

ESTRATEGIA DE FORMACIÓN
DE PARES EXPERTAS COMUNITARIAS (PEC)
EN DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS
REPRODUCTIVOS PARA ADOLESCENTES Y
MUJERES EN CONTEXTO DE MIGRACIÓN.





Introducción

La crisis socioeconómica, política y sanitaria, sumado a la falta de seguridad alimentaria en Venezuela ha generado el mayor éxodo humano, producido en un corto periodo de tiempo en Latinoamérica en los últimos 50 años (1). Lo que ha conllevado a un importante flujo migratorio hacia Colombia a través de cualquier poro creado en la frontera colombo venezolana (1). Se estima que un total de 2.477.588 migrantes venezolanos(as) han ingresado al país; el 51% estos migrantes son mujeres (1.268.669) de las cuales el 42% se hallan en edad reproductiva (2).

En lo referente a la migración, es bien sabido que la población femenina está en considerable más riesgo que su contraparte masculina (3). Por ejemplo, las mujeres migrantes son más vulnerables a vivir discriminación asociada a la gestación y a no poder acceder a servicios de atención general, planificación familiar y obstetricia (4). Además, las mujeres, niñas y adolescentes migrantes tienen mayor riesgo de ser víctimas de violencia sexual y de género (4). Este es el caso también de las mujeres venezolanas que han migrado a Colombia en los últimos años.

De acuerdo con los hallazgos de Profamilia, en su Evaluación de las Necesidad Insatisfechas en Salud Sexual y Reproductiva de la Población Migrante Venezolana en Cuatro Ciudades de la Frontera Colombo-venezolana, hay una falta de educación integral para la sexualidad, tanto en hombres como mujeres, pues no se encuentran familiarizados con el concepto de salud sexual y salud reproductiva. Además, este estudio demostró que las participantes no tenían una noción de los servicios y los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluyendo el conocimiento sobre anticonceptivos, aborto, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y los servicios de salud necesarios para el manejo clínico del abuso sexual (5). Asimismo, se identificó que la mayoría de las mujeres que participaron en los grupos focales no tenían información sobre la reglamentación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia y, además, tenían una percepción negativa del aborto y las mujeres que abortan (5).

Lo anterior expone el hecho de que estas niñas, adolescentes y mujeres migrantes venezolanas presentan múltiples necesidades entre ellas se destaca el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos que durante su tránsito y asentamiento son vulnerados de forma sistemática secundario a su posición social, desconocimiento sobre sus derechos en territorio nacional sumado al fenómeno de xenofobia y violencia de género (6).

Un enfoque que va dirigido a la protección de los DSDR de la población migrante femenina es la estrategia de formación de pares (EFP) aplicada a los DSDR. Como lo demostró el estudio realizado en Jamundí, Valle del Cauca, Colombia enfocado en la educación de DSDR en un grupo de adolescentes escolarizados (7). En este los investigadores buscaban empoderar a los jóvenes en los DSDR (7). Dicho objetivo se consiguió utilizando la formación de un grupo de “jóvenes multiplicadores(as)” para que fueran referentes autóctonos para sus pares en la promoción de la salud sexual y reproductiva (7). Así las cosas y creyendo que los procesos de educación, empoderamiento y replica dentro de los colectivos sociales se constituyen en ventanas de oportunidad que repercuten en el bienestar individual y común se gestó una estrategia que implica la formación de adolescentes y mujeres en DSDR como pares expertos comunitarias (PEC). Que se alinea con lo descrito desde la institucionalidad pero que dialoga con los requerimientos particulares de cada comunidad, estas mujeres son reconocidas como pares lo que permite la fluidez de información y mayor credibilidad (8).

Esta estrategia de formación de (PEC) se concibe, además, dentro del modelo de Investigación Acción Participación (IAP). Esta, se caracteriza por privilegiar la voz y experiencia de los participantes, o actores, pues estos se convierten en investigadores activos que participan en la identificación de las necesidades, en la recolección de información, en la toma de decisión y en los procesos de reflexión y acción (9). Este tipo de inclusión permite que el conocimiento surja, tanto del proceso de la investigación, como de las experiencias individuales, lo que permite alcanzar las metas propias del método, las cuales incluyen: mejorar y/o transformar la práctica social y acercarse a la realidad vinculando el cambio y el conocimiento (9).

La estrategia de formación de pares expertas comunitarias (PEC) en derechos sexuales y derechos reproductivos presentada en el siguiente reportase anida en el macroproyecto “*Situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres Migrantes Venezolanas en el Marco de la Política Pública en Salud: Modelo Integral de Atención en Salud 2021-2022*”, liderado por la Línea de Investigación Sistemas de Salud, Infancia, Género, Interculturalidad y Trópico (SIGIT) del grupo de investigación Salud Pública, Educación Médica y Profesionalismo médico (SEP) de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes. En el marco del proyecto liderado y financiado por la Universidad de Southampton, Reino Unido que tiene por título “*Reparación de las desigualdades de salud de género de mujeres y niñas desplazadas en contextos de crisis prolongada en América Central y del Sur (Regid)*” con intervenciones en Brasil, Honduras, El Salvador y Colombia.

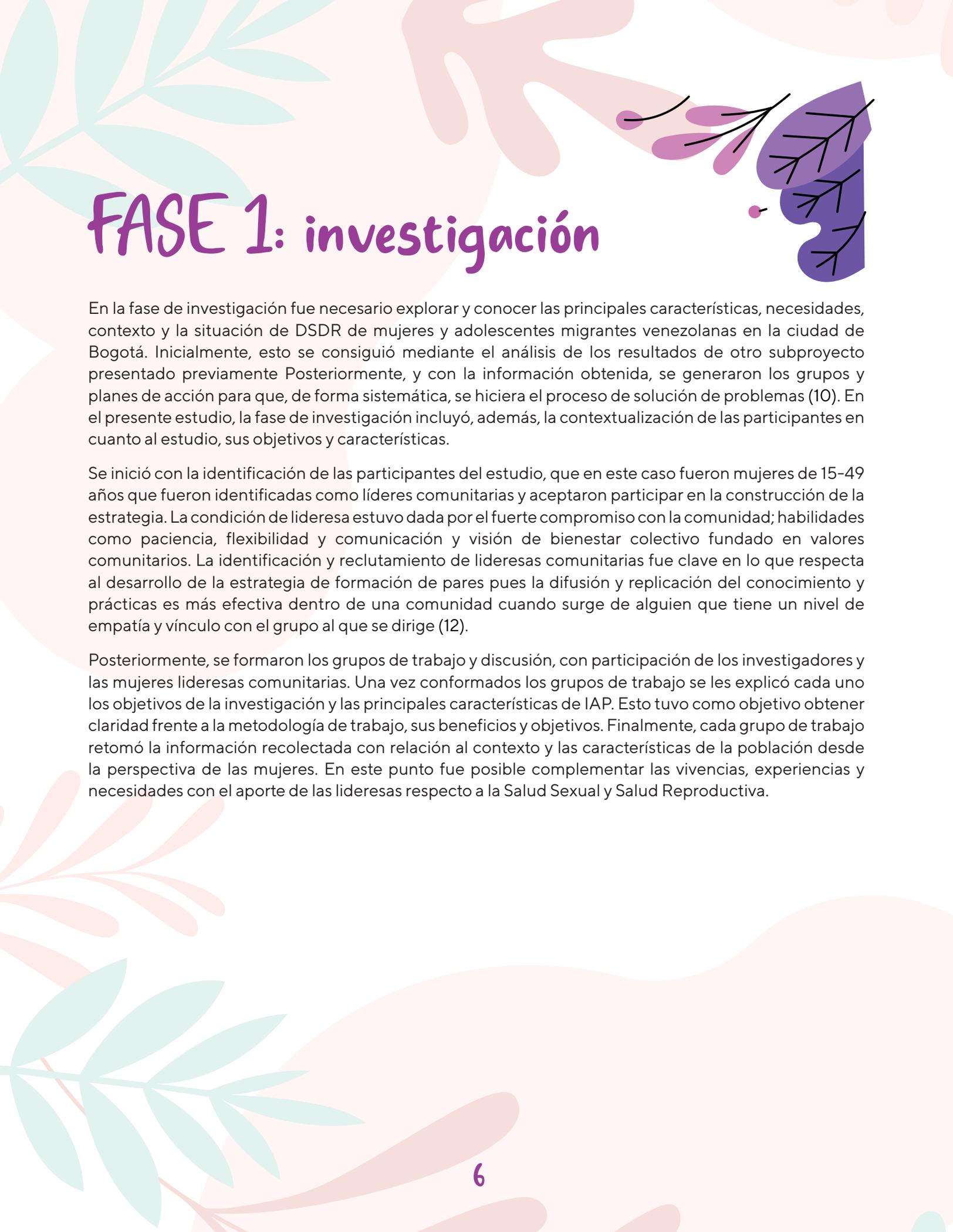


Metodología

La IAP está estructurada de tal manera que se pueda seguir un proceso que permite alcanzar el objetivo del modelo: mejorar y/o transformar la práctica social y acercarse a la realidad vinculando el cambio y el conocimiento. La primera fase de una IAP consiste en la investigación. Esta etapa busca documentar las principales características de la comunidad, sus miembros, necesidades y contexto (10). Posteriormente, se generan grupos de acción para planear de forma sistemática el proceso de solución de problemas (10). La segunda etapa de una IAP es la educación (10). En esta fase se busca desarrollar una conciencia crítica en los participantes, de tal manera que, estén en capacidad de identificar las causas de sus problemas y sus posibles soluciones (10). La IAP concluye con la acción (10). En esta fase los participantes implementan soluciones prácticas a sus problemas, desarrolladas a partir de los insumos obtenidos en las primeras dos fases (10). Estas características hacen a la IAP una buena metodología a usar en temáticas como la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) ya que las personas participan en el diagnóstico de las necesidades y barreras en la SSR, plantean alternativas de soluciones adaptadas al contexto y se vuelven sujetos de cambio en las prácticas de SSR de su comunidad (11).

Además, es necesario mencionar que, la presente investigación se desarrolló de manera complementaria y simultánea a otro subproyecto del macroproyecto mencionado previamente: *“Situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres Migrantes Venezolanas en el Marco de la Política Pública en Salud: Modelo Integral de Atención en Salud 2021-2022”*. El cual tuvo como objetivo principal identificar la situación de los DSDR de las mujeres migrantes venezolanas en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud; así como, explorar las experiencias en relación con el ejercicio de los DSDR de la población migrante y analizar las barreras y facilitadores existentes para la materialización de estos. Como parte de este proyecto se realizaron grupos focales con mujeres migrantes venezolanas de 15-49 años en los cuales mediante la creación la co-construcción de la historia de “Martina”, una niña/ adolescente/mujer migrante que inicia su tránsito migratorio en Venezuela y llega a Bogotá, fue posible no sólo conocer la experiencia individual de cada una de las participantes; sino, además, introducir ejes temáticos importantes como los DSDR y las barreras y facilitadores en su materialización.

La realización de este subproyecto fue clave para el desarrollo de la estrategia de formación de pares comunitarias pues permitió en primer lugar, la identificación de lideresas comunitarias dentro de las mujeres y adolescentes participantes hicieron parte de la construcción de la EFP y trabajaron como coinvestigadoras. Así como la introducción de conceptos y espacios de discusión y reflexión que luego reforzaron la fase de “Educación” de la IAP.



FASE 1: investigación

En la fase de investigación fue necesario explorar y conocer las principales características, necesidades, contexto y la situación de DSDR de mujeres y adolescentes migrantes venezolanas en la ciudad de Bogotá. Inicialmente, esto se consiguió mediante el análisis de los resultados de otro subproyecto presentado previamente Posteriormente, y con la información obtenida, se generaron los grupos y planes de acción para que, de forma sistemática, se hiciera el proceso de solución de problemas (10). En el presente estudio, la fase de investigación incluyó, además, la contextualización de las participantes en cuanto al estudio, sus objetivos y características.

Se inició con la identificación de las participantes del estudio, que en este caso fueron mujeres de 15-49 años que fueron identificadas como líderes comunitarias y aceptaron participar en la construcción de la estrategia. La condición de lideresa estuvo dada por el fuerte compromiso con la comunidad; habilidades como paciencia, flexibilidad y comunicación y visión de bienestar colectivo fundado en valores comunitarios. La identificación y reclutamiento de lideresas comunitarias fue clave en lo que respecta al desarrollo de la estrategia de formación de pares pues la difusión y replicación del conocimiento y prácticas es más efectiva dentro de una comunidad cuando surge de alguien que tiene un nivel de empatía y vínculo con el grupo al que se dirige (12).

Posteriormente, se formaron los grupos de trabajo y discusión, con participación de los investigadores y las mujeres lideresas comunitarias. Una vez conformados los grupos de trabajo se les explicó cada uno los objetivos de la investigación y las principales características de IAP. Esto tuvo como objetivo obtener claridad frente a la metodología de trabajo, sus beneficios y objetivos. Finalmente, cada grupo de trabajo retomó la información recolectada con relación al contexto y las características de la población desde la perspectiva de las mujeres. En este punto fue posible complementar las vivencias, experiencias y necesidades con el aporte de las lideresas respecto a la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

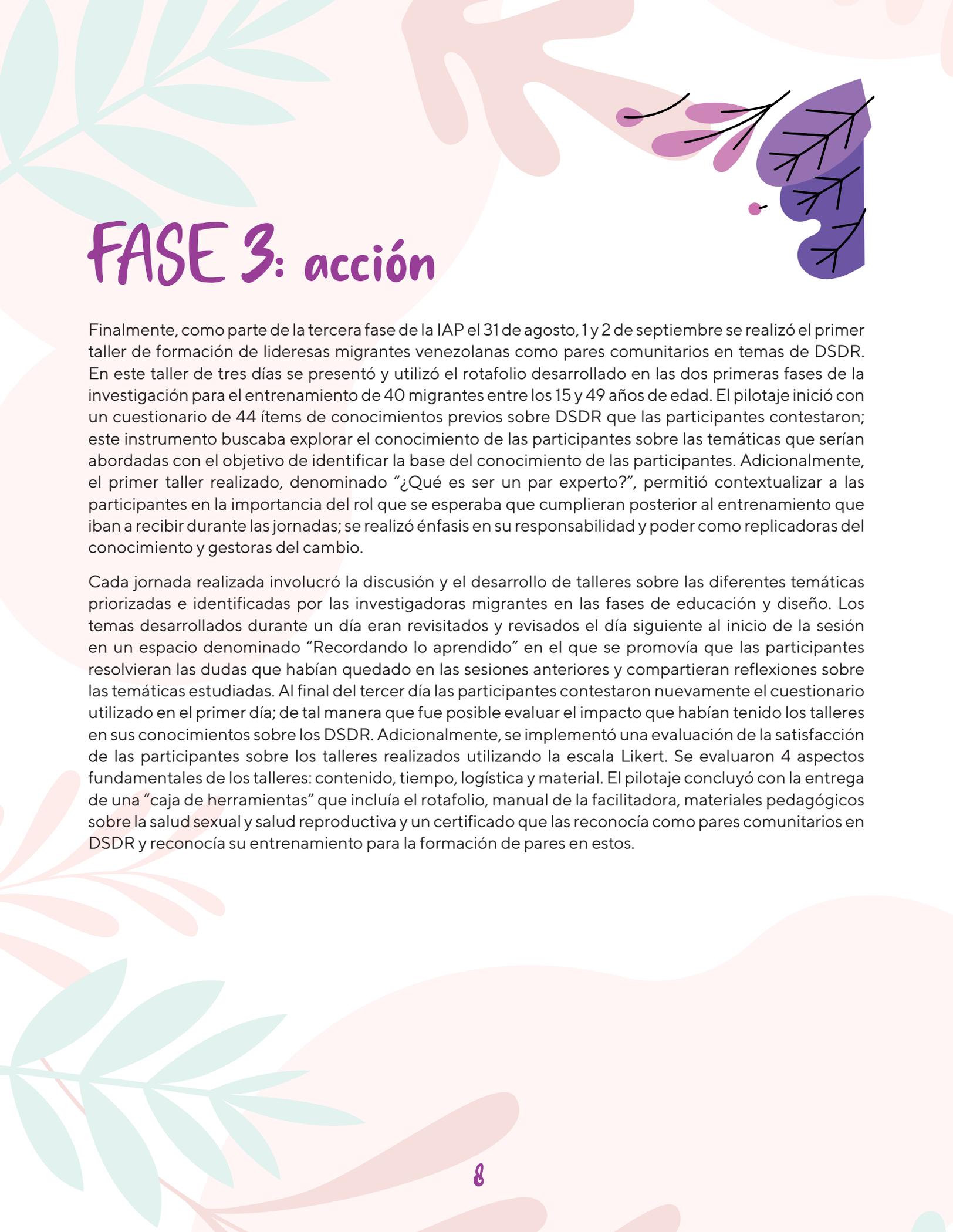
FASE 2: educación y diseño

En esta fase se buscó retomar y desarrollar más a fondo la conciencia crítica sobre las necesidades y retos en DSDR asociados a la migración inicialmente abordados durante el subproyecto *“Situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres Migrantes Venezolanas en el Marco de la Política Pública en Salud: Modelo Integral de Atención en Salud 2021-2022”*. De tal manera que, estuvieran en capacidad de identificar las causas de sus problemas y sus posibles soluciones (10). A partir de esto se co-construyó la estrategia de formación de pares, con las participantes de modo que ellas fueran las replicadoras y gestoras del cambio.

En primer lugar, para lograr constituir esta estrategia de formación de pares se establecieron las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de adolescentes y mujeres migrantes venezolanas relatadas durante las entrevistas semiestructuradas y grupo focales, donde ellas realizaban una priorización de tema que requerían ser aprendidos. Dentro de este ejercicio se extrajeron las siguientes temáticas: autocuidado, placer sexual, sexualidad plena, salud mental, duelo migratorio, igualdad de género, violencia, falta de intimidad en el hogar, anticoncepción, cuidados durante el embarazo, riesgos durante la migración y rutas de apoyo y orientación.

Por el otro lado, posterior a la identificación y priorización de temas, se inició el proceso de diseño iconográfico. Se utilizó la metodología de galería de arte en donde las mujeres, a través de sus propias capacidades, dibujaban los aspectos más importantes sobre cada uno de los temas. Posteriormente, estos dibujos fueron reinterpretados por un ilustrador y diseñador gráfico. Luego, estos diseños tuvieron dos procesos de validación con las mujeres para ajustar las versiones finales. Cada una de las imágenes diseñadas se acompañó también de un mensaje clave que permitiera la discusión y reflexión sobre el tema priorizado. Para la construcción de los mensajes, cada uno de los temas fue desglosado en 4 categorías: Preguntas, Definición, Recomendaciones y Conversemos. Cada grupo de mujeres realizó una versión de cada categoría para cada uno de los temas propuestos. Esta versión fue sistematizada y se ajustó teniendo en cuenta que cumpliera los objetivos de aprendizaje para cada uno de los temas. La versión ajustada por los investigadores de la Universidad fue nuevamente ajustada por el equipo de investigadoras de la comunidad hasta dejar las versiones finales de las preguntas, definición, recomendaciones y conversemos.

Cada una de las imágenes y mensajes claves fue ordenado respecto a tres temáticas: ejes transversales, derechos sexuales y derechos reproductivos. A partir de allí, se construyó un rotafolio que tenía una introducción y cada una de las temáticas. La elección del rotafolio como herramienta pedagógica fue tomada con el equipo investigadoras migrantes. Este rotafolio, en su totalidad, fue validado en un grupo de control en la cual participaron mujeres migrantes venezolanas de diferentes localidades de Bogotá. Por último, el equipo de investigadores de la Universidad realizó la guía del facilitador en la cual se incluía la explicación las estrategias didácticas y lúdicas para el aprendizaje de cada una de las temáticas. Estas estrategias fueron piloteadas en la fase de acción.



FASE 3: acción

Finalmente, como parte de la tercera fase de la IAP el 31 de agosto, 1 y 2 de septiembre se realizó el primer taller de formación de lideresas migrantes venezolanas como pares comunitarios en temas de DSDR. En este taller de tres días se presentó y utilizó el rotafolio desarrollado en las dos primeras fases de la investigación para el entrenamiento de 40 migrantes entre los 15 y 49 años de edad. El pilotaje inició con un cuestionario de 44 ítems de conocimientos previos sobre DSDR que las participantes contestaron; este instrumento buscaba explorar el conocimiento de las participantes sobre las temáticas que serían abordadas con el objetivo de identificar la base del conocimiento de las participantes. Adicionalmente, el primer taller realizado, denominado “¿Qué es ser un par experto?”, permitió contextualizar a las participantes en la importancia del rol que se esperaba que cumplieran posterior al entrenamiento que iban a recibir durante las jornadas; se realizó énfasis en su responsabilidad y poder como replicadoras del conocimiento y gestoras del cambio.

Cada jornada realizada involucró la discusión y el desarrollo de talleres sobre las diferentes temáticas priorizadas e identificadas por las investigadoras migrantes en las fases de educación y diseño. Los temas desarrollados durante un día eran revisitados y revisados el día siguiente al inicio de la sesión en un espacio denominado “Recordando lo aprendido” en el que se promovía que las participantes resolvieran las dudas que habían quedado en las sesiones anteriores y compartieran reflexiones sobre las temáticas estudiadas. Al final del tercer día las participantes contestaron nuevamente el cuestionario utilizado en el primer día; de tal manera que fue posible evaluar el impacto que habían tenido los talleres en sus conocimientos sobre los DSDR. Adicionalmente, se implementó una evaluación de la satisfacción de las participantes sobre los talleres realizados utilizando la escala Likert. Se evaluaron 4 aspectos fundamentales de los talleres: contenido, tiempo, logística y material. El pilotaje concluyó con la entrega de una “caja de herramientas” que incluía el rotafolio, manual de la facilitadora, materiales pedagógicos sobre la salud sexual y salud reproductiva y un certificado que las reconocía como pares comunitarios en DSDR y reconocía su entrenamiento para la formación de pares en estos.

Resultados

A continuación, presentamos los resultados obtenidos a partir de la implementación de la metodología desarrollada durante la investigación. En definitiva, los resultados más relevantes son el rotafolio y la guía del facilitador pues, por un lado, se obtuvieron a partir de un trabajo en conjunto con coinvestigadoras migrantes y, además, son las herramientas principales que permiten la replicabilidad y continuación de la formación de pares migrantes comunitarias en DSDR.

1. Eje transversales

**Autocuidado:
cuidado de ti misma**

El autocuidado abarca: el amor propio, las consultas médicas, el descansar y buscar ayuda, la alimentación saludable, entre otros. Ámate con todo tu ser y tómate un tiempo para apreciar lo increíble que eres.

ME CONSIENTO
ME CUIDO
ME ACEPTO

**Mujer migrante:
“perdemos nuestros
cuerpos al migrar”**

1.1 Autocuidado: debate sobre los autoesquemas.

El reconocimiento de la soberanía de cuerpo era desdibujado durante el tránsito migratorio, ya que se convertía en “moneda de cambio” para transar beneficios económicos, a favor de la mujer y su familia; investigaciones similares realizadas en Colombia evidencia un aumento de ejercicio de actividades sexualmente pagas secundarias a coerción por externos y allegados (Profamilia, 2020). Adicional a lo anterior las niñas, adolescentes y mujeres migrantes venezolanas durante la educación impartida en casa e instituciones educativas poseen un acervo de enseñanzas de cuidado del cuerpo, se cuestionaban si existían otras formas, si romper los autoesquemas impartidos por el sexo biológico tendría repercusiones a nivel corporal más allá de la represión social que genera comportamientos disímiles a los que se asignan al nacer.

Resultados



Mujer migrante: “no tenemos espacio en la casa, nos turnamos la cocina para la intimidad, mientras se llevan los niños al parque ”

1.2 Placer sexual.

El proceso migratorio fue reconocido como una castración social al placer generado por la sexualidad, dado a un aspecto crítico: no existen espacios de intimidad ya que permanecen en hacinados con personas extrañas o familiares. Sumado a lo anterior, el estrés y la conmoción emocional del proceso migratorio permea la salud mental y con ello deteriora la sexualidad de las migrantes. Ivanova y colaboradores, encontraron similares hallazgos en el África, dicha investigación documentó la molestia que conlleva al hacinamiento y que repercute en las parejas.



Mujer trans migrante venezolana: “que uno sea marica y venezolana no quiere decir que sea prostituta”

1.3 Sexualidad plena



Mujer Migrante: “estamos bien pero no somos felices”

1.4 Salud mental.

Los procesos migratorios dinamitan la funcionalidad mental del ser humano, es crítico la prestación de servicios de salud que propicien la catarsis de situaciones que conlleven a molestias y de estrategias de contención e intervención para disminuir el efecto telúrico de sentimientos de rabia, ira, tristeza etcétera que se generan durante la migración. Un estudio realizado por Salas y colaboradores indica que los migrantes venezolanos presentan una alta carga de depresión, ansiedad y estrés postraumático que se acentúan en contexto de discriminación y xenofobia (Salas, 2022)



Mujer migrante: “me pregunto de donde es mi hija, no es de aquí ni de allá, le enseñamos que es ser venezolano, pero ya hasta eso hemos perdido, nos exigen hablar como ustedes, no podemos”

1.5 Duelo migratorio

Durante la migración se establece un proceso de pérdida multinivel, un sentimiento de despojo a los roles que habitualmente se cumplían, por lo anterior se quiere transitar por las fases del duelo, permitiendo espacios donde se pueda reconocer los sentimientos de dolor.

2. Derechos sexuales



Mujer migrante: “no somos iguales a los hombres, para ellos hay mayor acceso a trabajo en Colombia a nosotras solos nos ofrecen ser una prostituta más”

2.1 Igualdad de género.

Las niñas, adolescentes y mujeres migrantes venezolanas durante su tránsito por cualquier intersticio fronterizo reconocen que existen esquemas sociales que perpetúan desigualdades dado su género y que ellos perduran durante su establecimiento en Colombia, por lo cual requieren herramientas para mejorar su calidad de vida. Calderón y colaboradores evidenciaron que la ausencia de igualdad de género en territorio colombiano tiene repercusiones diferenciales en las mujeres quienes ven deteriorado su bienestar sumado a las escasas de herramientas para solucionarlo (Calderón, 2020)



2.2 Falta de intimidad en el hogar.

Dado que las condiciones socioeconómicas son desfavorables durante los procesos de migración las familias deben vivir en situaciones de hacinamiento, lo que propicia falta de intimidad en el hogar o en los peores escenarios abusos o violaciones por parte de extraños o familiares.

Mujer migrante: “en donde vivo hay como 40 personas, pocos baños, tenemos ganas pero no espacio”

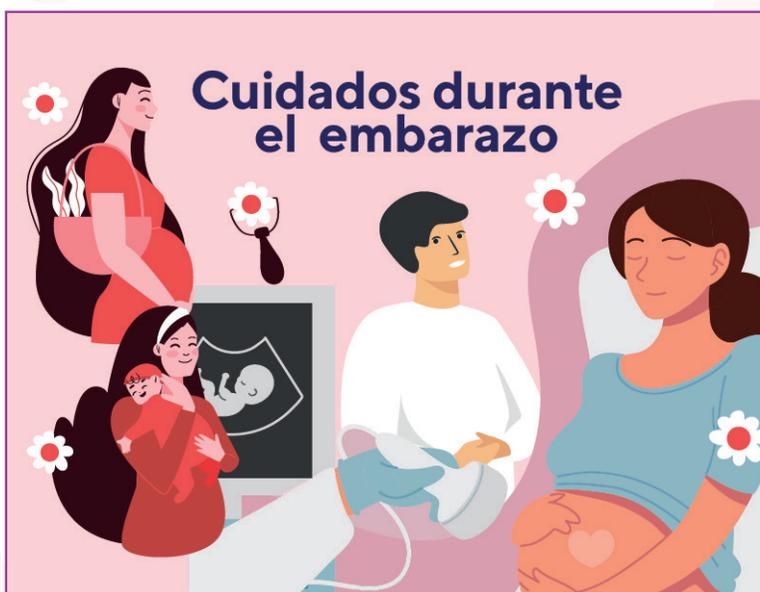
3. Derechos reproductivos



Mujer migrante: a mí me enseñó a planificar mi prima, pero no sé qué decirle a mi hija, a las venezolanas no se les ofrece los mismos métodos que a las locales

3.1 Anticoncepción.

Las adolescentes y mujeres migrantes venezolanas exigen mayor educación en métodos anticonceptivos, sin embargo, dado la dificultad en el acceso a servicios de salud sus preferencias son modificadas a la utilización de aquellos de larga duración y poca vigilancia clínica, debido a que durante el tránsito y establecimiento se empoderan de su reproducción con lo mínimo para ello.



3.2 Cuidados durante el embarazo.

Colombia se adhiere a políticas transnacionales y locales que propician la salud materna, sin embargo, el estado de regularidad es un determinante crítico para el acceso al sistema de salud, por lo cual se deteriora la educación sobre los cuidados que se requiere durante el embarazo y se adhieren a las prácticas y concepciones que devienen del saber popular.

1.

Mujer migrante: solos nos atienden por urgencias si estamos embarazadas, no nos cuidan más allá de urgencias

4. Migración



Mujer migrante: “migrar no es fácil, si por trocha es peor, si eres mujer te violan, si logras pasar te prostituyen y en la calle te tiran piedras”

4.1 Riesgos durante la migración.

Ser niñas, adolescente y migrante venezolana es vulnerable a diversas injusticias sociales que ponen en riesgo su integridad entre ellas se destaca los abusos y violaciones, el ejercicio de prostitución y drogadicción, por ello es crítico es obtener herramientas para blindarse de dichos fenómenos.



4.2 Rutas de apoyo y orientación.

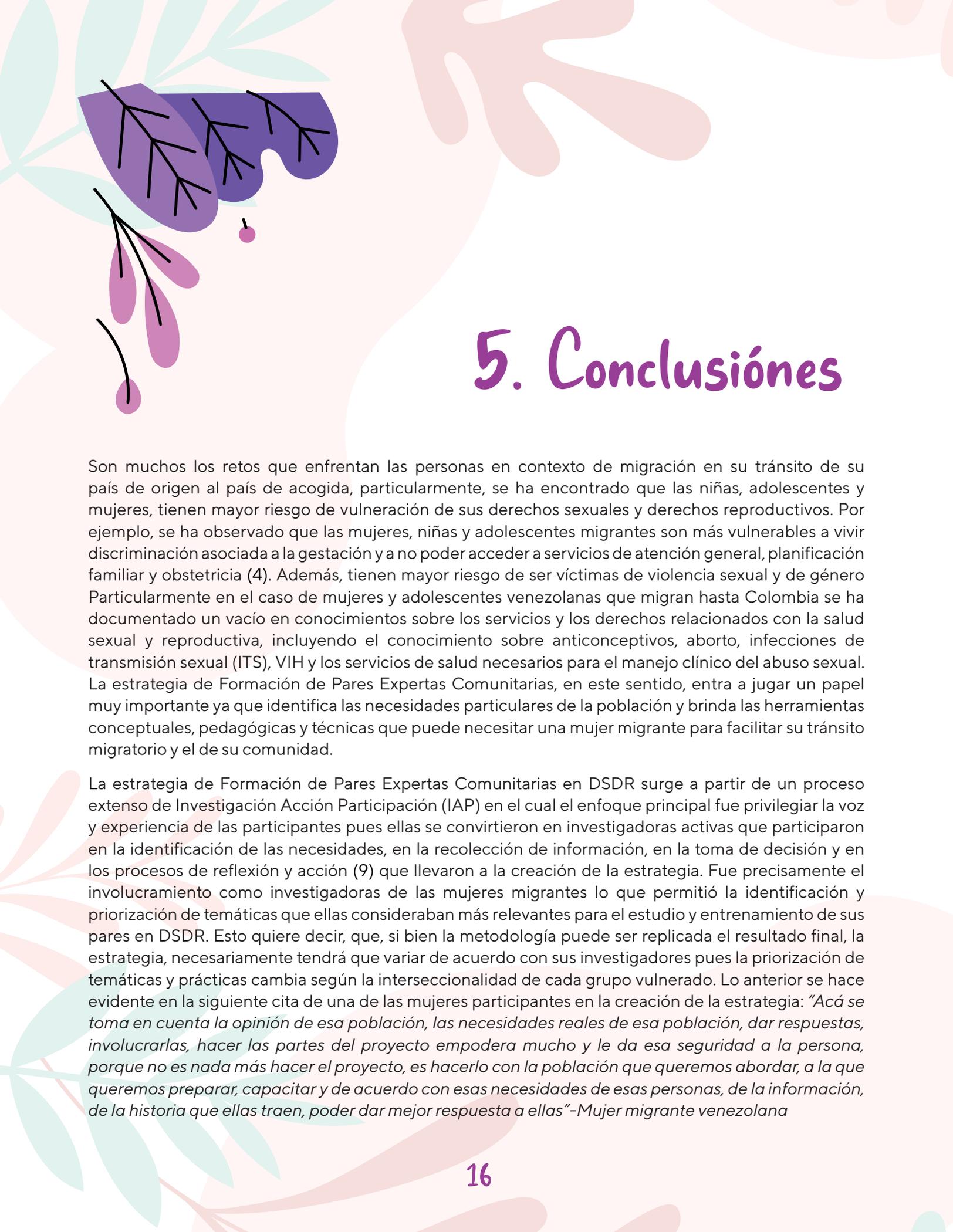
Ser niñas, adolescente y migrante venezolana requiere educación del funcionamiento del sistema de salud y justicia del país, así como los diversos prestadores no gubernamentales de servicios de salud sexual y salud reproductiva dentro del territorio nacional con el objeto de suplir sus necesidades de forma segura.

Mujer migrante: “a donde vamos a consultar, no sabemos, buscamos en redes”



Evaluación de los talleres.

En la evaluación de contenidos del taller se evaluaron 4 grandes ejes (introducción, ejes transversales, derechos sexuales y derechos reproductivos): sobre la introducción 10 de los 13 participantes considerando "muy bueno" el contenido, en los ejes transversales 9 de las 13 participantes puntuaron "muy bueno" y del mismo modo para el contenido de derechos sexuales y reproductivos. Sobre el tiempo se les pidió a las participantes que evaluaran la duración de cada uno de los ejes: 10 de las 13 participantes consideraron adecuado el tiempo invertido en los talleres. En cuanto a la duración de la introducción 3 participantes consideraron muy largo el tiempo destinado. Por otro lado, sobre el tiempo destinado en los ejes transversales 9 de las 13 participantes consideraron que fue adecuado y 1 persona calificó como corto el tiempo invertido; se observó un comportamiento similar en lo referido a la duración del componente de derechos sexuales y reproductivos (9 personas consideraron adecuado el tiempo y 2 consideraron que fue corto). Sobre la logística, entendida como el lugar del evento, la ubicación del salón, limpieza, refrigerios y atención, 11 de las 13 participantes la calificaron como "muy bueno". Finalmente, en lo referente a la satisfacción con el material utilizado el 100% de la muestra tomada consideró como "muy bueno".



5. Conclusiones

Son muchos los retos que enfrentan las personas en contexto de migración en su tránsito de su país de origen al país de acogida, particularmente, se ha encontrado que las niñas, adolescentes y mujeres, tienen mayor riesgo de vulneración de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Por ejemplo, se ha observado que las mujeres, niñas y adolescentes migrantes son más vulnerables a vivir discriminación asociada a la gestación y a no poder acceder a servicios de atención general, planificación familiar y obstetricia (4). Además, tienen mayor riesgo de ser víctimas de violencia sexual y de género. Particularmente en el caso de mujeres y adolescentes venezolanas que migran hasta Colombia se ha documentado un vacío en conocimientos sobre los servicios y los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluyendo el conocimiento sobre anticonceptivos, aborto, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y los servicios de salud necesarios para el manejo clínico del abuso sexual. La estrategia de Formación de Pares Expertas Comunitarias, en este sentido, entra a jugar un papel muy importante ya que identifica las necesidades particulares de la población y brinda las herramientas conceptuales, pedagógicas y técnicas que puede necesitar una mujer migrante para facilitar su tránsito migratorio y el de su comunidad.

La estrategia de Formación de Pares Expertas Comunitarias en DSDR surge a partir de un proceso extenso de Investigación Acción Participación (IAP) en el cual el enfoque principal fue privilegiar la voz y experiencia de las participantes pues ellas se convirtieron en investigadoras activas que participaron en la identificación de las necesidades, en la recolección de información, en la toma de decisión y en los procesos de reflexión y acción (9) que llevaron a la creación de la estrategia. Fue precisamente el involucramiento como investigadoras de las mujeres migrantes lo que permitió la identificación y priorización de temáticas que ellas consideraban más relevantes para el estudio y entrenamiento de sus pares en DSDR. Esto quiere decir, que, si bien la metodología puede ser replicada el resultado final, la estrategia, necesariamente tendrá que variar de acuerdo con sus investigadores pues la priorización de temáticas y prácticas cambia según la interseccionalidad de cada grupo vulnerado. Lo anterior se hace evidente en la siguiente cita de una de las mujeres participantes en la creación de la estrategia: *“Acá se toma en cuenta la opinión de esa población, las necesidades reales de esa población, dar respuestas, involucrarlas, hacer las partes del proyecto empodera mucho y le da esa seguridad a la persona, porque no es nada más hacer el proyecto, es hacerlo con la población que queremos abordar, a la que queremos preparar, capacitar y de acuerdo con esas necesidades de esas personas, de la información, de la historia que ellas traen, poder dar mejor respuesta a ellas”-Mujer migrante venezolana*



Referencias

1. Fernández-Niño J, Luna K. Migración venezolana en Colombia: retos en Salud Pública. Revista Universidad Industrial de Santander. 2018;50(1).
2. Migración Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia. Distribución de Venezolanos en Colombia - Corte 28 de febrero de 2022. 2022.
3. Castellanos PC. Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades. 2005. 1-83 p.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio. 2018.
5. Profamilia. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. 2019.
6. USAID, Profamilia. Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia [Internet]. 2020. Available from: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>
7. Vásquez ML, Argote LÁ, Castillo E, Mejía ME, Tunjo R, Villaquirán ME. Una Perspectiva Integral Con Adolescentes Escolarizados. Colomb Med. 2005;36(3 (Supl 1)):6-13.
8. UNFPA. Mundos Aparte: la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. . 2017.
9. Colmenares E AM. Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación. 2012;3(1):102-15.
10. Balcazar FE. Investigación acción participativa (iap): aspectos conceptuales y dificultades de implementación. Fundamentos en humanidades Universidad Nacional de San Luis [Internet]. 2003;4(7-8):59-77. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18400804>
11. Wekwete N, Manyeruke C. Sexual and Reproductive Health and Rights among Female Students at the University of Zimbabwe. 2011;91-101.
12. Blanco Pereira ME, Padrón Jordán M, González Pachón L, Sánchez Hernández TB, Medina Robainas RE. Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. Med Electrón [Internet]. 2011;33(3):349-59. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000300012

