servicios en SSR del proyecto. En cada caso, estas alianzas permitieron a las beneficiarias acceder a otros servicios de estos aliados que el proyecto no ofreció en ese país.<sup>26</sup>

137. Pese a los espacios de coordinación existentes a nivel local, tanto en Colombia como en Ecuador, especialmente en Quito, algunos informantes de los entes territoriales consideran que todavía es necesario fortalecer más la coordinación entre actores de la cooperación. A juicio de estas personas, persisten brechas en la respuesta humanitaria por cuanto algunas necesidades sentidas en materia de SSR son atendidas solo por pocos actores (ver segmento 11), o porque hay sectores de las ciudades y perfiles de población que reciben ayuda abundante mientras otros siguen desatendidos. Para el ente territorial en el sector salud esto plantea algunos desafíos. A manera de ejemplo, en Colombia, una profesional e la

---

<sup>26</sup> En Cemoplaf las beneficiarias accedieron a citologías, ecografías, colposcopías, laboratorios. En el Movimiento de Mujeres del Oro, las beneficiarias tuvieron acceso a orientación legal y psicosocial, servicio de comedores comunitarios y albergue de tránsito. Por su parte, la coordinación con el patronato de Manta acercó a las beneficiarias a la oferta institucional local de salud.

salud mencionó que es frecuente que las mujeres gestantes sean atendidas en diferentes proyectos aislados entre sí, haciendo que cuando esa mujer llega al parto en la red de salud pública, no es posible hacer la trazabilidad de su proceso de gestación porque no se manejan hojas clínicas unificadas. Otra informante mencionó que acompañó a una ONG a una brigada de salud en un albergue y que al llegar al lugar encontraron que había otra brigada organizada por otra ONG ofreciendo los mismos servicios.

## 8. ¿En qué medida tuvo en cuenta el diseño y la implementación del proyecto el marco normativo vigente y los lineamientos de la OIM?

### **H23. El proyecto fue diseñado e implementado en observancia de los marcos internacionales y nacionales de políticas y de los lineamientos de la respuesta humanitaria de la OIM.**

*Fuentes: Documento de proyecto; informes finales de socios implementadores; entrevistas con personal de la OIM Colombia y Ecuador; entrevistas con socios implementadores Colombia y Ecuador.*

#### **Análisis sobre la coherencia con el marco normativo internacional**

138. El proyecto se inserta en un marco normativo internacional para el desarrollo en el sector de la SDR, apuntando a algunos de los ODS de la Agenda 2030<sup>27</sup>, y dando alcance al Plan de Acción de la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo (1994), que representa un hito en el reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos, y que en la esfera regional se materializa a través del Consenso de Montevideo. También da alcance a la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las mujeres (CEDAW), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena (1993) en la que se reconocen los derechos de las mujeres como derechos humanos y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), que plantea objetivos estratégicos y medidas para progreso de las mujeres en 12 esferas, dentro de las cuales se cuentan la salud y la violencia de género.

139. Por otra parte, desde la óptica humanitaria frente a los flujos migratorios mixtos desde Venezuela, el proyecto se diseñó e implementó en un marco normativo que incluye la Declaración de Quito y el Plan Regional de Respuesta a Migrantes y Refugiados de Venezuela 2020 y 2021, con especial énfasis en las áreas de SSR, salud materna y prenatal, prevención del embarazo en la adolescencia, medidas de protección y tratamiento del VIH/Sida, ITS, anticoncepción, interrupción segura y voluntaria del embarazo y prevención y atención de la VBG.

#### **Análisis de la coherencia con el marco normativo de Colombia**

140. En cuanto al marco normativo relevante a nivel nacional, el proyecto se diseñó e implementó a la luz de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021 en cuya elaboración participaron la OIM y Profamilia, y que desarrolla a través de su Plan Operativo lo definido por el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Este apego al marco normativo nacional de Colombia se observa a lo largo de la implementación del proyecto en varios componentes, como se explica a continuación:

141. Los servicios de consejería y suministro de métodos anticonceptivos brindados en el proyecto, se dieron a la luz de la Resolución 412 de 2007, que contiene las normas técnicas y guías de atención integral relacionadas con los métodos de Planificación Familiar para hombres y mujeres, la atención del embarazo,

---

<sup>27</sup> Meta 3.7, Meta 5.2, Meta 5.6, Meta 10.7.

parto y al recién nacido, la detección temprana de alteraciones de desarrollo de adolescentes, las ITS-VIH/Sida, el cáncer de cuello uterino y de seno, así como la atención a la mujer y niño maltratado.

142. Las acciones educativas sobre SDR desarrolladas en el proyecto, por su parte, dan alcance a este derecho en concordancia con la normativa vigente sobre EIS, que abarca a la Constitución Política de Colombia y bloque de constitucionalidad que integra las normas internacionales ratificadas por el país, como la Convención sobre los Derechos del Niño, así como leyes nacionales, como el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006) y la Ley General de Educación (Ley 115 de 1994) que garantizan la Educación Sexual Integral como un derecho de toda persona.

143. Las acciones de acompañamiento para el fortalecimiento de los Comités de Lucha contra la Trata de Personas se circunscribieron en el marco normativo que regula la temática en el país, especialmente la Ley 985 de 2005 que crea el Comité Nacional de Lucha contra la Trata de Personas e insta a las entidades territoriales a crear comités locales y la Estrategia Nacional de Lucha contra la Trata (Decreto 1818 de 2020).

144. Los servicios de atención a víctimas de VBG brindados en el marco del proyecto, así como los procesos de fortalecimiento de capacidades de profesionales de la salud para la atención a VBG, como el Curso certificado de Prevención y Atención de VBG con Énfasis en Violencias Sexuales facilitado por el socio Genfami, se dieron en observancia del Modelo y Protocolo de Atención en Salud a Víctimas de Violencia Sexual Resolución 0459 de 2012.

145. Por su parte, los servicios de IVE y acciones de información que abordaron esta temática desde la perspectiva de los SDR, se fundamentaron en lo resuelto en la Sentencia C-355 de 2006 y siguientes de la Corte Constitucional en relación con las circunstancias en que, en ese momento, era permitida la IVE en Colombia.

#### **Análisis de la coherencia con el marco normativo de Ecuador**

146. El proyecto se alineó con las principales disposiciones jurídicas vigentes en materia de movilidad humana, SSR y VBG. A continuación, se mencionan algunas de ellas: en materia de movilidad humana el proyecto se ajusta en particular a lo dispuesto en la Constitución de Ecuador que reconoce el derecho de las personas a migrar, manifiesta que no se considerará a ningún ser humano como ilegal por su condición migratoria y garantiza la igualdad de derechos de las mujeres migrantes. Así mismo, el proyecto se ajustó a la Ley Orgánica de Movilidad Humana (2017) y su reglamento que garantiza, en particular, la igualdad de derechos entre personas extranjeras y ecuatorianas y prohíbe toda forma de discriminación por motivos de condición migratoria, sexo o género. En su capítulo 21 identifica a las mujeres embarazadas y víctimas de VBG como población vulnerable y con derecho a recibir atención prioritaria.

147. El proyecto se alineó también con el marco jurídico vigente en materia de salud sexual y reproductiva, concretamente con la Constitución que garantiza el derecho a la salud, el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a servicios de promoción y atención integral de salud y SSR. Así mismo, asigna la responsabilidad estatal de ofrecer educación en sexualidad desde un enfoque de derechos. El proyecto también es coherente con la Ley Orgánica de Salud (Ley 67) que establece la formulación e implementación de políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva. En su artículo III, capítulo 20 especifica que los servicios de

SSR deben prestarse asegurando la igualdad de género y el enfoque pluricultural y deben contribuir a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

148. El proyecto es coherente, además, con el Plan Nacional de Creación de Oportunidades 2021-2025, que contempla garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad (objetivo 6) y fortalecer los servicios de SSR (lineamiento de política 6.3). Además, se alinea con el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021 y al Reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el sistema nacional de salud (2012).

149. En lo referente a la VBG, el proyecto es coherente con Constitución, específicamente en su artículo 55, inciso 3.b, que reconoce y garantiza el derecho de las personas a vivir libres de violencia, y establece que el Estado adoptará medidas para prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia, entre otras, las cometidas contra las mujeres y las niñas. El proyecto también está en consonancia con la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y su reglamento general (2018) que prevé medidas de prevención, atención, protección y reparación integral a las víctimas, y la reeducación de personas agresoras.

150. El proyecto se ajusta también a la Norma Técnica de Atención Integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos (MSP, 2019) cuando prevé diseñar una formación en esta norma. Entre otras, el proyecto se alinea con el Código de la Niñez y la Adolescencia que protege el interés superior de la niñez y garantiza sus derechos, en concreto, el derecho a la salud. Finalmente, el proyecto es coherente con la política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, que resalta la responsabilidad de proteger a las víctimas de violencia sexual.

### **Coherencia con lineamientos para la respuesta humanitaria de la OIM**

151. El proyecto también se apegó a los lineamientos para la respuesta humanitaria de la OIM como los establecidos en: **1.** el Marco de Gobernanza de la Migración de la OIM, particularmente su objetivo 2: "abordar eficazmente las dimensiones de movilidad de las crisis"; **2.** el Marco Operacional de la OIM en Situaciones de Crisis Migratoria; **3.** el Pacto Mundial sobre Migración en su objetivo 7: "Abordar y reducir las vulnerabilidades en la migración"; **4.** el Marco institucional de la OIM para hacer frente a la violencia por razón de género en las crisis que apunta a salvaguardar la seguridad, la dignidad y el bienestar de todas las personas afectadas por la crisis, en particular mitigando los riesgos de la VBG y atendiendo a las sobrevivientes.

152. El proyecto también fue diseñado e implementado con apego a los principios de Acción sin Daño, Salvaguarda y no Discriminación, y los principios de humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia a través de una respuesta que pone a las personas en el centro, tanto en la respuesta ante la VBG como en SSR.

### **CRITERIO: CONECTIVIDAD/SOSTENIBILIDAD**

**Desempeño: Bueno**



## 9. ¿En qué medida las actividades del proyecto apuntan a procesos de desarrollo y tuvieron en consideración mecanismos para asegurar que sus efectos positivos sean duraderos?

### ***H24. Las acciones de promoción de la SDSR y la prevención de la VBG por parte de lideresas comunitarias han continuado en el marco de otros proyectos de la OIM, otras organizaciones, al interior de OBC o de forma autónoma.***

*Fuentes: entrevistas con lideresas en Colombia y Ecuador; DGF con lideresas y promotoras en Colombia y Ecuador; entrevistas personal OIM Colombia y Ecuador; entrevistas FULULU; entrevista Plan.*

153. A partir de las DGF y entrevistas con promotoras de salud y lideresas comunitarias se pudo confirmar que a seis meses de finalizado el proyecto una parte de ellas sigue participando en acciones de promoción de la SDSR y prevención de la VBG. Lo hacen en el marco de otras iniciativas de la OIM en los territorios, con otras organizaciones o de forma autónoma en sus propias OBC. En Colombia, por ejemplo, las lideresas de la Corporación Ruleli han llevado la información adquirida en la capacitación a los Comités Barriales de emergencias (COMBAS) del barrio Olaya Herrera y a centros educativos de ese sector. Otras ya pertenecían o recién se han integrado a redes de salud creadas y fortalecidas por la OIM. En Ecuador, en la ciudad de Manta, la OIM ha incorporado a las promotoras del sector Santa Marta a proyectos que continúan vigentes con otros socios implementadores.

154. El equipo de la OIM en Colombia y los socios implementadores consideran que al menos dos factores abonan a la sostenibilidad de las acciones en el ámbito comunitario. Por un lado, el enfoque de procesos que se sigue desde la organización, que permite que, al finalizar los proyectos, las personas beneficiarias se incorporen a otras iniciativas en las que pueden seguir consolidando liderazgos y, por otro lado, los vínculos que estableció el proyecto entre las promotoras y las autoridades sanitarias y otras instituciones que cuentan con sus propias redes o están en proceso de conformarlas. Esto último también ocurrió en Ecuador.

155. Aunque lo anterior ofrece un espacio en el que estos liderazgos pueden seguir fortaleciéndose, no todas las lideresas formadas han tenido el mismo apoyo, como es el caso de un grupo de promotoras de salud en Machala, que manifestaron que, aunque continúan desarrollando algunas acciones de promoción, lo hacen sin apoyo de ninguna organización. Este grupo, en particular, subrayó que se les había explicado que al finalizar la formación se les seguiría acompañando desde la OIM y que eso no ha ocurrido.

156. Por otra parte, los espacios inclusivos para adolescentes se implementaron en alianza con organizaciones que ya tenían un trabajo previo con esta población, como la alianza establecida con Plan Ecuador, en Quito. Esto permitió fortalecer en adolescentes sus capacidades y liderazgos en el marco de procesos más amplios y de más largo plazo. Una vez terminó el proyecto, la población continuó sus procesos de promoción de la mano de estas organizaciones.

157. Algo similar ha ocurrido en Colombia con las OBC que participaron en las iniciativas comunitarias. Estas organizaciones ya venían trabajando en sus comunidades y lo siguen haciendo, pero, como algunas de ellas mismas reconocen, la diferencia es que ahora han incorporado o fortalecido las temáticas de promoción la SDSR y la prevención de la VBG en su accionar.

**H25. La alta rotación de personal en las instituciones públicas compromete la sostenibilidad de los procesos de fortalecimiento de capacidades institucionales.**

*Fuentes: Entrevistas con personal de la OIM Colombia y Ecuador; Entrevistas con Socios implementadores Colombia y Ecuador; Entrevistas con autoridades de salud de Colombia y Ecuador; entrevistas con miembros de los Comités de Lucha contra la Trata de Personas; entrevistas con Profesionales de la salud en Colombia.*

158. El proyecto hizo una apuesta al fortalecimiento institucional desde la capacitación del recurso humano. No obstante, autoridades locales y nacionales de salud, socios implementadores y la OIM coinciden en que la alta rotación del personal en hospitales locales e instituciones del orden local y nacional es un factor que compromete la sostenibilidad de los procesos de fortalecimiento institucional, como ya se ha mencionado antes.

159. En Colombia, estos informantes señalaron que con frecuencia el personal capacitado se traslada a otras dependencias en las que tiene menos oportunidades de poner en práctica lo aprendido. A su vez, el personal entrante llega sin ninguna formación en el tema. El equipo evaluador, por su parte, constató que al menos 2 de las profesionales de salud entrevistadas y que fueron capacitadas en el proyecto habían sido trasladadas recientemente. Ocurre lo mismo en los comités de lucha contra la trata, donde, según se manifestó en entrevista con algunos de sus integrantes, los niveles de rotación son significativamente altos, generando retrocesos en los procesos de fortalecimiento de capacidades de respuesta de estos comités.

160. La OIM Ecuador implementó algunas medidas que apuntan a la sostenibilidad frente a la rotación del personal. Por ejemplo, la elaboración de guías metodológicas para que participantes en los procesos de fortalecimiento de capacidades en masculinidades positivas y cuidado al cuidador puedan llevar a cabo acciones de réplica de los talleres en otras instancias. Sin embargo, la apuesta más fuerte hacia la sostenibilidad de los procesos de formación del personal en Ecuador ha sido el diseño de plataformas virtuales transferidas al MSP<sup>28</sup> y auto instruccionales en SSR y VBG alojadas en el sitio web del MSP. Las formaciones empezarán a implementarse a partir del segundo trimestre del 2022. Representantes del MSP entrevistadas, el que la institucionalidad se ocupe de la gestión de los cursos contribuye a que esta se apropie del proceso de formación y le dé continuidad.

**H26. El proyecto plantea un balance entre asistencia humanitaria y acciones para el fortalecimiento de la resiliencia comunitaria y de las capacidades de respuesta institucionales.**

*Fuentes: documento de proyecto; informe interino; informe final Profamilia; informe técnico final FULULU; entrevista con representante de GAC; entrevista personal OIM Colombia y Ecuador.*

161. El donante, personal de la OIM y socios implementadores en ambos países coinciden en que una de las cualidades más notables de este proyecto es la combinación de dos enfoques de asistencia claramente delimitados, pero interrelacionados. Por una parte, una asistencia que resolvió de forma inmediata necesidades altamente sentidas en materia de SDR, y, por otra parte, un conjunto de acciones

---

<sup>28</sup>Una de estas es sobre la implementación del paquete inicial mínimo de servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios (PIMS) y, la otra, sobre la aplicación de la Norma Técnica de Atención Integral a víctimas de violencia de género y graves violaciones a los derechos humanos.

enmarcadas en procesos de más largo aliento, dentro de las que se encuentran las actividades para el fortalecimiento de capacidades de respuesta de las instituciones en la atención en SDSR y VBG, un área a la que el proyecto dedicó buena parte de sus actividades. Lo anterior es consistente con el análisis de contexto y necesidades presentado en el documento de proyecto en el que necesidades emergentes y otras más constantes, e incluso anteriores a la crisis migratoria, convergen y se agudizan.

162. Paralelo a las actividades de fortalecimiento institucional, se realizaron también actividades en el nivel comunitario. Con ellas, se apuntó a generar procesos de sensibilización, empoderamiento y promoción de la SDSR y la prevención de la VBG, como una apuesta por mejorar la resiliencia y capacidad de agencia de las personas de modo que, al terminar el proyecto, sean ellas quienes, de forma autónoma, actúen para que sus derechos sean protegidos y sus necesidades atendidas por las instituciones.

163. Otro elemento que se destaca del diseño del proyecto es la atención puesta en ofrecer asistencia a la población en situación de movilidad, así como a las comunidades de acogida, lo que reduce el riesgo de tensiones entre estas poblaciones al tener ambas la oportunidad de beneficiarse de las actividades del proyecto. El equilibrio entre los componentes humanitario y de desarrollo y la cobertura de población en situación de movilidad y comunidades de acogida reflejan la adopción en el proyecto del enfoque del nexo humanitario – desarrollo – paz.

#### CRITERIO: IMPACTO

#### Desempeño: Bueno

#### 10. ¿En qué medida ha contribuido el proyecto o se espera que contribuya a efectos significativos y duraderos, sean estos positivos o negativos, esperados o no?

#### **H27. El proyecto contribuyó a la movilización de lideresas, OBC y CCLOS en torno a la promoción de la SDSR y la vida libre de violencia**

*Fuentes: DGF con promotoras comunitarias en Santa Marta, Barranquilla, Cartagena, Manta, Machala. Entrevistas con beneficiarias en Machala, Cartagena, Entrevistas con Socios implementadores Colombia y Ecuador; Entrevistas con autoridades de salud de Colombia y Ecuador, Entrevistas con FULULU, PLAN Genfami.*

164. El efecto 1 del proyecto apuntó a que la población beneficiaria, una vez mejorados sus conocimientos, promoviera la SDSR y la prevención de la VBG, y que fortalecieran su capacidad de agencia para demandar servicios relacionados.

165. Varias beneficiarias participantes en DGF en Ecuador y Colombia reconocieron la contribución del proyecto en su labor comunitaria. Manifiestan que el proyecto fortaleció sus capacidades de manera que ahora pueden implementar procesos de promoción de la SDSR y la prevención de la VBG en sus comunidades. Esto se ha dado en el marco de otros proyectos de la OIM en los territorios; de la mano de otras organizaciones o instituciones (en el sector salud, principalmente), o de forma autónoma en sus OBC/CCLOS o por fuera de ellas.

166. En Cartagena, Colombia, la OBC Corporación Ruleli, por ejemplo, continúa sus labores de promoción de la SDSR con NNA con y sin discapacidad, en centros educativos o en los comités barriales de emergencia (COMBAS), entre otros espacios comunitarios. Además, sigue siendo un puente entre la

comunidad y el Departamento Administrativo Distrital de Salud. Por su parte, la OBC Innovación Social, en Soledad, Atlántico, continúa canalizando la demanda de anticoncepción e IVE de mujeres venezolanas que ejercen actividades sexuales pagadas.

167. En Manta, Ecuador, algunas lideresas del sector Santa Marta continúan promoviendo la SDSR y la prevención de la VBG de la mano de otro proyecto de la OIM/Plan. También en Manta, en el sector Horacio Idrovo, las lideresas del CCLOS implementan sus labores de promoción con el personal médico del subcentro del sector. En Machala, en el sector Velasco Ibarra, un grupo de promotoras venezolanas acerca a las mujeres de su comunidad que tienen necesidades de atención en SSR con el subcentro del sector y acompañan los casos. Los anteriores ejemplos dan cuenta de la contribución del proyecto en la movilización de liderazgos en torno a estos temas en varios territorios.

168. En DGF y entrevistas individuales con lideresas en Cartagena, Barranquilla, Manta y Machala, se mencionaron algunos factores que en su opinión han favorecido la incorporación de estos temas en sus agendas de acciones comunitarias:

- **Están acompañadas.** Cuando las organizaciones acompañan a las promotoras/lideresas, su labor es más relevante porque se siguen formando, cuentan con herramientas apropiadas y apoyo y las autoridades reconocen su liderazgo y facilitan su acceso a las instituciones.
- **Trabajan en redes.** El proyecto abrió espacios de trabajo en redes y las promotoras mantuvieron el contacto entre ellas y con las autoridades sanitarias aún después de finalizado el proyecto.
- **Son referentes en temas de SDSR y VBG en sus comunidades.** Después de la formación que ofreció el proyecto, las promotoras son referentes en su comunidad en temas de SDSR y VBG. Las autoridades sanitarias las reconocen, confían en su labor y se apoyan en ellas. Una funcionaria del sector salud en Cartagena expresó en relación con el rol de las lideresas en el apoyo a las acciones de promoción de la salud: *“Ellas [las lideresas] son nuestros ojos en la comunidad. Son quienes identifican los casos y nos los comunican para que hagamos las notificaciones a las entidades territoriales por tratarse de eventos de salud pública, entonces el hecho de que sean ellas quienes identifiquen esto, y que llegue a la Secretaría, es uno de los resultados grandes del proyecto”*.
- **Conocen sus entornos.** Al ser parte de las comunidades, las promotoras conocen las necesidades de su entorno y responden a sus características culturales y socioeconómicas a través de acciones adecuadas a esas características.
- **Generan demanda.** Lograron generar demanda de servicios. Por ejemplo, con la contribución del proyecto, la OBC Innovación Social, canalizó la demanda por MAC e IVE de las mujeres que ejercen actividades sexuales pagadas en Soledad (aledaño a Barranquilla), y continúan sus actividades al día de hoy.

169. De igual forma, algunas promotoras han compartido sus reflexiones acerca de factores que han dificultado su rol en las comunidades, especialmente las que han trabajado de forma autónoma sin apoyo de organizaciones o agencias de desarrollo. Según algunas de ellas, el no contar con ese respaldo, hace que lograr articulaciones con las instituciones de salud y una respuesta ágil de estas frente a los casos que

ellas gestionan, sea complejo y a veces desgastante. En Ecuador, en múltiples oportunidades este perfil de lideresas mencionó que las instituciones son más abiertas a trabajar de la mano de lideresas y promotoras “que portan chalecos y carnets de proyectos”.

***H28. El trabajo mancomunado entre mujeres en situación de movilidad y mujeres de las comunidades de acogida en Colombia y Ecuador ha contribuido a fortalecer la sororidad entre ellas y a reducir los prejuicios asociados a la migración.***

*Fuentes: Entrevistas con personal de la OIM Colombia; entrevista con personal de FULULU, DGF con beneficiarias adultas en Machala, Manta, Cartagena.*

170. Uno de los aspectos que más destacan las beneficiarias al preguntárseles sobre cómo ha sido la interacción entre ellas en las acciones de promoción, es que predomina una buena relación y, que, en todo caso, han sido capaces de sobrellevar los conflictos que ocurren en este tipo de procesos. En repetidas ocasiones, estas lideresas reconocieron además que interactuar con sus pares de otra nacionalidad ha sido un proceso de aprendizaje y fortalecimiento de relaciones de empatía y sororidad, mencionando algunos ejemplos sobre cómo el convivir de cerca y conocer sus historias y necesidades, las ha llevado a reconocerse como iguales.

171. En Manta y Machala, Ecuador, varias beneficiarias del proyecto reportaron que antes de incorporarse a la iniciativa tenían actitudes prejuiciosas frente a la población venezolana. Subrayaron que estos preconceptos les impedían dimensionar las necesidades, barreras y riesgos a los que esta población se enfrenta durante el proceso migratorio y una vez establecidas en la comunidad de acogida. Algunas de ellas consideran que este cambio en sus imaginarios se dio gracias a su interacción sostenida con mujeres de nacionalidad venezolana en los procesos mediados por FULULU, incluidos los formativos, asesorías en SDRS, o la construcción de rutas comunitarias de atención a la VBG, procesos en que mujeres de nacionalidad venezolana y ecuatoriana compartieron sus opiniones, historias de vida, aspiraciones y necesidades, encontrando puntos de encuentro.

172. Por su parte, el personal de FULULU señaló que motivó y apoyó las iniciativas de las beneficiarias por crear espacios contra la xenofobia. Subrayó que un factor que puede explicar la contribución de FULULU a este efecto es la implementación de espacios seguros y espacios de cuidado en los que se fomentaba la confianza y el cuidado propio y el de las demás personas para compartir experiencias y construir conjuntamente con visión de derechos.

173. Algunas de las beneficiarias relataron que, fruto de esa transformación de imaginarios, el Comité Ciudadano Local de Salud del Subcentro Brisas del Mar en Machala incorporó por primera vez entre sus integrantes a una mujer de nacionalidad venezolana, mientras que en el sector Velasco Ibarra, de la misma ciudad, se admitió, también por primera vez, la participación, en calidad de invitadas permanentes, a un grupo de mujeres que representa a la población en movilidad en ese sector.

174. En Manta, varias de las promotoras que participaron en DGF, y que pertenecen al CCLOS del sector Horacio Idrovo, reconocieron que, aunque al inicio su relación con beneficiarias de nacionalidad venezolana fue hostil, con el tiempo se transformó sustancialmente. Una de ellas manifestó: «antes de estos talleres yo tenía una idea muy negativa de las venezolanas, pero hoy en día puedo decir que las

*entiendo y que en mí tienen una persona que siempre les tenderá una mano en lo que pueda, y ellas lo saben, porque en varias oportunidades yo he estado allí por ellas y ellas han estado también allí cuando las he necesitado. Nosotras no somos solo compañeras de trabajo sino una familia».*

175. En Colombia surgieron opiniones similares, y al respecto, algunos socios reconocieron que esto ocurre también gracias al empleo de metodologías intencionadas a generar ese tipo de procesos de transformación en imaginarios. En el caso de Renacer, la incorporación de la técnica de “líneas de vida” en el trabajo con mujeres de la comunidad en el marco de este proyecto, permitió que la interacción con las experiencias de cada una de las personas participantes generara una “apropiación” de la historia ajena como si fuera propia, lo que redundó en una mayor empatía y sororidad, según expresó una de las representantes de esa fundación socia del proyecto.

176. Así, el fortalecimiento de lazos de sororidad y la transformación de actitudes negativas frente a las personas en situación de movilidad humana podría considerarse un importante resultado positivo no esperado del proyecto.

***H29. El componente humanitario del proyecto garantizó el acceso de la población migrante y refugiada y de las comunidades de acogida a los servicios de SDRS y, en menor medida, a la asistencia por violencia de género. Sin embargo, todavía no hay evidencia clara de que haya mejorado el acceso a estos servicios a nivel institucional.***

*Fuentes: Documento de proyecto; matriz de seguimiento de resultados; informe interino; Boletín de información del proyecto 2020-2021 – Ecuador; Diagnóstico sobre VBG y SSR en Ecuador; Documentos de diseño del curso virtual sobre SSR y VBG en Ecuador; Informe Profamilia; informe final Fundación Sinergias y anexos; Informe final Genfami y anexos Entrevistas con personal de la OIM Colombia, OIM Ecuador, Profamilia, Movimiento de Mujeres del Oro, Patronato de Manta, CEMOPLAF, , entrevista a representantes del MSP y Patronato de Manta en Ecuador; Entrevistas a representantes de autoridades locales de salud en Cartagena, Barranquilla y Santa Marta; DGF con beneficiarias adultas y adolescentes en Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, Machala, Manta y Quito.*

177. Los efectos 2 y 3 del proyecto buscaron que las mujeres y las niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de comunidades de acogida mejoraran su acceso a servicios integrales de SDRS y atención a la VBG, respectivamente. Para lograrlo, la iniciativa contempló un componente humanitario y uno de desarrollo. El primero se concentró en garantizar el acceso inmediato y sin barreras a los servicios de SDRS y atención a sobrevivientes de VBG. Mientras que el segundo, apuntó a acciones para el fortalecimiento de capacidades de profesionales de salud y autoridades desde una mirada hacia el fortalecimiento institucional a más largo plazo. Tal y como se analizó bajo el criterio de eficacia, el proyecto logró resultados dispares en una y otra área y también a nivel de cada país.

178. Desde la lógica de la intervención, el que los productos que apuntaban a fortalecer las capacidades institucionales para la atención en SDRS y VBG no se hayan logrado en la manera en que se esperaba, hace que los efectos esperados, en el sentido de mejorar el acceso a los servicios en SDRS y atención a la VBG (efectos 2 y 3) tampoco se observen de forma clara.

179. Al respecto, además de las necesidades de fortalecimiento del personal, las opiniones recolectadas apuntan a que se requieren otras acciones, algunas incluso mucho más complejas, para que tal mejora en el acceso de la población, y en especial de la población en situación de movilidad, ocurra.

180. Las autoridades y personal de salud entrevistado en Colombia, por ejemplo, subrayó que, además de las debilidades institucionales, en el país existen barreras legales de acceso a la salud para personas migrantes en situación de irregularidad. Reconocen que el proyecto hizo esfuerzos por canalizar a esta población para que recibiera acompañamiento de la OIM u otros actores en su proceso de regularización y de afiliación al sistema de salud, pero que incluso en un escenario en el que estas personas tuvieran acceso, las capacidades de respuesta institucional siguen siendo limitadas si se consideran aspectos como la insuficiencia de recurso humano, insumos e infraestructura, entre otras carencias. Lo anterior también se reconoció por varios informantes en Ecuador pese a que en ese país el acceso a la salud es universal.

181. Tanto en Colombia como en Ecuador, un comentario presente en buena parte de las entrevistas con personal de salud, autoridades y beneficiarias es que la atención en salud de la población en situación de movilidad, y en algunos casos también de las comunidades de acogida, sigue dependiendo en gran medida de los programas y proyectos de agencias de cooperación.

182. En ese sentido, el mejoramiento del acceso a los servicios integrales en SDRS con enfoque de género, a que apunta el efecto 2, hasta ahora solo es observable desde la respuesta humanitaria, que, en efecto, constituye uno de los ámbitos en que el proyecto tuvo su mejor desempeño, como ya se ha mencionado.

183. Aliados territoriales para la prestación de servicios, socios implementadores y beneficiarias que participaron en DGF y entrevistas individuales en Colombia y Ecuador, destacaron que estos servicios tuvieron un efecto directo en la SSR de las personas que se beneficiaron ellos, fortaleciendo la autonomía reproductiva de las mujeres y adolescentes y, en algunos casos, incluso contribuyendo a que se identificaran oportunamente y que fueran tratadas patologías que comprometían significativamente la vida de las usuarias.

184. Son múltiples los testimonios de personal médico, socios y usuarias que dan cuenta de la manera en que eliminar las barreras de acceso a servicios de SDRS significó un cambio en la vida de personas que, de otra manera, no habrían podido acceder a ellos, logrando aliviar necesidades apremiantes e incluso, como se mencionó antes, salvar vidas. Los testimonios de adolescentes que ya eran madres son particularmente relevantes, en algunos casos, estas adolescentes ya habían pasado por varios embarazos no planificados precisamente por la falta de acceso a métodos anticonceptivos o por el uso de métodos menos eficaces pero que eran los que su situación económica les permitía obtener.

**185.** La evidencia recolectada permitió identificar algunos de los factores de éxito en el abordaje humanitario de las necesidades en servicios de SSR del proyecto, entre los cuales se destacan: **1.** Se trata de necesidades altamente sentidas y con débil respuesta institucional. **2.** La disminución de barreras de acceso a través de la gratuidad o significativa reducción de costos (esto último en algunos casos en Ecuador). **3.** el apoyo con transporte desde las comunidades hacia las clínicas (en ambos países) y la realización de jornadas extramurales (en Colombia). **4.** La posibilidad para las usuarias de elegir un método anticonceptivo según sus necesidades y deseos, incluyendo algunos cuyos precios en el mercado pueden ser prohibitivos para la mayoría de las usuarias. **5.** Las acciones de información y educación sobre SDRS en la comunidad que impulsaron la demanda y favorecieron una elección libre e informada, y **6.** La

captación de usuarias a través de diversos canales, incluyendo la difusión por medios masivos, referencias desde instituciones y OSC, y la promoción de los servicios por lideresas y promotoras comunitarias.

## 5. Conclusiones y recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

1. El proyecto respondió a algunas de las necesidades más sentidas en SDSR y VBG de la población beneficiaria, que se han agudizado tras la irrupción de la pandemia por COVID-19. Esto, mediante un modelo de asistencia que respondió, desde lo humanitario, a las demandas en servicios y, por otra parte, desplegando acciones enfocadas en el aumento de la resiliencia comunitaria y el fortalecimiento institucional. Lo anterior, sumado al balance en la distribución de la asistencia entre las poblaciones en movilidad y las comunidades de acogida, aseguró que el proyecto diera alcance al enfoque del nexo humanitario – desarrollo - paz. **H1, H2, H23, H26.**

2. Uno de los logros más destacables del proyecto se dio en su dimensión humanitaria, al conseguir la eliminación de importantes barreras de acceso a servicios esenciales y que salvan vidas. El proyecto logró que más de 15,000 mujeres recibieran servicios integrales en SDSR sensibles al género y adecuados a sus necesidades específicas y que se activaran las rutas de atención para que cerca de 4,000 sobrevivientes de VBG, incluyendo la trata, explotación y abuso sexual, recibieran atención con un enfoque centrado en la persona. El proyecto también se articuló con otros actores para que mujeres y adolescentes se beneficiaran de servicios ofrecidos por estos por fuera del proyecto. El modelo de asistencia para el acceso a servicios de SSR presenta elementos que le otorgan la categoría de buena práctica, aun cuando ofrece espacio para ser robustecido, en particular, mediante la diversificación de los canales de acceso a tales servicios por parte de usuarias adolescentes. **H6, H14, H18, H22.**

3. El proyecto contribuyó al fortalecimiento de la resiliencia y capacidad de agencia de las comunidades a través de una estrategia que combinó formación de liderazgos; apoyo a iniciativas comunitarias y planes de acción de CCLOS, y campañas de IEC culturalmente pertinentes y con enfoque de género, derechos e interseccionalidad. Este conjunto de acciones logró mejorar las capacidades, principalmente de lideresas, y que la promoción de la SDSR y la prevención de las VBG fueran incorporadas en sus agendas de acciones comunitarias. Estas mujeres, y algunos hombres (en el caso de Ecuador) son el motor del componente comunitario y gracias a ellas se consiguió canalizar la demanda de servicios, llevar mensajes de prevención a las comunidades, y hacer viables varias actividades en un contexto de limitado acceso debido a la pandemia por COVID-19. El fortalecimiento de lazos de sororidad y el mejoramiento de las actitudes frente a las personas en situación de movilidad entre lideresas de distinta nacionalidad, es un resultado positivo no esperado de la intervención. **H4, H9, H10, H28.**

4. La estrategia de formación de formadoras ha sido una apuesta acertada de cara a la sostenibilidad de las acciones de promoción de la SDSR y la prevención de la VBG en las comunidades, sin embargo, el camino hacia el empoderamiento aún no concluye. Las lideresas han demostrado motivación y capacidad



de movilización, pero persisten en algunas de ellas imaginarios y actitudes que se alejan del marco de referencia de derechos sexuales y reproductivos y que requieren ser abordadas como en todo proceso de empoderamiento. La falta de un seguimiento y mentoría más cercanos, de evaluación continua de desempeño y de herramientas metodológicas que detallen paso a paso el desarrollo de acciones de promoción, se identifican como factores que aumentan el riesgo de que se abandone el marco de referencia de los derechos las acciones comunitarias de promoción. **H11, H24, H27**

5. El que el proyecto fuera diseñado antes de la irrupción de la pandemia, pero implementado durante el periodo más crítico de esta, exigió adoptar mecanismos de adaptación para viabilizar las actividades salvaguardando la seguridad de la población beneficiaria e implementadores. El mecanismo de adaptación más significativo en ambos países fue el tránsito de buena parte de los procesos de formación a la modalidad virtual. Si bien esto afectó en algún grado la fluidez de los procesos de formación con miembros de la comunidad, y limitó una participación más significativa de adolescentes en procesos de formación de formadoras en Colombia, la adaptación al contexto de la pandemia fue satisfactoria al hacer viable la implementación del proyecto y traer oportunidades de mayor cobertura y fortalecimiento de habilidades informáticas y lazos de sororidad entre las lideresas. **H5, H8, H28.**

6. El insuficiente involucramiento de hombres, especialmente en Colombia, y de adolescentes, en ambos países, en los procesos de movilización comunitaria y fortalecimiento de liderazgos, es un área de mejora del proyecto que, para el caso de las y los adolescentes, consiguió mitigarse mediante su involucramiento en iniciativas comunitarias en el caso de Colombia y espacios inclusivos de adolescentes en Ecuador, en este último caso, con mayor intensidad. Un mayor involucramiento de hombres, adultos y adolescentes, en procesos de formación de liderazgos para la promoción de masculinidades no violentas y la sensibilización sobre el rol de los hombres en el cuidado de la salud y la reproducción, habría beneficiado al proyecto de mayor integralidad y de un enfoque más transformador frente a las causas estructurales de la inequidad, la violencia y los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan de forma desproporcionada a mujeres y adolescentes. **H3, H5, H9.**

7. El desafío más significativo sigue siendo el fortalecimiento de la respuesta a las necesidades en SSR y VBG de la población en movilidad y comunidades de acogida desde las instituciones de salud en ambos países. Aunque el proyecto generó información sobre las barreras y necesidades en SSR de la población en movilidad, no se consiguió desarrollar algunas actividades clave que apuntaban al fortalecimiento institucional según lo previsto, ni fortalecer los mecanismos de coordinación entre autoridades del sistema de salud en ambos países. Conseguir un mejoramiento en el acceso a estos servicios, es una aspiración que requeriría enfoques y mecanismos mucho más complejos de los que estuvieron al alcance de este proyecto, especialmente en Colombia, donde el marco normativo frente al acceso a los servicios en SSR de personas en situación de movilidad sin afiliación al sistema de salud plantea importantes barreras. **H12, H13, H15, H16, H17, H25, H29**

8. En ambos países el proyecto se apoyó en socios implementadores técnicamente capacitados, aportando cada uno de ellos sus experiencias y ventajas comparativas con sensibilidad frente a las poblaciones beneficiarias. Sin embargo, en Colombia, la escasa articulación entre socios limitó la

posibilidad de que las fortalezas de unos y otros se capitalizaran de forma más transversal en el conjunto de actividades. En Ecuador, por su parte, el socio implementador experimentó dificultades para implementar actividades en el componente de VBG y asegurar el monitoreo del proyecto de acuerdo con los estándares de OIM. Sin embargo, pese a ese desafío, el desempeño global de FULULU, en consideración del contexto adverso en que se implementó el proyecto, fue satisfactorio. Por otra parte, esta experiencia ha dejado claras lecciones sobre la necesidad de ofrecer mayor balance a la carga de responsabilidades a los socios implementadores y asignarles roles en los que estos puedan aportar sus mayores fortalezas. **H19, H20, H21.**

9. Otro aspecto que se identificó como una oportunidad de mejora tiene que ver con la poca articulación entre las misiones de la OIM de Colombia y Ecuador y la OSE. El proyecto desaprovechó la oportunidad de propiciar una mayor interacción entre las oficinas, de modo que los aprendizajes de cada una pudieran compartirse de forma más sostenida y oportuna. El único espacio que se reservó para ese tipo de intercambio ocurrió al cierre del proyecto, cuando ya no había oportunidad de incorporar ajustes a partir de los aprendizajes compartidos. Esta desconexión también se vio reflejada de forma clara y con implicaciones en la manera en que se elaboró la matriz de resultados del proyecto, proceso que no obedeció a una dinámica de construcción colectiva horizontal y consensuada, sino fraccionada y, en algunos de sus elementos, definida de forma unilateral. Esto dio lugar a interpretaciones distintas y en algunos casos también distante de los indicadores y alcance de las actividades del proyecto. **H7.**

10. Mientras que los procesos de fortalecimiento de liderazgos comunitarios para la promoción de la SDRS y la prevención de la VBG han sido sostenidos mediante la incorporación de una parte de las lideresas a redes comunitarias que siguen trabajando con la OIM, con otras organizaciones o de forma autónoma a través de sus propias OBC, la sostenibilidad de los procesos de fortalecimiento de capacidades en el recurso humano institucional podría estar comprometida por la alta rotación de personal en estas instituciones en ambos países. Frente a esto, en el caso de Ecuador, la OIM ha conseguido establecer alianzas con otras agencias del SNU para construir y transferir a la institucionalidad plataformas de formación en SDRS y atención a la VBG con enfoque de movilidad humana. El respaldo dado por el MSP a esta iniciativa, que considera propia al ser construida con su directa participación, ofrece sostenibilidad, por lo menos al mediano plazo. **H16, H24, H25.**

11. El proyecto ha dado a las misiones de la OIM en Ecuador y Colombia una oportunidad importante de contribuir a consolidar la resiliencia comunitaria y el fortalecimiento de las instituciones frente a necesidades apremiantes. Al margen de los desafíos encontrados, son destacables los esfuerzos dedicados por el personal de la OIM, sus aliados en el territorio, socios y contrapartes, para sacar adelante un proyecto complejo en un contexto adverso, que, sin embargo, no impidió que se alcanzaran importantes logros. El camino recorrido ha dejado valiosos aprendizajes que ofrecen la oportunidad de fortalecer la respuesta de ambas misiones en futuros proyectos, en especial, en la misión en Ecuador que recién ha creado su Programa de Migración y Salud.

| RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PROYECTO |              |
|---|--------------|
| <b>Pertinencia</b>                                    | Bueno        |
| <b>Cobertura</b>                                      | Muy bueno    |
| <b>Eficacia</b>                                       | Bueno        |
| <b>Eficiencia</b>                                     | Bueno        |
| <b>Coordinación y coherencia</b>                      | Muy bueno    |
| <b>Conectividad y sostenibilidad</b>                  | Bueno        |
| <b>Impacto</b>  | Bueno        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>Bueno</b> |

## 5.2 Recomendaciones

### Recomendaciones sobre el diseño y la gestión de la intervención

1. [OSE] En futuros proyectos regionales se recomienda privilegiar la construcción de la propuesta de forma más articulada entre las misiones de cada país y la coordinación regional. Idealmente, este proceso debería reunir a las misiones en torno a un ejercicio de construcción colectiva en el que cada uno hace sus aportes. De esta manera, se fomentará mayor apropiación y consenso, y se asegurará un entendimiento común sobre la teoría del cambio, el alcance de las actividades y el sentido de los indicadores. Idealmente, debería optarse por mecanismos de medición comunes. **H7.**
2. [OIM Colombia y Ecuador] En futuros proyectos en los que participen múltiples socios implementadores se recomienda explorar junto con ellos posibles oportunidades de articulación entre estos en la implementación de algunas actividades hito, de modo que la suma de sus fortalezas potencie el alcance de estas actividades. Esto puede hacerse en la fase de diseño del proyecto si es que la propuesta aún no ha sido aprobada pero ya se sabe quiénes la implementarían, o durante la implementación, cuando las circunstancias en que el proyecto se desarrolla plantean oportunidad o necesidad de acercamiento entre los socios. Se recomienda, además, definir en el plan MEAR encuentros periódicos donde los socios compartan sus experiencias en la ejecución del proyecto y, eventualmente, surjan de forma espontánea puntos de encuentro entre unos y otros. Esto aplica también para el personal de los distintos programas de la OIM en los territorios. **H20.**
3. [OIM Ecuador] Reevaluar la pertinencia de trabajar con un único socio implementador en proyectos que, como el evaluado, se ejecutan en múltiples zonas geográficas, abordan temas que requieren diversas experticias y abarcan un amplio número de actividades. En estos casos, se recomienda trabajar con socios implementadores en función de su área de experticia o de su presencia sostenida en los territorios en los que se implementa el proyecto. **H21.**

### Recomendaciones para mejorar los procesos de formación de lideresas y la movilización comunitaria

4. [OIM Colombia y Ecuador] A fin de asegurar la calidad de los procesos de formación de formadoras se recomienda tener en consideración y asegurar en futuras intervenciones que: a) Además de la formación inicial en la que se asimilan los conceptos, deben fortalecerse también las capacidades pedagógicas para dirigir los procesos informativos/educativos de réplica (“aprender a enseñar”). Ambos procesos deben ser evaluados independientemente; b) La formadora recibe un conjunto de herramientas entre las cuales una guía metodológica que indica paso a paso cómo se desarrolla la acción educativa/informativa. Las formadoras ya capacitadas deben ser evaluadas y retroalimentadas para que se retome la formación en las áreas donde el aprendizaje no se dio adecuadamente; c) Una vez comprobado que el proceso de formación “en aula” ha concluido satisfactoriamente, la formadora podrá realizar sus acciones de promoción en la comunidad con el acompañamiento de una mentora (por lo general, la mentora es quien capacitó a la formadora o alguien con un manejo similar de los temas y metodologías). La mentora tendrá el rol de apoyarla y darle retroalimentación sobre el desempeño observado y, si es necesario, programar sesiones de refuerzo de algunos temas o aspectos metodológicos; d) El acompañamiento de la mentora culmina cuando se determina que la formadora reúne los conocimientos y capacidades para llevar a cabo acciones de promoción de forma autónoma y sin acompañamiento, pero siempre en observancia de las orientaciones metodológicas que le han sido transferidas. **H10, H11.**

5. [OIM Colombia y Ecuador] En línea con lo anterior, se recomienda elaborar un conjunto de herramientas metodológicas que sirvan a líderes y lideresas (adultas y adolescentes) para desarrollar acciones de promoción comunitaria de la SDSR y la prevención de la VBG dentro de un marco de referencia basado en evidencia y apegado al reconocimiento más amplio de los derechos sexuales y reproductivos. Con estas herramientas se apunta a asegurar que tales acciones de promoción, incluso cuando se realizan de forma autónoma y sin mentoría, se hagan con apego al marco de referencia. Estas herramientas se deben transferir durante el proceso de formación de formadoras para aprender a utilizarlas correctamente. **H10, H11, H27.**

6. [OIM Colombia y Ecuador] En futuros proyectos hacer énfasis en la necesidad de que todos los procesos de formación, incluyendo aquellos desarrollados en modalidad de réplica por lideresas y promotoras sean evaluados, de modo que sea posible medir la eficacia de las acciones de promoción en la mejora de conocimientos de las poblaciones alcanzadas. Esto incluye acciones educativas en el marco de iniciativas comunitarias. **H9, H11.**

7. [OIM Colombia y Ecuador] Elaborar un instrumento para evaluar el estado actual de conocimientos, actitudes y prácticas en el total de lideresas que participaron en el proyecto y siguen trabajando de la mano de la OIM. Identificar fortalezas y debilidades y abordarlas a través de sesiones de refuerzo, de ser necesario. **H11.**

8. [OIM Colombia y Ecuador] Incorporar a población adolescente en actividades comunitarias de promoción de la SDSR y la prevención de la VBG. En particular, desarrollar espacios diferenciados para adolescentes, utilizando enfoques como la formación de formadores o los clubes de adolescentes. Estrategias como estas permiten implementar procesos de fortalecimiento de capacidades en el largo

plazo, fomentar el trabajo entre pares para la difusión de información precisa y con base científica, y canalizar la demanda de servicios de anticoncepción para adolescentes que tienen actividad sexual. **H3, H5.**

9. [OIM Colombia y Ecuador] Involucrar de forma más relevante a los hombres en proyectos que apuntan a la prevención de la VBG y la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En el ámbito comunitario, se recomienda implementar procesos de formación de promotores de la SDSR bajo un enfoque de formación de formadores que les permita llegar a sus pares con información precisa y desde un enfoque de derechos. Los temas de formación pueden abarcar desde la adopción de modelos de masculinidades no violentas y la prevención de la VBG hasta la generación de demanda del preservativo y la vasectomía. Idealmente, una estrategia de este tipo debería ir acompañada de un componente de acceso diferenciado, ágil y a bajo o ningún costo a estos métodos. **H3.**

10. [OIM Colombia] Cuando se planea utilizar aulas virtuales para procesos formativos, especialmente con integrantes de la comunidad que pueden tener menos familiaridad con las nuevas tecnologías, se recomienda pilotear y validar con los futuros usuarios de estas plataformas la pertinencia de la interface utilizada, la accesibilidad y la experiencia de navegación. **H5, H8.**

#### **Recomendaciones para optimizar el desempeño de OBC que participaron en iniciativas comunitarias**

11. [OIM Colombia] Incluir en el apoyo brindado a iniciativas comunitarias un componente de fortalecimiento de capacidades para la gestión de pequeños proyectos comunitarios y la movilización de recursos, como una manera de contribuir a su sostenibilidad y desarrollo organizacional. **H9, H10, H24, H27.**

12. [OIM Colombia] Privilegiar el apoyo de iniciativas comunitarias de OBC que han sido fortalecidas en procesos de formación ofrecidos en proyectos de la OIM (la iniciativa comunitaria puede ser incluida como el componente práctico de la formación), o que ya tengan trayectoria en procesos de promoción comunitaria de la SDSR y la prevención de la VBG. En uno u otro caso, asegurar acompañamiento y mentoría durante todo el ciclo de la iniciativa, desde la construcción de la propuesta hasta su evaluación participativa. **H9, H10, H11, H24, H27.**

13. [OIM Colombia] En el marco del proyecto “Sin Barreras” en Colombia, se llevaron a cabo algunas iniciativas comunitarias que son promisorias de impacto por la manera en que fueron concebidas, por las poblaciones a las que llegaron o por los resultados que consiguieron. Se recomienda estudiar de cerca y continuar apoyando, de ser posible, las iniciativas de Innovación Social, CEDE Social en Barranquilla y Corporación Ruleli en Cartagena. En el caso de la corporación Ruleli, podría ser necesario brindar apoyo para el desarrollo de metodologías para el abordaje de la educación sexual integral diferenciada para niñas y niños con discapacidad. **H9, H10, H24, H27.**

#### **Recomendaciones sobre los servicios de atención a la SSR y a la VBG**

14. [OIM Colombia y Ecuador] Revisar alternativas para canalizar la demanda de servicios de SSR en el nivel comunitario. Si bien el acceso de usuarias a través de lideresas comunitarias adultas puede seguir siendo empleada, es necesario habilitar otros canales paralelos que garanticen mayor confidencialidad, especialmente para adolescentes. Una alternativa podría ser ofrecer servicios de SSR, incluida la anticoncepción, en espacios donde se ofrezcan servicios más generales y que la oferta de servicios de SSR se haga solo en el momento de la consulta privada. **H6, H14**

15. [OIM Colombia y Ecuador] Ecuador: Explorar la posibilidad de realizar jornadas extramurales en iniciativas afines a futuro. Colombia y Ecuador: A fin de asegurar una mayor variedad de servicios en el marco de jornadas extramurales, y eliminar barreras de acceso, se recomienda a las misiones de país pilotear y evaluar un modelo de jornada comunitaria de servicios en SSR, identificando junto con las lideresas de la comunidad espacios que puedan ser utilizados para brindar una mayor variedad de servicios, incluyendo control prenatal, citologías e inserción de implantes subdérmicos y DIU. También puede explorarse la posibilidad de diseñar estructuras fácilmente desmontables que reúnan las condiciones mínimas necesarias para ofrecer estos servicios en la comunidad. **H6, H14,**

16. [OIM Colombia y Ecuador] La oferta de implantes subdérmicos debe seguir haciéndose en consideración de la alta demanda, eficacia y aceptación de este MAC, sin embargo, debe hacerse en paralelo a estrategias pensadas para desmitificar y promover otros métodos anticonceptivos como el DIU o la vasectomía que ofrecen mayor costo eficiencia. Este último, además, apunta a transformar las normas sociales que imponen a las mujeres la carga del cuidado de la reproducción. **H3, H6, H14.**

### **Recomendaciones sobre el fortalecimiento institucional**

17. [OIM Ecuador] Al diseñar ofertas de formación que busquen mejorar las capacidades institucionales para la atención a la VBG y a la SSR, se recomienda priorizar el desarrollo de procesos formativos integrales, con un currículo suficientemente amplio y una intensidad horaria adecuada a la complejidad de los temas. **H17.**

18. [OIM Colombia y Ecuador] Continuar apoyando el fortaleciendo de la oferta de servicios desde la institucionalidad mediante acompañamiento a las autoridades y proveedores de servicio de salud para la implementación de las recomendaciones surgidas de los diagnósticos y orientaciones técnicas que se elaboraron en el marco del proyecto. Idealmente, este proceso debe partir del diagnóstico de necesidades de fortalecimiento específico de establecimientos hito y la elaboración de planes de mejora a la medida de estos. Los planes de mejora deberían ser consensuados, realistas y con enfoque basado en resultados. Se recomienda, además, considerar la posibilidad de conformar consorcios de varios agentes de la cooperación que respalden el proceso antes mencionado. **H12, H13, H15, H17, H25, H29.**

### **Recomendaciones para llegar a las personas en mayor situación de vulnerabilidad**

19. [OIM Colombia y Ecuador] Para asegurar que la asistencia llegue a las personas en situación de mayor vulnerabilidad y que estas sean buscadas activamente, los proyectos futuros deben articularse con

organizaciones que trabajen con poblaciones de especial interés. Asimismo, la matriz de resultados debe incluir indicadores desagregados por sexo, edad, origen étnico, discapacidad, situación migratoria, identidad de género/orientación sexual. **H8.**

### **Recomendaciones para la sostenibilidad de los procesos y sus resultados positivos**

20. [OIM Colombia] Apostar por la sostenibilidad de los procesos de fortalecimiento de capacidades del recurso humano institucional mediante la creación de cursos virtuales autoformativos en plataformas transferidas a la institucionalidad que aseguren la formación del personal entrante de forma ágil y sostenible. En los casos en que se opte por este tipo de herramientas, se recomienda asegurar como mínimo: a) involucramiento de los niveles directivos de la institución en todas las etapas del proceso de conceptualización del curso (la institución debe sentirse cocreadora del producto final); b) que la institución cuenta con capacidades evaluadas para administrar y mantener la plataforma que alberga el curso (recurso humano, tecnológico y financiero); c) que previo a la creación del curso se asegure su institucionalización, por ejemplo, mediante acuerdos de obligatoriedad para el personal y planes de cobertura por lo menos hasta el mediano plazo (3-4 años) d) que el curso ha sido ampliamente piloteado y validado por una muestra de sus futuros usuarios. Estos cursos pueden ser diseñados con la contribución directa de los socios que participaron en el proyecto y complementados con sesiones presenciales cuando la naturaleza del campo de formación lo requiera (por ejemplo, procedimientos clínicos). **H25, H29.**

21. [OIM Colombia y Ecuador] Retomar el contacto con promotoras de salud que han sido formadas en el proyecto pero que no han tenido seguimiento. Algunas de ellas continúan desarrollando acciones de promoción de la SDR de forma autónoma. **H27.**

22. [GAC] Considerar seguir apoyando en ambos países una siguiente fase de este proyecto que priorice los mismos distritos y cantones a partir de un rediseño que incorpore los aprendizajes de esta experiencia.

## **6. Lecciones aprendidas y buenas prácticas**

Ver anexo 7.7.

## **7. Anexos**

- Anexo 7.1. Términos de referencia de la evaluación
- Anexo 7.2. Matriz de evaluación
- Anexo 7.3. Lista de documentos revisados
- Anexo 7.4. Lista de personas consultadas
- Anexo 7.5. Instrumentos de recolección de información
- Anexo 7.6. Teoría del cambio
- Anexo 7.7. Lecciones aprendidas y buenas prácticas