

# Lecciones aprendidas y buenas prácticas

*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, Mónica Ropaín

Abril de 2022

# DOCUMENTO DE LECCIONES APRENDIDAS Y BUENAS PRÁCTICAS

## Contenido

DOCUMENTO DE LECCIONES APRENDIDAS Y BUENAS PRÁCTICAS .....	1
SIGLAS Y ACRÓNIMOS .....	2
INTRODUCCIÓN .....	2
LECCIONES APRENDIDAS.....	3
Lección aprendida 1. Traer la SDSR y la VBG al centro de las agendas de estructuras comunitarias preexistentes abrió oportunidades de trabajo sostenido con población en situación de vulnerabilidad .....	3
Lección aprendida 2. Conectar a las promotoras de SSR con las autoridades acercó la oferta y la demanda de servicios de SSR y atención a VBG.....	4
Lección aprendida 3. No acompañar suficientemente a las promotoras de SSR después de la formación de formadoras plantea al menos dos riesgos: que no se identifiquen áreas de mejora en el manejo de conceptos y que persistan posturas que se alejan del marco de referencia de derechos.....	4
Lección aprendida 4. Apuntar al empoderamiento de adolescentes exige la creación de metodologías y espacios de formación diferenciados .....	5
Lección aprendida 6. El pilotaje y la validación de plataformas virtuales de formación con la población beneficiaria facilita una mejor experiencia formativa. ....	6
Lección aprendida 7. La coordinación entre agencias del SNU permitió ofrecer una cooperación más robusta, sin sobrecargar a la institucionalidad y apostando por soluciones duraderas. ....	6
Lección aprendida 8. Identificar y responder a los desafíos económicos y a aquellos que plantean las tareas del cuidado a las beneficiarias permite reducir barreras de acceso a servicios de SDSR y atención a la VBG. ....	7
Lección aprendida 9. Es clave responder a barreras específicas que afectan a las adolescentes para asegurar su mayor acceso a servicios integrales de SDSR .....	8
Lección aprendida 10. Cuando se trazaron metas realistas, la calidad de la atención, referencias y acompañamiento a víctimas/sobrevivientes de violencia fue apropiada.....	9
Lección aprendida 11. El contar con pocos espacios de coordinación entre las oficinas de país de la OIM y la OSE dificultó el seguimiento del proyecto y la rendición de cuentas.....	9
Lección aprendida 12. Establecer indicadores desagregados es esencial para abarcar a poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad. ....	10
BUENAS PRÁCTICAS.....	10

## SIGLAS Y ACRÓNIMOS

<b>CCLOS</b>	<b>Comité Ciudadano Local de Salud</b>
<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>DIU</b>	Dispositivo intrauterino
<b>ESI</b>	Educación sexual integral
<b>FULULU</b>	Fundación Lunita Lunera
<b>GENFAMI</b>	Fundación para el Desarrollo, el Género y la Familia
<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>MAC</b>	Métodos anticonceptivos
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública de Ecuador
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia
<b>OBC</b>	Organización de base comunitaria
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>ONG</b>	Organización no gubernamental
<b>OSC</b>	Organizaciones de la Sociedad Civil
<b>SDSR</b>	Salud y derechos sexuales y reproductivos
<b>SSR</b>	Salud sexual y reproductiva
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>VBG</b>	Violencia basada en género
<b>VIH</b>	Virus de inmunodeficiencia humana

## INTRODUCCIÓN

El presente documento se elaboró en el marco de la 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*. Documenta lecciones aprendidas y buenas prácticas de la intervención, en consonancia con las Orientaciones de Monitoreo y Evaluación de la OIM (OIM, 2021) y los términos de referencia de la evaluación.

En una primera parte del texto se documentan las lecciones aprendidas y, para esto, se describen las circunstancias en las que surgieron (contexto), se explica el vínculo entre la lección aprendida y su efecto (éxitos/desafíos), se especifica cuál es su población beneficiaria y el objetivo del proyecto al que responde. En una segunda parte del texto se documentan buenas prácticas identificadas y para esto se utiliza el [formato de la OIM de resumen de buenas prácticas](#).

El contexto en que se desarrolló el proyecto, marcado por la pandemia por COVID-19, se caracterizó por un aumento de necesidades en materia de VBG y SSR de la población migrante y refugiada de Venezuela y de las comunidades de acogida, y, por otra parte, por la priorización de los sistemas de salud hacia la atención de la pandemia. Lo anterior llevó a los equipos de la OIM en cada país y a los socios implementadores a replantear actividades y metodologías para adaptarse a los desafíos en términos de distanciamiento social, confinamiento, consideraciones de bioseguridad y

relacionamiento con la institucionalidad. Estas adaptaciones permitieron que el proyecto garantizara su operatividad, accediera a las poblaciones mediante liderazgos comunitarios, llevara a cabo acciones de formación, entre otras. Fruto de lo anterior, surgieron algunas de las lecciones aprendidas que se documentan a continuación.

## LECCIONES APRENDIDAS

### Lección aprendida 1. Traer la SDSR y la VBG al centro de las agendas de estructuras comunitarias preexistentes abrió oportunidades de trabajo sostenido con población en situación de vulnerabilidad

**Contexto.** En Colombia, el proyecto abrió un concurso para apoyar propuestas de iniciativas para la promoción de la SDSR a nivel comunitario. Luego de un proceso de selección, se apoyó a seis organizaciones de base comunitaria (OBC) con insumos y ayudas en especie para implementar las iniciativas. Además, algunas de las representantes de estas OBC participaron también en procesos de formación de formadoras. Estos se dieron de forma virtual debido a las restricciones que impuso la pandemia por COVID-19, lo cual implicó que se adaptaran las metodologías para mantener la continuidad de las actividades.

Por su parte, en Ecuador, el proyecto fortaleció a nueve Comités Ciudadanos Locales de Salud (CCLOS) a través de la formación de sus integrantes como promotores y promotoras comunitarias de SSR, y apoyó la inclusión de acciones específicas de promoción de la SDSR en sus planes anuales de trabajo. En algunos casos, también facilitó insumos para que los CCLOS implementaran actividades planificadas.

A su vez, en el proyecto se incorporó como beneficiaria a población líder que tenía trabajo previo con otras organizaciones, con la OIM o con los socios implementadores. De igual forma, al finalizar el proyecto, se vinculó a una parte de esta población con otras iniciativas. A manera de ejemplo, en Quito, Ecuador, FULULU fortaleció las capacidades de grupos de adolescentes con los que trabajaban la Comisión Vida y Fe, Fudela y Plan Internacional. Esta población no tenía formación previa en SDSR o VBG. En Cartagena, Colombia, el personal de la OIM continuó acompañando puntualmente a las representantes del Movimiento de Mujeres Venezolanas, organización de base comunitaria con la que trabajó el proyecto, en la implementación de algunas de sus actividades de promoción de la SSR.

**Éxitos/Desafíos.** Con estas acciones, el proyecto fortaleció a estructuras organizativas comunitarias o a liderazgos individuales que potencian la participación ciudadana y cuyas acciones no necesariamente dependen de la intervención. El proyecto incorporó en los discursos, agendas y acciones de líderes y lideresas temas de SDSR y la VBG. De esta manera, dinamizó estas cuestiones en lo comunitario más allá de la formación de formadoras y las campañas de comunicación. Como consecuencia, a través de estas estructuras, llegó a una mayor cantidad de población y, sobre todo, permitió que estos asuntos siguieran siendo parte de sus acciones de promoción más allá del proyecto.

**Población beneficiaria.** Organizaciones de base comunitaria, Comités Ciudadanos Locales de Salud, lideresas y líderes comunitarios, población alcanzada por estas estructuras o liderazgos.

**Objetivos del proyecto.** Esta lección aprendida corresponde al efecto 1 del proyecto: Las mujeres y las niñas de las comunidades y las instituciones se han empoderado para promover y ejercer su voz y su capacidad de agencia en relación con su salud y sus derechos sexuales y reproductivos en Colombia y Ecuador.

## Lección aprendida 2. Conectar a las promotoras de SSR con las autoridades acercó la oferta y la demanda de servicios de SSR y atención a VBG

**Contexto.** Tanto en Colombia como en Ecuador, el proyecto conectó a la población beneficiaria con las instituciones a cargo de prestar servicios de SSR y de responder a las VBG. Aunque los resultados no son homogéneos, en algunos casos y aún finalizado el proyecto, este vínculo se sostuvo y ha resultado beneficioso para ambas partes. En Cartagena, Colombia, el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS) ha coordinado jornadas de SSR con la Fundación Ruleli en el barrio Olaya Herrera. En ellas, la institucionalidad ofrece servicios y la Fundación moviliza a la comunidad para que asista y reciba la atención. En Machala, Ecuador, un grupo de promotoras que ha continuado sus labores de promoción de forma autónoma una vez finalizado el proyecto, manifestó que conocieron al personal del centro de salud de su sector mediante la formación y las asesorías que brindó FULULU. Señalaron que acuden a él cuando identifican en sus comunidades casos que ameritan atención médica. También afirmaron que, aunque es complejo obtener atención, este vínculo les ha ayudado a resolver satisfactoriamente casos urgentes en el ámbito de la salud materno infantil.

**Éxitos/Desafíos.** El proyecto estableció espacios de diálogo y encuentros entre las promotoras comunitarias de SSR y las autoridades de salud mediante charlas, asesorías y, en Ecuador, como parte de los procesos formativos. Conocerse ayudó a reducir barreras entre ambas partes, reconocer las necesidades en la comunidad, entender la oferta institucional y los mecanismos para acceder a ella, crear, en fin, una relación más cercana que, cuando permanece en el tiempo, facilita el acceso de la población beneficiaria a servicios.

**Población beneficiaria.** Promotoras de SSR, comunidades.

**Objetivos del proyecto.** Esta lección aprendida corresponde al efecto 1 del proyecto: Las mujeres y las niñas de las comunidades y las instituciones se han empoderado para promover y ejercer su voz y su capacidad de agencia en relación con su salud y sus derechos sexuales y reproductivos en Colombia y Ecuador.

## Lección aprendida 3. No acompañar suficientemente a las promotoras de SSR después de la formación de formadoras plantea al menos dos riesgos: que no se identifiquen áreas de mejora en el manejo de conceptos y que persistan posturas que se alejan del marco de referencia de derechos.

**Contexto.** En Colombia y Ecuador se utilizaron metodologías de formación de formadoras para fortalecer capacidades a promotoras comunitarias de SSR. Estos procesos incluyeron una formación inicial que abarcó temas de SSR y VBG. En ambos países se midieron conocimientos en un proceso de monitoreo posterior, y, aunque los conocimientos en SDR y VBG aumentaron, algunas de las participantes de los cursos continúan manejando conceptos o actitudes alejadas de los enfoques propuestos por el proyecto, principalmente de derechos y de género. Por ejemplo, algunas de ellas manifestaron estar en desacuerdo frente al ejercicio de algunos derechos por parte de la comunidad

LGBTIQ+, como las muestras de afecto en público, o frente a que las adolescentes más jóvenes utilicen métodos anticonceptivos.

Quienes se formaron para la promoción de la SDSR en el marco del proyecto son líderes en sus comunidades y han avanzado con actividades de réplica de la información aprendida, en algunos casos sin acompañamiento ni mentoría y en todos los casos sin herramientas pedagógicas para la réplica. En consecuencia, replican desde lo que aprendieron en el curso y también desde sus creencias más arraigadas, que no necesariamente están en línea con los enfoques de derechos, género propuestos desde el proyecto. Los procesos de transformación de actitudes y comportamientos toman tiempo y son más sólidos cuando se garantiza la formación continua y el acompañamiento cercano.

**Éxitos/Desafíos.** Lograr que las promotoras de SDSR repliquen información de conformidad con los enfoques de derechos y de género y que utilicen una metodología adecuada en sus labores de promoción requiere: **1.** Retroalimentar los test de conocimientos que toman al finalizar la formación. **2.** Usar la información que arrojan estas evaluaciones para acompañarlas en los puntos en los que se identifiquen oportunidades de mejora. **3.** Brindarles herramientas pedagógicas para la réplica, acompañamiento y mentoría continuos.

**Población beneficiaria.** Personas beneficiarias a cargo de la promoción comunitaria de la SSR.

**Objetivos del proyecto.** Esta lección aprendida corresponde al efecto 1 del proyecto: Las mujeres y las niñas de las comunidades y las instituciones se han empoderado para promover y ejercer su voz y su capacidad de agencia en relación con su salud y sus derechos sexuales y reproductivos en Colombia y Ecuador.

#### Lección aprendida 4. Apuntar al empoderamiento de adolescentes exige la creación de metodologías y espacios de formación diferenciados

**Contexto.** Emplear espacios y metodologías diferenciadas a fin de fortalecer las capacidades de las y los adolescentes para promover la SDSR y la prevención e la VBG permite que lleven información certera a sus pares y los conecta con los servicios disponibles. Así, se contribuye a que las decisiones que toman los y las adolescentes en el ejercicio de su sexualidad y en las relaciones que establecen con otras personas sean libres, informadas y ponderadas. Esto, en últimas, favorece su salud y previene situaciones como el embarazo en adolescentes, las ITS, incluido el VIH y caer en círculos de VBG, entre otras (UNESCO, 2018).

El diseño del proyecto abarcó las necesidades diferenciadas de la población adolescente y precisó el imperativo de trabajar con ella. En la matriz de resultados también figuran de manera específica niñas y mujeres como población beneficiaria. Sin embargo, el proceso de formación dirigido a adolescentes se dio de manera dispar en Colombia y en Ecuador. Mientras que en Ecuador se incluyeron 60 adolescentes en procesos de formación en el marco de espacios inclusivos para adolescentes, en Colombia solo fue posible involucrar a tres de ellas. Además, se formó a adultas y adolescentes en un mismo espacio y con una misma metodología.

**Éxitos/Desafíos.** El contexto de la pandemia planteó desafíos múltiples y sin precedentes en Colombia y uno de ellos fue la dificultad de incluir a adolescentes en el proceso de formación de formadoras. El personal de la OIM manifestó que esta población experimentaba una saturación de

actividades nuevas para ella en un contexto de confinamiento. Así mismo, había menos probabilidades de que sus cuidadores autorizaran su participación en actividades presenciales (cuando las hubo). Esta situación plantea la necesidad de identificar diferentes alternativas para garantizar la participación de una población clave desde espacios y metodologías diferenciadas. Por ejemplo, la articulación con otras organizaciones que tengan un trabajo sostenido con adolescentes.

**Población beneficiaria.** Adolescentes.

**Objetivos del proyecto.** Esta lección aprendida corresponde al efecto 1 del proyecto: Las mujeres y las niñas de las comunidades y las instituciones se han empoderado para promover y ejercer su voz y su capacidad de agencia en relación con su salud y sus derechos sexuales y reproductivos en Colombia y Ecuador<sup>1</sup>.

### Lección aprendida 6. El pilotaje y la validación de plataformas virtuales de formación con la población beneficiaria facilita una mejor experiencia formativa.

**Contexto.** En Colombia, Plan ofreció una formación virtual a promotoras de SDSR. En convenio con la Universidad Antonio Nariño se diseñó una plataforma cuya interfaz se probó y funcionó adecuadamente en computadoras, pero no en teléfonos celulares. Sin embargo, en la práctica, la mayor parte de participantes en esa formación se conectaron a través de estos. Lo anterior generó una mayor dificultad para que las beneficiarias pudieran navegar en la plataforma y aprovechar sus contenidos.

**Éxitos/Desafíos.** En este caso, habría sido útil involucrar a una parte de las usuarias finales en la etapa de pilotaje y validación de la interfaz. En general, los procesos de validación que incluyen a usuarias finales permiten detectar y solucionar inconvenientes oportunamente.

**Población beneficiaria.** Beneficiarias de formación a formadoras en Colombia (Plan)

**Objetivos del proyecto.** Esta lección aprendida corresponde al efecto 1 del proyecto: Las mujeres y las niñas de las comunidades y las instituciones se han empoderado para promover y ejercer su voz y su capacidad de agencia en relación con su salud y sus derechos sexuales y reproductivos en Colombia y Ecuador.

### Lección aprendida 7. La coordinación entre agencias del SNU permitió ofrecer una cooperación más robusta, sin sobrecargar a la institucionalidad y apostando por soluciones duraderas.

**Contexto.** UNFPA y OIM se sumaron para ofrecer una solución duradera frente al desafío que plantea al MSP fortalecer capacidades de personal tan numeroso y que rota con frecuencia. Aportando cada uno sus experticias y de la mano del MSP, crearon 2 cursos, logrando con ellos una solución ajustada a las necesidades del MSP, todo en un mismo proceso, lo que contribuyó a no

---

<sup>1</sup> Si bien en Ecuador se trabajó este componente con adolescentes, la lección aprendida también aplica a este país en lo que se refiere a repensar las metodologías, de manera que: 1. Se implementen procesos de formación de formadores con adolescentes. 2. Se entiendan los procesos de formación de formadores de manera más amplia, es decir, que incluyan formación, acompañamiento técnico y mentoría, desarrollo de orientaciones metodológicas para que los formadores puedan formar.

recargar a la institución, y gracias al involucramiento del MSP también asegura su apropiación y sostenibilidad.

El resultado de esta alianza fue el diseño de una oferta formativa virtual en SSR y otra en VBG que estará alojada en el sitio web del MSP en el mediano plazo. Cada agencia aportó su experticia en temas específicos, por ejemplo, la OIM transversalizó el enfoque de movilidad humana en la formación. El curso se diseñó con el apoyo del proyecto OIM-Canadá y se implementará en la segunda semana de 2022.

**Población beneficiaria.** Se estima que entre 3000 y 5000 funcionarias y funcionarios públicos se beneficiarán de las capacitaciones a partir de 2022.

**Éxitos/Desafíos.** Dados los tiempos del MSP que contrastan con los del proyecto OIM-Canadá, el curso virtual no consiguió implementarse durante el proyecto, sin embargo, esta formación de naturaleza virtual permite que la información esté disponible durante un largo período de tiempo, que sea el MSP quien administre la plataforma y se apropie de esta iniciativa, que el personal del MSP se capacite constantemente. Es decir, incluso si hay rotación continua de personal se garantiza el fortalecimiento de capacidades.

**Objetivos del proyecto.** Esta lección aprendida corresponde al efecto 2 del proyecto: Incrementó el acceso de las mujeres y las niñas a servicios integrales de salud sexual y reproductiva con enfoque de género en Colombia y Ecuador.

### Lección aprendida 8. Identificar y responder a los desafíos económicos y a aquellos que plantean las tareas del cuidado a las beneficiarias permite reducir barreras de acceso a servicios de SDSR y atención a la VBG.

**Contexto.** Tanto en Colombia como en Ecuador, el proyecto facilitó el acceso de la población beneficiaria a servicios de SSR y respuesta a la VBG. Algunas beneficiarias tuvieron dificultades económicas para cubrir el transporte desde y hacia las clínicas de los socios implementadores o entidades aliadas que prestaban los servicios de SSR, ocuparse de sus hijos e hijas en las fechas de las citas médicas o pagar algunos servicios que no estaban contemplados en el proyecto, pero se requerían<sup>2</sup>. En varios casos, el proyecto tuvo la capacidad de adaptarse para dar respuestas a las necesidades. En Colombia, se contrataron buses para transportar a las beneficiarias y, cuando se identificó que se requerían servicios que el proyecto no cubría, la OIM y el socio implementador Profamilia se movilizaron para cubrirlos de algún modo: con fondos de emergencia o conectando a las usuarias con otras instituciones/organizaciones. En Ecuador, el proyecto manejó un fondo de emergencia que permitió cubrir costos de transporte y de otros servicios cuando las usuarias manifestaron que lo requerían. Además, en Manta y en Machala, se contó con espacios de cuidado a hijos e hijas de las usuarias mientras ellas recibían los servicios.

---

<sup>2</sup> En Colombia fueron gratuitos: los métodos anticonceptivos de larga y definitiva duración. Además, consultas de medicina general y especializada, suministro de productos o medicamentos, acceso a pruebas diagnósticas y laboratorios, atención a gestantes (ej. paquete de citología, consulta por psicología, medicina general o ginecología, extracción de dispositivos subdérmicos, pruebas rápidas de VIH, tamizaje sífilis, extracción de DIU, paquete IVE). En Ecuador, inicialmente se planificaron como gratuitos los métodos anticonceptivos y las consejerías en SSR. Posteriormente, con el fondo de emergencia, el proyecto se adaptó y consiguió ofrecer gratuitamente otros servicios.

**Éxitos/Desafíos.** En los casos en los que se implementaron estos mecanismos, los socios implementadores trabajaron mancomunadamente con la OIM para identificar barreras no institucionales e importantes para el acceso a los servicios. Además, les prestaron atención y gestionaron para que el proyecto adaptara sus acciones y diera respuesta a necesidades sentidas de la población beneficiaria que no necesariamente se tuvieron en cuenta en la etapa de diseño.

**Población beneficiaria.** Mujeres, adolescentes y niñas migrantes y refugiadas de Venezuela y de comunidades de acogida.

**Objetivos del proyecto.** Esta lección aprendida corresponde al efecto 2 del proyecto: Incrementó el acceso de las mujeres y las niñas a servicios integrales de salud sexual y reproductiva con enfoque de género en Colombia y Ecuador.

### Lección aprendida 9. Es clave responder a barreras específicas que afectan a las adolescentes para asegurar su mayor acceso a servicios integrales de SDR

**Contexto.** El análisis de contexto realizado en la fase del diseño del proyecto hizo hincapié en las necesidades específicas en SSR de adolescentes y en las barreras para acceder a servicios. En consecuencia, durante el proyecto se buscó captar a usuarias adolescentes de servicios de SSR a través de varios métodos:

- Inscripción de nombres de personas interesadas en listas de espera se remitían al socio implementador a cargo de la atención. Las promotoras comunitarias, todas mujeres adultas, eran quienes manejaban estas listas. A partir de información recabada en entrevistas individuales y DGF, este parece ser el método más conocido por la población beneficiaria.
- En Colombia, la línea de atención de Profamilia se difundieron piezas de comunicación que invitaban a agendar una cita para recibir atención en SSR. Estas piezas hicieron énfasis en la confidencialidad de la atención.

En entrevistas y DGF con beneficiarias, manifestaron que algunas adolescentes sexualmente activas no se sentían cómodas con el hecho de tener que apuntarse en una lista de espera gestionada por una persona adulta. En este sentido, estos mecanismos de captación de usuarias favorecieron principalmente la participación de quienes están en la adolescencia tardía o adolescentes con quienes se puede prevenir un segundo o subsiguiente embarazo. Sin embargo, motivó en menor medida la participación de adolescentes más jóvenes que no han tenido un embarazo, son sexualmente activas, pero no desean hacerlo público. Esta población es clave puesto que, al trabajar con ella, se puede prevenir un primer embarazo.

**Éxitos/Desafíos.** Algunos factores que permiten alcanzar a más adolescentes mediante canales que ofrecen mayor confidencialidad son: 2. Promover en mayor medida las líneas de atención de los socios implementadores. 3. Adoptar enfoques de promoción de la SSR entre pares 4. Consultar e involucrar a las mismas adolescentes en el diseño de mecanismos de captación que tengan en cuenta su edad y sus necesidades específicas.

**Población beneficiaria.** Población adolescente, particularmente en la adolescencia temprana.

**Objetivos del proyecto.** Esta lección aprendida corresponde al efecto 2 del proyecto: Incrementó el acceso de las mujeres y las niñas a servicios integrales de salud sexual y reproductiva con enfoque de género en Colombia y Ecuador.

## Lección aprendida 10. Cuando se trazaron metas realistas, la calidad de la atención, referencias y acompañamiento a víctimas/sobrevivientes de violencia fue apropiada.

**Contexto.** En Ecuador, el proyecto se propuso brindar asistencia legal y psicológica a 3000 víctimas/sobrevivientes de violencia y población en riesgo. En Colombia, se propuso proveer atención de emergencia y asistencia psicosocial a 250 víctimas/sobrevivientes de VBG, incluyendo violencia sexual y trata de personas.

Sin embargo, en Ecuador fue posible únicamente brindar primeros auxilios psicosociales y referir casos a autoridades competentes u otras organizaciones. Solo fue posible hacer seguimiento y dar acompañamiento a los casos más graves, como cuando la víctima/sobreviviente era menor de edad o estaba embarazada. En Colombia, por su parte, se alcanzó a 58 víctimas/sobrevivientes con atención de emergencia, asistencia psicosocial, referenciación y seguimiento.

**Éxitos/Desafíos.** En ambos países la meta fue alta considerando que se apuntaba a brindar una atención integral y el corto tiempo del proyecto. En particular en Ecuador, la meta fue ambiciosa en términos de la amplitud de la tarea, el número de personas a alcanzar y la existencia de un único socio implementador. En ese caso, aunque se alcanzó a un número superior de personas beneficiarias en comparación con el inicialmente propuesto, no fue posible brindar el servicio esperado. En Colombia, por el contrario, la meta fue inferior en número y en términos del servicio propuesto y esto permitió ofrecer una atención más abarcadora, aunque no se cumplió la meta. En particular, la organización Renacer consiguió identificar casos de trata de personas, llevarlos a los comités locales de trata y acompañarlos en el corto y el medio plazo, hasta verificar que las víctimas/sobrevivientes se encontraban medianamente estables y recibiendo los servicios requeridos.

En este aspecto, fijarse metas más realistas y moderadas es un factor clave para brindar la atención propuesta, referenciar cuando haya lugar y hacer seguimiento a casos.

**Población beneficiaria.** Mujeres víctimas/sobrevivientes de VBG o en riesgo de serlo

**Objetivos del proyecto.** Esta lección aprendida se relaciona con el efecto 3 del proyecto: Mejoró el acceso a la atención sanitaria y a las referencias de las mujeres y las niñas migrantes de Venezuela y de las comunidades de acogida sobrevivientes de VBG y explotación sexual.

## Lección aprendida 11. El contar con pocos espacios de coordinación entre las oficinas de país de la OIM y la OSE dificultó el seguimiento del proyecto y la rendición de cuentas.

**Contexto.** El proceso de planificación del proyecto incluyó consensos generales en torno a la iniciativa. Sin embargo, al momento de discutir la matriz de resultados, especialmente los indicadores, hubo una suerte de desconexión en el diálogo y, como consecuencia, a nivel de la OSE se realizaron algunas modificaciones no consensuadas con las oficinas de país.

En efecto, la matriz presenta inconsistencias a nivel de indicadores, 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.

**Éxitos/Desafíos.** A raíz de lo anterior, los equipos de país de la OIM tuvieron 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 claridad que ofrecen algunos de estos. En consecuencia, la interpretación dada en cada país al alcance de algunas actividades y al sentido de algunos indicadores es sustancialmente distinta. Algunos factores que contribuyen a implementar procesos apropiados de rendición de cuentas son el llegar a un entendimiento común del proyecto y abrir espacios de diálogo y búsqueda de consensos entre partes interesadas, como son las oficinas de país y coordinación regional del proyecto.

**Población beneficiaria.** Equipos del proyecto en oficinas de país de la OIM en Ecuador y Colombia, OSE.

**Objetivos del proyecto.** Esta lección aprendida tiene incidencia en todos los efectos del proyecto.

### Lección aprendida 12. Establecer indicadores desagregados es esencial para abarcar a poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad.

**Contexto.** El documento del proyecto ofrece un análisis de necesidades con enfoque diferencial e interseccional. Con base en estas reflexiones, visibiliza a algunas de las poblaciones que tienen mayores necesidades en términos de SDSR y VBG: población LGBTQI+, personas viviendo con VIH, por ejemplo. De cualquier modo, en la matriz de resultados se establecen metas claras de la población por alcanzar y los indicadores están desagregados por sexo, edad y situación migratoria.

Como resultado, se observó que algunos socios implementadores hicieron un esfuerzo espontáneo por alcanzar a población LGBTQI+ (Renacer, FULULU), en situación de calle o con VIH (FULULU). Por el contrario, no hubo búsqueda activa de personas con discapacidad. Además, no se encontró información cuantificable que permita entender mejor los esfuerzos del proyecto por cumplir con el principio de la agenda 2030 de no dejar a nadie atrás.

**Éxitos/Desafíos.** Al no estar reflejadas en la matriz de resultados y en los indicadores otras poblaciones vulnerables, estas quedan invisibles, además, no hay obligación de rendir cuentas sobre su inclusión en el proyecto, no hay necesidad de hacer búsqueda activa y queda a criterio de cada socio implementador incluirlas o no.

**Población beneficiaria.** Población en mayor situación de vulnerabilidad, como quienes viven con VIH, personas con diversa orientación sexual o identidad de género, personas con discapacidad, de diferente origen étnico.

**Objetivos del proyecto.** Esta lección aprendida aplica para todos los efectos del proyecto.

## BUENAS PRÁCTICAS

Plantilla resumen de buenas prácticas	
<b>La buena práctica es:</b>	El modelo de atención integral a la SSR y VBG implementado por Profamilia y con el acompañamiento técnico de la OIM en el marco del proyecto ofreció atención oportuna,

	de calidad, con enfoque de género y diferenciado a las mujeres, niñas y adolescentes migrantes y refugiadas de Venezuela y de comunidades de acogida.
<b>1</b>	Nombre de misión que presenta la sistematización de experiencia
	OIM Colombia
<b>2</b>	Punto focal en la misión
	Francy Dayana Gómez
<b>3</b>	Nombre de la experiencia de buena práctica sistematizada
	Ruta Sin Barreras - Modelo de atención integral en SSR con enfoque de género y diferenciado a población migrante y refugiada de Venezuela y de comunidades de acogida, particularmente niñas y mujeres.
<b>4</b>	En el marco de que proyecto se realizó la “buena práctica”
	MA 0479. 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
<b>5</b>	Área temática
	<input checked="" type="checkbox"/> Promoción y Protección de DD. HH de migrantes <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia a migrantes <input checked="" type="checkbox"/> Migración y salud <input checked="" type="checkbox"/> Gobernanza migratoria <input checked="" type="checkbox"/> Agenda 2030
<b>6</b>	Problema o situación que originó la experiencia
	<p>En un contexto de crisis migratoria, la ruta Sin Barreras respondió al componente humanitario del proyecto. En Colombia, quienes migran de manera irregular no tienen cómo afiliarse al sistema de salud ni acceder a servicios básicos. Además, con un sistema de salud que requiere fortalecerse y en un momento en que la pandemia volcó todos los esfuerzos de atención a la COVID-19, incluso las personas que migraron de manera regular, al igual que las comunidades de acogida, tuvieron necesidades urgentes y se encontraron con diferentes barreras para hacer efectivos sus derechos sexuales y reproductivos y el derecho a vivir libres de violencia. Algunas de estas barreras adicionales son los múltiples trámites para acceder a los servicios, la falta de capacitación del personal en una atención diferencial y con enfoque de género y de derechos, la insuficiente coordinación interinstitucional, falta de recursos económicos, los horarios de atención inconvenientes, entre otras.</p> <p>Por otra parte, Profamilia ha sido un socio implementador clave de la OIM desde hace algunos años y esta intervención recoge los aprendizajes de proyectos anteriores en los que ambas partes han aportado su experticia. El primer antecedente lo constituye un proyecto de atención en salud financiado por el gobierno de los Estados Unidos (2018-</p>

	2019). Por su parte, Profamilia también trabajó con la Universidad del Norte en un estudio sobre las necesidades de las mujeres venezolanas migrantes y gestantes, en Barranquilla y otras ciudades de la costa atlántica colombiana. Adicionalmente, como antecedente inmediato, en 2019 y con el apoyo del gobierno de Canadá, la OIM desarrolló un proyecto piloto en Cartagena en el que se entregaron métodos anticonceptivos.
<b>7</b>	Resumen
	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.
<b>8</b>	Ventajas de cumplir esta buena práctica
	Mediante la ruta Sin Barreras 5.204 mujeres recibieron métodos anticonceptivos reversibles de larga duración y definitivos tienen control sobre su reproducción en los próximos años, mayor margen para decidir y hacer efectivo su proyecto de vida.  El total de personas atendidas tuvo acceso a servicios de atención a SSR y VBG a los que difícilmente pudo haber accedido de otro modo.
<b>9</b>	5 criterios de validación de la buena práctica
	Identifique si la buena práctica que estamos revisando cumple con los siguientes criterios:  <input checked="" type="checkbox"/> Asociación <input checked="" type="checkbox"/> Replicable <input checked="" type="checkbox"/> Eficacia
<b>10</b>	¿Cómo se desarrolló la 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, se brindó servicios integrales de SSR a personas migrantes y refugiadas de Venezuela y de comunidades de acogida, particularmente a mujeres y niñas. Las atenciones se dieron en los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta, en Colombia. También se ofreció información y orientación con respecto a la SDR y para identificar, prevenir y reportar violencias, especialmente VBG. Dentro de las atenciones prestadas se cuentan:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>La prestación integral de servicios de SSR.</u> Se ofrecieron métodos anticonceptivos reversibles de larga duración y definitivos; servicios de medicina general y especializada,</li> </ul>

	<p>suministro de productos o medicamentos, acceso a pruebas diagnósticas y laboratorios, atención a gestantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>El desarrollo de acciones educativas en SDSR en sala de espera.</u> Se brindaron charlas sobre anticoncepción, prevención de ITS/VIH, interrupción voluntaria del embarazo y violencias basadas en género.</li> <li>• <u>La atención integral a gestantes y a recién nacidos.</u></li> <li>• <u>La atención diferencial a víctimas/sobrevivientes de VBG.</u> Incluye la atención integral en salud, la derivación a entidades del sector justicia, en función de la decisión de la víctima/sobreviviente, y la coordinación interinstitucional en caso de que se requieran medidas de protección.</li> </ul> <p>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.</p>
<b>11</b>	Fecha de inicio o fecha de ejecución de la buena práctica
	De noviembre de 2020 a agosto de 2021
<b>12</b>	Actores claves
	<p>Gobierno de Canadá: apoyo financiero</p> <p>OIM: Acompañamiento técnico, diseño de la Ruta Sin Barreras</p> <p>Profamilia: socio implementador</p> <p>Promotoras de SSR en las comunidades: dinamización de la demanda de servicios integrales de SSR</p>
<b>13</b>	Lecciones aprendidas
	<p>Algunos de las principales lecciones aprendidas y factores que consolidaron el modelo Sin Barreras en el marco de este proyecto se resumen a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Múltiples servicios y enfoques.</b> Profamilia ofrece una variedad de servicios y algunos de ellos están incluidos en el proyecto. Además, cuando la población beneficiaria requirió servicios adicionales, la OIM y Profamilia actuaron de manera conjunta para asegurar que se ofrecieran, incluso a través de otros proveedores. Por ejemplo, luego de identificar una citología alterada, en la que se detectó una lesión a nivel del cuello uterino, Profamilia, OIM y otras organizaciones trabajaron conjuntamente para garantizar que la usuaria recibía la atención apropiada.</li> </ul> <p>Además, las atenciones se realizaron en el marco de información basada en la evidencia y desde un enfoque diferencial, de derechos humanos y género. En este sentido, es un valor agregado el que tanto la OIM como Profamilia tengan trabajo previo con juventudes, poblaciones LGBTQI+, entre otros grupos poblacionales, particularmente aquellos en situación de vulnerabilidad.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trabajo en equipo y coordinación interinstitucional.</b> Abrir canales de acceso a servicios integrales de SSR y dinamizar la demanda fue una responsabilidad compartida. Los equipos locales de OIM y las lideresas promotoras de SSR en las comunidades identificaban posibles usuarias y levantaban listas de espera. Los equipos asistenciales de Profamilia en cada clínica almacenaban la información, organizaban bases de datos de usuarias y garantizaban la atención, el acompañamiento y el seguimiento.</li> <li>• <b>Horarios y rutas de atención diferencial.</b> Se adaptaron los horarios y las rutas de atención para responder a las necesidades de la población beneficiaria.</li> <li>• <b>Acompañamiento en la clínica desde la entrada hasta la salida.</b> El acompañamiento técnico de la OIM a Profamilia garantizó que en la ruta Sin Barreras las usuarias estuvieran acompañadas desde que entraban a la clínica hasta que salían. Por ejemplo, antes de recibir la atención, se les ofrecía una charla informativa (IEC) en la que también se resolvían dudas y se apoyaba a las usuarias para transitar apropiadamente hacia las fases subsiguientes de la atención. Posteriormente a la atención, las usuarias llenaban una encuesta de satisfacción que facilitó tanto a la OIM como a Profamilia el aprendizaje e implementar iteraciones para ajustarse a los requerimientos de las personas usuarias.</li> <li>• <b>Capacidad de adaptarse a la demanda.</b> En el transcurso del proceso se identificó que las beneficiarias de métodos anticonceptivos tenían una clara preferencia por el implante subdérmico. La Ruta Sin Barreras se adaptó rápidamente para cubrir esta demanda.</li> <li>• <b>Abordaje sistemático para identificar VBG.</b> En cada atención, el personal médico y el equipo de salud indagaban para identificar casos de VBG. Cada vez que se encontró uno, se activaron las rutas internas de atención y, cuando fue necesario, las rutas interinstitucionales de atención (remisiones al sector salud, justicia, protección), siempre respetando la decisión de la víctima/sobreviviente.</li> <li>• <b>Jornadas extramurales para reducir barreras.</b> La Ruta Sin Barreras previó algunas jornadas extramurales a fin de reducir posibles barreras de acceso a la atención en la población que no cuenta con suficientes recursos económicos para costear el transporte hasta la clínica. En todo caso, no siempre se contó con una unidad móvil que facilitara implementar las jornadas extramurales.</li> <li>• <b>Oferta diferenciadora.</b> Son pocos los donantes que financian servicios de atención a la SSR y a la VBG. En ese sentido, la ruta sin Barreras ofreció servicios diferenciados, ampliamente demandados y que pocos actores prestan.</li> </ul>
<b>14</b>	Recomendaciones
	<p>Se recomienda dar continuidad a la ruta Sin Barreras. Con el fin de involucrar a las comunidades en el proceso de mejora de los servicios, se recomienda implementar ejercicios consultivos y participativos a nivel comunitario que permitan identificar los servicios más demandados, los canales de acceso, opciones para inducir la demanda de servicios poco demandados, como la vasectomía o la inserción de DIU.</p>
<b>15</b>	Palabras claves que permiten la clasificación de la experiencia

<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<p>Igualdad de género</p> <p>Prevención del abuso y la explotación sexual</p> <p>Migración y Salud</p> <p>Gobernanza de la migración</p>
<b>16</b>	<p>Indique a qué Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) contribuye el proyecto. Nota: Elija las opciones y luego abajo especifique las metas.</p>
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<p>1. Salud y Bienestar</p> <p>2. Igualdad de género</p> <p><b>Metas:</b></p> <p>3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales</p> <p>5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación</p> <p>5.6. Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.</p>
<b>17</b>	<p>Indique a qué Objetivos del Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular contribuye el proyecto. Nota: Elija las opciones.</p>
	<p>1. Salvar vidas y establecer esfuerzos internacionales coordinados para la búsqueda de migrantes desaparecidos;</p> <p>2. Prevenir, combatir y erradicar la trata de personas en el contexto internacional de la migración;</p> <p>3. Brindar acceso a servicios básicos para migrantes;</p> <p>4. Empoderar a los migrantes y la sociedad civil para la plena inclusión y cohesión social;</p>
<b>18</b>	<p>Productos o publicaciones de la experiencia.</p>