



# “Estrategia Regional para la atención de situaciones críticas de salud pública, incluida la violencia sexual basada en género, de la población afectada por la crisis humanitaria de la R.D. del Congo”

EXPEDIENTE EHE-2021BA/0001

Farmacéuticos Mundi (Farmamundi)

Programme de Promotion des Soins de Santé Primaire (PPSSP)

Emesco Development Foundation

African Humanitarian Action (AHA)

Foundation for Health and Social Economic Development Africa (HESED)

## Informe de Evaluación Final

Elaborado del 28 de noviembre de 2023 al 4 de agosto de 2024 por Miguel Rico Varadé, Iñaki Díaz Knörr, Laura Marco Conca y Pablo Rodríguez López del Río

## SUMARIO

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABLA DE CUADROS.....                                                            | ii |
| TABLA DE GRÁFICOS.....                                                           | ii |
| 1. RESUMEN EJECUTIVO .....                                                       | 1  |
| 2. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES, DATOS GENERALES Y OBJETIVOS LA EVALUACIÓN .....   | 2  |
| 3. BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE EVALUACIÓN Y SU CONTEXTO .....                | 4  |
| 4. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN.....                                     | 6  |
| 4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO: DIMENSIONES, CRITERIOS Y PREGUNTAS DE EVALUACIÓN ..... | 6  |
| 4.2 METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN Y FASES DE ACTUACIÓN .....                      | 7  |
| 5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN .....                                             | 8  |
| 5.1 EFICACIA .....                                                               | 8  |
| 5.1.1. EFICACIA EN EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO ESPECÍFICO.....                  | 9  |
| 5.1.2 EFICACIA EN EL CUMPLIMIENTO DEL RESULTADO 1.....                           | 10 |
| 5.1.3 EFICACIA EN EL CUMPLIMIENTO DEL RESULTADO 2 .....                          | 17 |
| 5.1.4 EFICACIA EN EL CUMPLIMIENTO DEL RESULTADO 3 .....                          | 21 |
| 5.1.4 EFICACIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES TRANSVERSALES .....         | 24 |
| 5.2 ADECUACIÓN Y PERTINENCIA .....                                               | 26 |
| 5.3 EFICIENCIA .....                                                             | 28 |
| 5.4 IMPACTO .....                                                                | 30 |
| 5.5 CONECTIVIDAD .....                                                           | 33 |
| 5.6 COORDINACIÓN .....                                                           | 35 |
| 5.7 COBERTURA.....                                                               | 38 |
| 5.8 APROPIACION Y PARTICIPACIÓN .....                                            | 40 |
| 6. CONCLUSIONES .....                                                            | 41 |
| 7. RECOMENDACIONES .....                                                         | 47 |
| 8. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS .....                                          | 50 |
| ANEXOS .....                                                                     | 51 |

## LISTA DE TABLAS

- Tabla 1. Objetivo General, Específico e Indicadores
- Tabla 2. Resultado Esperado 1 e Indicadores
- Tabla 3. Cuadro de cumplimiento de Actividades del R1
- Tabla 4. Cuadro de cumplimiento de indicadores del R1
- Tabla 5. Resultado Esperado 2 e Indicadores
- Tabla 6. Cuadro de cumplimiento de Actividades del R2
- Tabla 7. Cuadro de cumplimiento de indicadores del R2
- Tabla 8. Resultado Esperado 3 e Indicadores
- Tabla 9. Cuadro de cumplimiento de Actividades del R3
- Tabla 10. Cuadro de cumplimiento de indicadores del R3

## LISTA DE ACRÓNIMOS

- AHA: African Humanitarian Action
- ACNUR. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
- ATEBADEC: Alliance de Techniciens Bâtisseurs et de Développement Communautaire
- AVCS. Agencia Vasca de Cooperación y Solidaridad.
- CAE. Comunidad Autónoma de Euskadi
- COVID-19. Coronavirus Disease 19
- DAS. Derecho a la salud
- DSR. Derechos Sexuales Reproductivos
- EMESCO. EMESCO African Foundation
- ENT. Enfermedades no Transmisibles
- ETS. Enfermedades de Transmisión Sexual
- EVE. Virus del Ébola
- FM. Farmamundi
- FFVV. Fuentes de Verificación
- IAP. Investigación-Acción Participativa
- ICCM. Manejo Integral de Casos a Nivel Comunitario del gobierno de Uganda
- IDH. Índice de Desarrollo Humano
- IOV. Indicador Objetivamente Verificable
- MPP. Matriz de Planificación del Proyecto
- OMS. Organización Mundial de la Salud
- ONG. Organización no Gubernamental
- OPM. Oficina del Primer Ministro
- PNUD. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
- PPSSP. Programme de Promotion des Soins de Santé Primaire
- PRC. Participación y Rendición de Cuentas
- PVV. Personas que viven con VIH
- RE. Resultado Esperado
- ROAC. Registro Oficial de Auditores de Cuentas
- SMI. Servicio Materno Infantil
- SSR. Salud Sexual Reproductiva
- TdR. Términos de Referencia
- VBG. Violencia basada en Género
- VHT. Village Health Teams
- VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana
- VBG. Violencia Basada en Género
- VSbG. Violencia Sexual basada en Género

## 1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento incluye el Informe Final de Evaluación del proyecto de intervención **humanitaria “Estrategia Regional para la atención de situaciones críticas de salud pública, incluida la violencia sexual basada en género, de la población afectada por la crisis humanitaria de la R.D. del Congo”** ejecutado por Farmamundi y las organizaciones Emesco Development Foundation, African Humanitarian Action (AHA), Programme de Promotion des Soins de Santé Primaire (PPSSP) y Foundation for Health and Social Economic Development Africa (HESED), con la financiación de la Agencia Vasca de Cooperación y Solidaridad (AVCS). El informe ha sido elaborado por Iñaki Díaz – Consultoría en Cooperación durante los meses de noviembre de 2023 a agosto de 2024.

**La intervención tenía como objetivo general contribuir a garantizar la protección y el ejercicio del derecho a la salud de la población afectada por la crisis humanitaria de la República Democrática del Congo (RDC).** Para lograr este objetivo se buscó mejorar la capacidad de prevención, atención y respuesta de situaciones críticas de salud pública y vulneración del derecho a la salud como la VSbG en zonas afectadas por la crisis humanitaria congoleña y los desplazamientos derivados en tres localidades de RDC, Uganda y Kenia. El proyecto fue ejecutado del 31 de diciembre de 2021 al 30 de marzo de 2024.

**El objetivo del proceso evaluativo ha sido analizar si la estrategia del proyecto ha sido la adecuada para lograr el éxito de la intervención humanitaria.** De forma específica, se ha querido valorar desde una perspectiva técnica la adecuación y pertinencia del diseño de la intervención en relación con el contexto, los niveles de alcance de los resultados esperados y la implementación de los actores involucrados. Para organizar el proceso evaluativo se han establecido dimensiones, criterios y preguntas de evaluación, de acuerdo con los Tdr que rigen la ejecución del servicio. La metodología de evaluación se desarrolló en tres fases: una primera fase de planificación y aproximación metodológica; una segunda de fase de obtención de datos del terreno, durante los meses de mayo a julio de 2024 y una fase final de elaboración del informe final de evaluación.

En el presente informe se han establecido valoraciones acerca de los resultados del proyecto ordenados según los criterios de evaluación, y que expresan los siguientes rendimientos:

- **Tras finalizar el proceso evaluativo se pueden constatar la eficacia general de la estrategia para la consecución de su objetivo específico.** Durante el período de ejecución se han realizado todas las actividades y se han alcanzado los indicadores de seguimiento esperados para todos los resultados. Por los anteriores motivos, se puede confirmar la pertinencia de volver a replicar esta estrategia en años posteriores con objeto de profundizar en los logros ya alcanzados.
- **La estrategia responde a necesidades inminentes, de carácter humanitario, y escasamente atendidas, relativas a la salud de la población más vulnerable (especialmente de la población femenina) afectada por el conflicto de RDC,** habiéndose realizado acciones de identificación de necesidades y de indicadores de base que han servido para articular un modelo de intervención coherente y relevante en relación al contexto de intervención.
- **La estrategia ha sido eficiente en el uso de los recursos de personas y de materiales,** y se han respetado los presupuestos establecidos inicialmente en el documento de formulación. En relación a los recursos humanos destaca el papel de las promotoras de salud y defensoras de género, que ha tenido un efecto multiplicador de los impactos del proyecto.
- **La estrategia se ha diseñado con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el acceso a derechos relativos a la salud de las titulares de derecho.** Se ha identificado buenas prácticas en la ejecución de la estrategia, y que se señalan por su posibilidad de ser reproducidas en estrategias humanitarias similares. Durante el proceso evaluativo se han advertido efectos atribuibles a la estrategia, que deberían ser reevaluados en un plazo de 6 meses. **No se han identificado impactos negativos.**

- **Las actividades desarrolladas durante la estrategia han permitido el fortalecimiento de la capacidad institucional pública y de la red comunitaria** para dar respuesta a necesidades propias de un contexto humanitario. La sostenibilidad institucional se ha basado en el fortalecimiento técnico y de capacidades de los centros de salud y de sus profesionales. En relación a la sostenibilidad técnico-operativa se ha constatado que las socias y las instituciones públicas locales disponen de los conocimientos necesarios para reproducir las acciones desarrolladas en la estrategia. La sostenibilidad económica de la estrategia reposa en el apoyo que realiza FM, través de la AVCS, no pudiéndose identificar fuentes alternativas de ingresos económicos para el conjunto de la estrategia, al margen del proporcionado por estas organizaciones. Al respecto el trabajo estratégico realizado por FM y sus socias en las reuniones con los gobiernos locales y en los clústeres temáticos podría apoyar en la sostenibilidad económica, dado que se realiza un importante esfuerzo por maximizar los impactos, garantizar la complementariedad y evitar la duplicidad de la estrategia con otros programas.
- **La estrategia se ha alineado con la normativa local y con los principales planes estratégicos de cada país.** En el ámbito de la coordinación destaca el amplio número de actores con los que se ha trabajado y la variedad de espacios y metodologías a través de los cuales se ha desarrollado esta relación (actividades de formación y sensibilización, protocolos de actuación, reuniones de clústeres, etc).
- **Durante la ejecución del proyecto, se ha conseguido cubrir las necesidades de salud de amplios porcentajes de la población desplazada y refugiada en los 3 países.** Aun así, parece que todavía se debería cubrir las necesidades un mayor porcentaje de supervivientes de VSbG, que por diversos motivos (persistencia de traumas, estigmatización social, miedos) todavía no participan en la estrategia.
- **El proyecto ha contado con la participación de las titulares de derechos, obligaciones y responsabilidades en sus fases de diseño, ejecución, monitoreo y seguimiento.** En este proceso ha contribuido la realización acciones de formación, de rendición de cuentas y de generación de procesos de incidencia política y social.

## 2. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES, DATOS GENERALES Y OBJETIVOS LA EVALUACIÓN

El presente informe incluye la Evaluación Externa Final que ha realizado el equipo de Iñaki Díaz-Consultoría de Cooperación de la intervención de acción humanitaria "Estrategia Regional para la atención de situaciones críticas de salud pública, incluida la violencia sexual basada en género, de la población afectada por la crisis humanitaria de la República Democrática del Congo". El proceso evaluativo se ha desarrollado desde el 28 de noviembre de 2023 al 4 de agosto de 2024 por un equipo de cuatro personas formado por un director de proyectos de evaluación con 23 años de experiencia, una técnica especializada en género dos técnicos de cooperación al desarrollo especializados en técnicas de investigación social aplicadas. Esta evaluación se inscribe en la línea de trabajo de Evaluación que desarrolla Iñaki Díaz-Consultoría en Cooperación.

Este proyecto de acción humanitaria se ha desarrollado en Beni (Kivu Norte, RDC), Kyaka II, Distrito de (Kyegegwa, Uganda), Nairobi (Subcondado de Kasarani, Kenia) y CAE, desde el 31 de diciembre de 2021 al 30 de marzo de 2024 y ha sido ejecutado por la organización Farmacéuticos Mundi (Farmamundi) y las organizaciones locales Emesco Development Foundation, African Humanitarian Action (AHA), Programme de Promotion des Soins de Santé Primaire (PPSSP) y Foundation for Health and Social Economic Development Africa (HESED), con la financiación de la Agencia Vasca de Cooperación y Solidaridad (AVCS).

El resultado del proceso de evaluación ha respondido a los siguientes objetivos:

- Valorar la adecuación y pertinencia del diseño de la intervención en relación al contexto.
- Valorar los niveles de alcance de los resultados planificados de la intervención. Interesa conocer hasta qué punto las actividades ejecutadas han permitido alcanzar los resultados esperados.
- Valorar la práctica de implementación de los actores involucrados, en especial en lo referente a la colaboración entre Farmacéuticos Mundi, PPSSP, AHA, Emesco y HESED-África, con atención a los procedimientos de comunicación, coordinación y toma de decisiones para facilitar la transferencia de buenas prácticas.
- Valorar la participación de los y las titulares de derechos en la gestión del proyecto y en qué medida la experiencia ha contribuido a fortalecer su protagonismo y liderazgo del desarrollo local.

En la valoración de todas las anteriores dimensiones se ha considerado la prioridad concedida en su diseño y ejecución a la perspectiva de género y edad, al enfoque basado en los DDHH, a la perspectiva de la sensibilidad al conflicto y cultura de paz, a la promoción de la participación de la población sujeto y un enfoque multicultural y medioambiental. A su vez la evaluación responde a las siguientes funciones propias de un proceso evaluativo.

**Función formativa:** satisfacer las necesidades informativas y de conocimiento de la población y el resto de los actores participantes. En este sentido, el proceso de evaluación:

- Aporta juicios razonados y aprendizajes sustanciales basados en evidencias que permiten a las organizaciones promotoras del proyecto mejorar sus estrategias de intervención en una zona y un sector prioritario y que sean relevantes para las instituciones donantes, útiles para otras organizaciones interesadas en la temática y comprensibles para la ciudadanía.
- Asegura que los varones y las mujeres participantes acceden, comprenden y se apropian de sus principales contenidos.

**Función sumativa:** analizar el grado de cumplimiento de la planificación prevista, el alcance de los resultados esperados y su impacto sobre los fines perseguidos. Además de:

- Valorar la adecuación y pertinencia del diseño de la intervención en relación al contexto.
- Valorar los niveles de alcance de los resultados planificados de la intervención. Conocer hasta qué punto las actividades ejecutadas han permitido alcanzar los resultados esperados.
- Valorar la práctica de implementación de los actores involucrados, en especial en lo referente a la colaboración entre Farmacéuticos Mundi, PPSSP, AHA, EMESCO y HESED-Africa, con atención a los procedimientos de comunicación, coordinación y toma de decisiones para facilitar la transferencia de buenas prácticas.

**Alcance temporal,** la base de análisis de la evaluación se corresponde con el período de ejecución del proyecto, comprendido entre el 01/12/2021 y el 30/03/2024. No obstante, se ha procurado realizar una prospección de los impactos del proyecto a reevaluar en un plazo de 6 meses a la finalización del proyecto.

### **Actores Implicados**

- Titulares de Responsabilidades:
  - Farmacéuticos Mundi-Farmamundi.
  - PPSSP, AHA, Emesco y HESED Africa.
  - Sistema de Naciones Unidas presente en la zona.
  - ONGs presentes en la zona.
  - Organizaciones comunitarias
  - Promotores/as de salud
  - Miembros del Comité de Paz y Resolución de Conflictos

- Titulares de Obligaciones:
  - Oficina del Primer Ministro de Uganda.
  - Dirección de Salud.
  - Profesionales sanitarios
  - Autoridades locales
- Titulares de Derechos-Personas destinatarias de la Intervención:
  - Personas desplazadas y refugiadas.
  - Mujeres, hombres, niñas y niños de la zona de intervención.

### 3. BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE EVALUACIÓN Y SU CONTEXTO

La presente Estrategia Regional para la atención de situaciones críticas de salud pública, incluida la violencia sexual basada en género, de la población afectada por la crisis humanitaria de la RDC en la zona este del país, Uganda y Kenia pretende brindar orientaciones para la mejora del ejercicio del derecho a la salud de población desplazada congoleña en la ciudad de Beni en Kivu Norte (República Democrática del Congo - RDC), en el campo de refugiados/as de Kyaka II, en el Distrito de Kyegegwa al oeste de Uganda y en el subcondado de Kasarani, en la ciudad de Nairobi (Kenia).

La ciudad de Beni, en la provincia de Kivu Norte en la RDC, es considerada zona de origen, tránsito y destino de desplazamientos internos forzosos, producto de la crisis humanitaria prolongada que se vive en esta zona del país. Es receptora de personas desplazadas internamente (PDI) al ser un área urbana dentro de una región meramente rural, al igual que es ciudad de origen y tránsito previa a la migración internacional en busca de refugio en países terceros.

El campo de refugiados/as de Kyaka II, en el Distrito de Kyegegwa al oeste de Uganda es lugar de tránsito y destino de población desplazada congoleña que huye de la situación de violencia y crisis humanitaria en la RDC.

El subcondado de Kasarani, en la ciudad de Nairobi, en Kenia, es lugar de destino de numerosas personas refugiadas procedentes de la RDC y en menor medida de Ruanda y Burundi, ubicándose en asentamientos informales.

La RDC vive sumida en un contexto de crisis compleja y de larga duración que se prolonga durante ya casi treinta años. Desde que una larga y costosa guerra civil terminara de manera oficial en 2003 la RDC ha visto oleadas esporádicas de combates, especialmente en la parte este del país, lo que unido a reiterados brotes del virus epidémico del ébola en los últimos años, la pandemia del COVID-19 y la persistente vulneración de derechos humanos en una zona con mucha población han producido flujos migratorios constantes, siendo las mujeres y las niñas el 75% de las personas afectadas por los desplazamientos forzosos. Concretamente, Kivu Norte (provincia fronteriza con Ruanda y Uganda) donde se ubica la ciudad de Beni es una provincia agrícola densamente poblada donde persiste una elevada situación conflictiva y de gran violencia vinculada a problemas derivados de la explotación ilegal de recursos minerales preciosos (cobre, coltán, diamantes, cobalto, oro, uranio, etc.), a conflictos entre diversos grupos étnicos transfronterizos y a la alta presencia de grupos armados de diferentes facciones (las colinas esconden decenas de grupos armados irregulares, lo que mantiene candente el conflicto). Esta situación de emergencia política compleja ha desembocado en una crisis humanitaria crónica que tiene importantes repercusiones sobre la población civil, sujeto recurrente de abusos y vulneraciones sistemáticas de DDHH.

En este ejemplo paradigmático de crisis humanitaria prolongada, entre los principales factores de vulnerabilidad que sustentan y profundizan esta situación destacan:

- Persistencia del conflicto y recurrentes brotes de violencia armada en la parte Este de RDC

- Generalización y naturalización de la violencia sexual (VS) / violencia basada en el género (VbG)
- Brotes de la Enfermedad por el Virus de Ébola (EVE), COVID-19 y otras enfermedades infecto contagiosas
- La debilidad de las instituciones sanitarias para dar una respuesta adecuada a la situación de crisis
- Incremento del flujo de desplazamientos forzosos producto de la situación de crisis en RDC

La crisis a la que intenta responder la presente estrategia de acción humanitaria (EAH) es una crisis humanitaria prolongada, la identificación responde a un proceso recurrente de consulta con organizaciones socias locales, con más de una década de experiencia con poblaciones desplazadas y refugiadas y sinergias establecidas con instituciones públicas clave en la zona de intervención. Destacando principalmente la coordinación y colaboración cercana con: la Dirección Provincial de la Salud de Kivu Norte en RDC, Oficina del Primer Ministro (OPM) en Uganda (institución que gestiona el campo de refugiados/as y todas las instituciones públicas que trabajan en él) y el Ministerio de la Salud, Servicios Metropolitanos de Nairobi (NMS por sus siglas en inglés) principalmente con sus puntos focales en Género, Salud y SSyR, así como autoridades del subcondado de Kasarani en Kenia.

Las intervenciones en curso, realizadas de manera bilateral con FM (actualmente hay proyectos en ejecución en RDC, Uganda y Kenia con las organizaciones locales), han permitido contar con estudios diagnósticos de la situación del contexto y valorar los cambios y/o movimientos de la población sujeto de las iniciativas en marcha. De esta manera se realizó el proceso de identificación y formulación de la propuesta. El principio *Do no Harm* ha sido especialmente tenido en cuenta en el diseño de la propuesta, integrándolo como una metodología que asegure la capacidad de resiliencia de la población afectada por la crisis prolongada y desplazamientos forzosos, por un lado, y por otro lado, la no generación de dinámicas que comprometan los procesos de desarrollo locales. De este modo, gracias a la experiencia y al conocimiento del entorno de PPSSP en RDC, EDF y AHA en Uganda y HESED en Kenia y de FM, se han diseñado actuaciones que por un lado permiten la atención a personas cuyos derechos han sido vulnerados, al mismo tiempo que se fortalecen las estructuras propias del Estado. De esta forma, la metodología aplicada contempla:

- Análisis de los divisores y factores de tensión entre grupos
- Análisis de los conectores entre grupos y las capacidades locales para la paz
- Análisis de los programas de ayuda existentes
- Análisis del impacto de los programas de ayuda sobre los divisores y sobre los conectores

FM y sus entidades socias toman en especial consideración las Normas de “Humanitarian Accountability Partnership” (HAP) en materia de rendición de cuentas fruto de su compromiso con la gestión eficiente, eficaz y responsable de la ayuda. De esta forma, todas las acciones implementadas se enmarcan en un acuerdo marco consensuado que identifica agentes involucrados/as, aclara las funciones y responsabilidades mutuas en la gestión, seguimiento y rendición e incorpora procedimientos internos de toma de decisiones y gestión que garantizan la transparencia, independencia, participación y calidad de las acciones. El monitoreo, evaluación e incorporación de lecciones aprendidas se garantiza mediante el diseño de toda una batería de indicadores ad hoc para la medición del desempeño y cumplimiento de los resultados, evaluar de forma continua y sistemática los avances y facilitar la incorporación de los aprendizajes durante la ejecución.

La presente EAH focaliza su intervención con la población sujeto de derechos tanto local como desplazada interna de 6 Áreas de Salud: Boikene, Bundji, Kasabinyole, Mabakanga, Mabolio y Mukulya pertenecientes a la Zona de Salud de Beni. El total de la población comprendida en esta ubicación geográfica asciende a 130.193 personas (68.224 mujeres y 61.969 hombres). En su selección se priorizarán las unidades de convivencia en situación de mayor vulnerabilidad, con elevadas restricciones de acceso a los medios de vida, mayor presencia de menores de edad y mujeres embarazadas y mayor riesgo de padecer algún tipo de enfermedad. La presente EAH busca contribuir a garantizar la protección y el ejercicio del derecho a la salud de la población afectada por la crisis humanitaria de la RDC, mejorando

la capacidad de prevención y respuesta de situaciones críticas de salud pública y vulneración del derecho a la salud, como la VSbG en zonas afectadas por dicha crisis y los desplazamientos derivados en tres localidades de RDC, Uganda y Kenia. Para ello, se abordarán tres ejes principales:

- 1- Fortalecimiento de capacidades locales de portadores de obligaciones y titulares de responsabilidades en el sector sanitario
- 2- Empoderamiento de estructuras comunitarias como enlaces efectivos entre la población titular de derechos y el sector salud
- 3- Monitoreo e incidencia de políticas locales para asegurar la apropiación del derecho a la salud y a una vida libre de violencias

## 4. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

En este apartado se describen sucintamente las dimensiones, preguntas e indicadores de evaluación y los criterios que se han utilizado para evaluar la intervención.

### 4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO: DIMENSIONES, CRITERIOS Y PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Las dimensiones de la evaluación hacen referencia a la delimitación de los ámbitos de evaluación de los que se desea obtener información exhaustiva e idónea sobre la intervención, y que de forma provisional se propone que sean las siguientes:

- **Diseño:** ("Cómo se organiza la estructura"). Se analiza el modelo de intervención social que se ha organizado con el proyecto.
- **Procesos:** Cómo se ha desarrollado la ejecución de la intervención, qué relaciones se han establecido y cómo se han movilizado los recursos.
- **Resultados** ("Lo que se consigue"). Cuáles han sido los impactos en las personas titulares de derecho del proyecto y qué outcomes o cambios se han constatado en el contexto analizado.

Para la medición y valoración de estas dimensiones se ha realizado un análisis comparativo a partir de los contenidos de la matriz de planificación del proyecto y la constatación in situ del modelo de diseños, procesos y de la obtención de resultados que de forma efectiva se han implementado en el terreno. Una vez definidas las dimensiones se establecieron las preguntas de evaluación, que permitieron identificar los elementos objeto de evaluación, de esta forma se concretó y confirmó lo siguiente: **¿Qué es lo que queremos saber sobre nuestro proyecto?; ¿Qué aspectos se quiere evaluar?; ¿Cuáles son los problemas?**

Para la medición de estas preguntas de evaluación se utilizaron los indicadores de seguimiento de la Matriz de Planificación:

- En primer lugar, dada la coincidencia de nuestras preguntas de evaluación y los indicadores contenidos en la Matriz de Planificación, **se valoró la variación de los indicadores objetivamente verificables de cumplimiento de la intervención contenidos en la Matriz de Planificación**, haciendo uso de las fuentes de verificación de la Matriz, y que fueron diseñados durante la formulación del proyecto.
- Una vez valorados la variación de indicadores cuantitativos, **se realizó una aproximación a los criterios de evaluación.**

En cumplimiento de los términos de referencia que rigen el servicio se ha evaluado los siguientes criterios de evaluación: Adecuación y Pertinencia, Eficacia, Eficiencia, Impacto, Conectividad, Coordinación, Cobertura, y Apropiación y Participación. En el apartado de Anexos se incluyen las matrices de evaluación con los criterios, dimensiones y preguntas de evaluación. Finalmente, el trabajo

evaluativo ha permitido obtener los siguientes **rendimientos de la evaluación: conclusiones atendiendo a los criterios de evaluación; y recomendaciones:** para orientar futuras acciones y para rendir cuenta a los agentes relevantes de la intervención.

## 4.2 METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Y FASES DE ACTUACIÓN

El enfoque metodológico que se utilizó combinó los métodos de investigación cuantitativos y cualitativos, aplicados por su pertinencia a cada una de las dimensiones y criterios de evaluación

### ■ Fase 1: Planificación, Aproximación teórica metodológica y elaboración de Informe de Gabinete

Se ha realizado una aproximación teórica y metodológica en la que se ha acotado y definido de manera operativa el alcance de la evaluación a realizar. Para ello, se han realizado análisis preliminares de los siguientes ámbitos.

- **Análisis del Contexto:** Estudio sobre el cumplimiento los Derechos Humanos de la Mujer, de los Derechos Humanos en materia Salud y Atención Médica en la población Beni (Kivu Norte, RDC), Kyaka II (Distrito de Kyegegwa, Uganda), Nairobi (Subcondado de Kasarani, Kenia) y la CAE.
- **Análisis de las Estructuras Organizativas:** Análisis organizacional de las contrapartes locales, así como de las personas profesionales que forman parte de las organizaciones.
- **Análisis de Documentación de Planificación del Proyecto:** Estudio exhaustivo de la Matriz de Planificación del Proyecto y de cualquier documentación aportada por la entidad contratante para la planificación del proyecto.
- **Concreción y definición de los criterios:** En conjunto con la Comisión de Seguimiento de Farmacéuticos Mundi se valorará la idoneidad del planteamiento de estudio de las dimensiones y criterio de evaluación, principalmente de las preguntas de evaluación que puedan servir de análisis a la matriz de planificación del proyecto.

En esta fase, en base a la conceptualización del objeto de estudio y a los diferentes niveles de indagación definidos en la fase anterior, se desarrollaron y elaboraron las herramientas y técnicas de recogida de información:

- **Selección de indicadores** y de niveles de indagación objeto de evaluación, en base al punto anterior.
- **Diseño de Entrevistas en profundidad individuales**, con preguntas abiertas orientadas a la respuesta de las preguntas y criterios de evaluación. Se presenta un modelo en los Anexos.
- **Diseño de Grupos Focales:** a través de grupos de un máximo de 15 personas con dinamización participativa y planteamiento genérico de temas. Se presenta un modelo en los Anexos.
- **Diseño de Taller de Devolución:** en el que participaron las personas integrantes de PPSSP, AHA, EMESCO y HESED-Africa. Durante esta sesión se transmitieron también los principales hallazgos del proceso evaluativo.

### ■ Fase de 2: Trabajo de Campo

Durante esta fase se desarrolló la recogida de información de tipo primaria o trabajo de campo, contando con un consultor senior del equipo de Iñaki Díaz-Consultoría en Cooperación y con el director de la investigación, que realizaron las tareas de planificación del trabajo de campo en conjunto con el

coordinador de proyecto de Farmamundi. También fueron validadas las técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación que se prevén realizar a los siguientes actores/actrices claves:

- **Ejecución de la Entrevista en profundidad individual:** Con informantes claves seleccionados conjuntamente con Farmacéuticos Mundi como PPSSP, AHA, Emesco y HESED-Africa y de manera equitativa con relación a los/as titulares de derechos, distribuidos según género.
- **Entrevista Grupal:** Con intervinientes clave de las entidades contrapartes, las personas beneficiarias y otras partes interesadas.
- **Ejecución del Taller de Devolución:** Con la participación de los responsables de PPSSP, AHA, EMESCO y HESED-Africa, con la implementación de los principios de las Investigación – Acción Participativa, a través de una metodología lúdico-participativa que servirá para que puedan construir sus propios conocimientos e interpretaciones, y para presentar sus expectativas en relación con el proyecto. Se pretende que las titulares de derechos se conviertan en agentes del cambio en relación con el mismo.

En los Anexos se incluye una tabla con información específica sobre los informantes claves y las técnicas de investigación aplicadas para cada uno/a. Esta fase concluyó con la codificación y grabación de la información recogida en las bases de datos diseñadas en la fase anterior. La fase de trabajo de campo la realizó Miguel Rico en Kenia y Uganda desde el 18 de mayo y 2 de junio de 2024. En RDC el equipo consultor contó con el apoyo de consultores locales especializados en evaluación por temas de seguridad durante el mes de julio 2024.

### **Fase 3: Elaboración del Informe Final:**

En esta fase se analizó la información recogida en base al plan de análisis definido y siguiendo con los objetivos de la evaluación. Se elaboró una versión del Informe Final, con conclusiones, recomendaciones de acuerdo con las Términos de Referencia que rigen el servicio. Finalmente se previó el desarrollo de un Plan de comunicación y difusión de la evaluación:

- **Conclusiones:** Acerca de la coordinación, organización y los contenidos y metodología del proyecto; personas titulares de derechos, titulares de obligaciones y titulares de responsabilidades; objetivos, resultados e impactos de la intervención; elementos de difusión y comunicación.
- **Recomendaciones:** El trabajo de evaluación permitirá plantear recomendaciones consensuadas de actuación para el proyecto en futuras ediciones y servirá de componente de transparencia de la ejecución del proyecto.
- **Plan de Comunicación y Difusión del Servicio:** Para la comunicación y difusión del Informe Final.

## **5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

### **5.1 EFICACIA**

En el presente criterio de evaluación se mide el **grado de cumplimiento de los objetivos, resultados e indicadores previstos en el proyecto**. La evaluación de la eficacia trata de medir y valorar el grado de consecución de los objetivos inicialmente previstos, es decir, persigue juzgar la intervención en función de su orientación a resultados.

## 5.1.1 EFICACIA EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO ESPECÍFICO

Tabla 1. Objetivo General, Específico e Indicadores

| OBJETIVO GENERAL: Contribuir a garantizar la protección y el ejercicio del derecho a la salud de la población afectada por la crisis humanitaria de la República Democrática del Congo (RDC).                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b><br>Mejorar la capacidad de prevención, atención y respuesta de situaciones críticas de salud pública y vulneración del derecho a la salud como la VSbG en zonas afectadas por la crisis humanitaria congoleña y los desplazamientos derivados en tres localidades de RDC, Uganda y Kenia | IOV.OE.1. Al finalizar la intervención, las poblaciones afectadas por la crisis humanitaria de RDC observan una mejora en el acceso y disponibilidad de los servicios recibidos de salud relacionados con la SSR y VSbG integrales y de calidad coherentes con el Paquete Mínimo Inicial de Servicios de SSR en situaciones de crisis humanitaria propuesto por el IASC |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | IOV.OE.2. Mejorados los conocimientos sobre el derecho a la salud, DH, igualdad de género y VbG a nivel comunitario para prevenir, detectar y denunciar de forma adecuada situaciones de violencia de género en la zona de intervención                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | IOV.OE.3. Al finalizar la intervención, las/los titulares de responsabilidades y obligaciones mejoran sus habilidades para trabajar de forma coordinada en la detección temprana, atención correcta y seguimiento de los protocolos multisectoriales disponibles de respuesta a supervivientes de VSbG                                                                  |

Fuente: MPP

**El objetivo específico del proyecto se dirige a mejorar la capacidad de prevención, atención y respuesta de situaciones críticas de salud y vulneración del derecho de la salud en zonas afectadas por la crisis humanitaria congoleña en RDC, Uganda y Kenia.** Para valorar el avance y cumplimiento de este objetivo se proponer medir la variación del acceso y disponibilidad de servicios de SSR y VSbG (IOV.OE1); la mejora de los conocimientos de DDHH, igualdad de género y VbG a nivel comunitario como forma de prevención, detección y denuncia (IOV.OE.2); y la mejora de la coordinación de los titulares de obligaciones y responsabilidades para la atención a supervivientes de VSbG (IOV.OE.3)

**La idoneidad en la elección de los indicadores para la valoración del objetivo específico se cifra en los siguientes aspectos:**

- Se han establecido indicadores referidos al acceso y la disponibilidad de la ciudadanía a los servicios de atención primaria y de salud mental.
- Son indicadores de impacto dirigidos a valorar cambios positivos en la calidad de vida y el acceso a derechos de las personas titulares de derechos, y la atención que las personas titulares de responsabilidades y obligaciones a supervivientes de VSbG.
- Los indicadores pueden ayudar a comprender las posibles brechas en la atención en salud de las personas migrantes, dado que establecen acciones para la detección temprana, y valorar la coordinación entre los diferentes agentes de salud que se encuentran en cada territorio.
- Los indicadores están dirigidos a evaluar en las personas titulares de derechos el reconocimiento del enfoque basado en derechos humanos (EBDH). (IOV.OE.2), que se constituye en uno de los principios generales de cual estrategia de acción humanitaria.

**De acuerdo a la información obtenida se puede realizar la siguiente valoración de la consecución de los indicadores del objetivo específico:**

***IOV.OE.1.** Al finalizar la intervención, las poblaciones afectadas por la crisis humanitaria de RDC observan una mejora en el acceso y disponibilidad de los servicios recibidos de salud relacionados con la SSR y VSbG integrales y de calidad coherentes con el Paquete Mínimo Inicial de Servicios de SSR en situaciones de crisis humanitaria propuesto por el IASC.*

Tras el proceso evaluativo se puede constatar el avance en la atención tanto de servicios médicos como de medicación para mujeres supervivientes de VSbG, sus familias, y para el conjunto de la población vulnerable de los territorios. Tanto para este indicador, como para los demás, **se recomienda expresar valores cuantitativos y/o cualitativos para medir mejor el avance de los objetivos.**

***IOV.OE.2. Mejorados los conocimientos sobre el derecho a la salud, DH, igualdad de género y VbG a nivel comunitario para prevenir, detectar y denunciar de forma adecuada situaciones de violencia de género en la zona de intervención.***

Con la ejecución de la estrategia se ha colaborado en la constitución de una red comunitaria que ha servido para prevenir y dar apoyo a las mujeres supervivientes de VbG. Esta red está formada por titulares de derechos que se han constituido en equipos para cada país y que ya pueden reproducir actividades de sensibilización de forma autónoma.

***IOV.OE.3. Al finalizar la intervención, las/los titulares de responsabilidades y obligaciones mejoran sus habilidades para trabajar de forma coordinada en la detección temprana, atención correcta y seguimiento de los protocolos multisectoriales disponibles de respuesta a supervivientes de VSbG.***

La revisión de los protocolos y la participación en reuniones de clusters temáticos ha permitido avanzar eficazmente en este objetivo.

De acuerdo a los anteriores datos se puede confirmar un avance progresivo en el cumplimiento de los indicadores previstos para el objetivo específico, lo que muestra la idoneidad de las actividades diseñadas para la mejora de los indicadores señalados, y, por consiguiente, para la consecución del objetivo específico y general de la intervención.

**Finalmente. se puede resaltar la eficacia general de la intervención para la consecución de los objetivos del proyecto, y la pertinencia de su reedición en años posteriores para profundizar en los resultados alcanzados durante el presente período de ejecución, a través de nueva fase del proyecto con semejante metodología de actuación**

## 5.1.2 EFICACIA EN CUMPLIMIENTO DEL RESULTADO 1

El resultado 1 cuenta con 3 indicadores de cumplimiento referentes al fortalecimiento de capacidades locales de portadores de obligaciones y titulares de responsabilidades en el sector sanitario; incluye acciones consideradas contribuciones destinadas a mejorar la calidad y la disponibilidad de la atención sociosanitaria en 9 centros de salud.

**Tabla 2. Resultado Esperado 1 e Indicadores**

| <b>RESULTADO ESPERADO R1</b><br><br><b>Sistemas de salud e instituciones (estructuras sanitarias) en tres localidades de RDC, Uganda y Kenia han fortalecido su capacidad de identificación y respuesta de casos de violencia basada en el género (incluida la VSbG) como problema de salud pública, así como la atención psico-sanitaria (incluida la salud sexual y reproductiva) a personas sobrevivientes de violencia con un</b> | IOV.RE1.1. Las 9 estructuras sanitarias, cuentan con tratamientos oportunos para al menos 14.000 personas refugiadas (el 70% mujeres y menores de 5 años se encuentran mejor preparadas ante las necesidades de SSR, salud materno-infantil, VbG y enfermedades infecto-contagiosas como el COVID-19. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | IOV.RE1.2. Las estructuras sanitarias garantizan la disponibilidad y conocimiento de 9 protocolos de actuación analizados y difundidos sobre gestión de medicamentos y atención a supervivientes de VSbG.                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | IOV.RE1.3. Finalizado el proyecto, el 75% de personal sanitario (45 personas) participante de las capacitaciones manifiesta                                                                                                                                                                           |

|                                                             |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| enfoque de género y diversidad durante todo el ciclo vital. | integrar enfoques más sensibles al género, edad y pertinencia cultural en su práctica sanitaria. |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fuente: FFVV

**&1. Diseño:** Los indicadores para evaluar el resultado 1 se consideran válidos dado que sirven para medir el fortalecimiento de la capacidad de identificación y respuesta de casos de violencia basada en el género, y la atención psico-sanitaria a personas sobrevivientes de violencia.

**&2. Proceso:** Durante la ejecución del proyecto se desarrollaron 4 tipos de actividades para lograr el resultado 1 y los indicadores propuestos en la matriz de planificación, que se describen en el siguiente cuadro y que han sido cumplidos en su totalidad.

**Tabla 3. Cuadro de cumplimiento de Actividades del R1**

| ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PORCENTAJE CUMPLIMIENTO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| A1.1. Aprovisionamiento de los dispensarios de 9 estructuras de salud (6 en RDC, 2 en Uganda y 1 en Kenia) en medicamentos esenciales y específicos para la atención de COVID-19 y de las consecuencias de la violencia sexual, la prevención de la morbilidad y mortalidad materno-infantil, la reducción de la transmisión de VIH y la planificación de la salud reproductiva. | 100%                    |
| A1.2. Capacitación del personal sanitario y gerentes de dispensarios de los centros de salud                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 100%                    |
| A1.3. Recopilación, revisión y difusión de documentos de protocolos de actuación, sistematización y/o buenas prácticas                                                                                                                                                                                                                                                           | 100%                    |
| A1.4. Atención psico-sanitaria adaptada al perfil de la población desplazada/refugiada con énfasis en la SSR (tanto en estructuras de salud como a través de dispositivos móviles y/o brigadas médicas) y referenciación de casos para la atención legal y/o socioeconómica.                                                                                                     | 100%                    |

Fuente: FVV

**A1.1. Aprovisionamiento de los dispensarios de 9 estructuras de salud (6 en RDC, 2 en Uganda y 1 en Kenia) en medicamentos esenciales y específicos para la atención de COVID-19 y de las consecuencias de la violencia sexual, la prevención de la morbilidad y mortalidad materno-infantil, la reducción de la transmisión de VIH y la planificación de la salud reproductiva.**

La adquisición de medicamentos esenciales ha tenido un impacto directo en la mejora de la atención de necesidades relativas a la SSR, la salud materno-infantil, la VbG, las enfermedades crónicas y en la prevención del contagio del COVID-19. De forma específica, durante el proceso evaluativo se han constatado las repercusiones positivas que ha tenido el aprovisionamiento de medicamentos para mejorar la salud de las mujeres supervivientes de VsbG (profilaxis post-exposición - PEP y de planificación familiar, etc.), la mortalidad de las mujeres en fase perinatal, para reducir la mortalidad infantil por malaria entre los menores de 5 años (en el caso de Uganda y en RDC), y para aumentar la esperanza de vida de personas con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, etc.). Estos logros de la estrategia se constatan a través de los registros de atención en cada uno de los países y han sido comunicados por las socias locales durante la fase de trabajo de campo y por las personas responsables gubernamentales de las áreas de salud de cada país.

A su vez, la actividad **ha logrado un avance destacable en la cobertura en medicación que se proporciona a la población refugiada, alcanzando a 20.747 personas**, que, gracias a la estrategia, han contado con tratamiento para las enfermedades más prevalentes de cada territorio, como la malaria, enfermedades respiratorias y gastrointestinales, y el VIH, como aquellas de mayor prevalencia en RDC, Uganda y Kenia. En las entrevistas de RDC se mencionan las enfermedades infecciosas comunes como el ébola, el sarampión infantil y la poliomielitis, alcanzando al 76% de mujeres y menores de 5 años, meta alcanzada para el indicador 1 del primer resultado. Esta información ha sido cotejada a través de las fuentes de verificación aportadas por Farmamundi al equipo evaluador. También se considera importante indicar

que en la consecución de estos datos de cobertura ha influido positivamente la formación realizada en “gestión, prescripción y uso racional de medicamentos”. (A.1.2)

De acuerdo a la valoración del equipo evaluador, **la eficacia de esta actividad ha reposado principalmente en la correcta identificación de las necesidades de medicamentos para cada contexto y en su orientación final dirigida a reducir la ruptura del stock.** Durante la ejecución de la estrategia se realizaron consultas a los centros de salud y unidades administrativas departamentales y nacionales de salud de los 3 países, así como se consultaron las correspondientes “listas de medicamentos esenciales”. En relación a este último aspecto se puede confirmar que los medicamentos adquiridos se incluyen en la “Essential Medicines and Health Supplies List for Uganda (EMHSLU) 2023”; “Kenyan Essential Medicine List” 2023; y “Liste Nationale des Médicament Essentiels 2021” de RDC.

En cuanto al proceso de selección de las empresas proveedoras de medicamentos se han aplicado procedimientos homologados para la selección de los proveedores, priorizando el mercado local, los estándares de calidad, y la normativa de la AVCS para la concesión del servicio. En la selección de los medicamentos es importante resaltar que, en los tres países, como se indicaba con anterioridad, se han adquirido productos dirigidos a la atención de la SSR, SMI, VSbG y prevención de enfermedades infecto-contagiosas; pero a su vez, **se ha puesto especial énfasis en atender el tratamiento de enfermedades prevalentes y específicas de cada país.**

**La recepción de los materiales por parte de los socios locales se realizó desde marzo a agosto de 2022,** siendo almacenada en los dispensarios de cada centro adecuadamente, en salas habilitadas o en cámaras refrigeradoras en caso de tener altas temperaturas. Una vez registrados y depositados en los estantes, es importante indicar que los medicamentos han sido distribuidos a otros centros de salud:

- En Uganda, los productos adquiridos han sido distribuidos desde el Centro de Bujumbuli a todos los demás centros del campo de Kyaka II, un total de 5, más de los previstos inicialmente; como a una población de un territorio alejado del centro de salud correspondiente.
- En Kenia, tanto personas refugiadas como personas nacionales kenianas adscritas a los centros de Maji Mazuri y Mwiki se han acercado al dispensario del Kasarani Health Centre y han podido acceder a medicamentos que se encontraban.
- En la RDC PPSSP recibía los medicamentos, y de ahí se abastecían los 6 centros de salud con medicamentos y suministros médicos esenciales. Los medicamentos se almacenaban en farmacias que cumplían con la normativa vigente.

En el reparto de medicación, productos nutricionales y para la prevención de la COVID ha tenido un importante rol las promotoras de salud que durante las visitas a los hogares han entregado estos artículos a los titulares de derechos.

**Esta actividad ha contado con fichas de seguimiento de ruptura de stock para identificar los medicamentos e insumos médicos deficitarios en las estructuras de salud. De forma general, aunque se ha reducido la carencia de medicamentos y son cada vez más los beneficiados, estos siguen siendo escasos en los 3 países. No todas las personas desplazadas y refugiadas tienen los medicamentos que necesiten de acuerdo a sus patologías.** Esta circunstancia es especialmente problemática en RDC, donde, a pesar de los esfuerzos, se reportaron desabastecimientos frecuentes, especialmente de productos genéricos y de planificación familiar, kits de cuidados obstétricos de emergencia (SONU), profilaxis post-exposición (PEP), de planificación familiar (PF), COVID-19, VIH y prevención de transmisión madre-hijo/a (PTME). Esto se debió en parte a que la demanda superó las previsiones iniciales, particularmente hacia el final del proyecto debido a la afluencia de desplazados. En efecto, factores como la afluencia de desplazados y las enfermedades endémicas exacerban esta situación de “stock roto” crónico, sugiriendo que se requieren intervenciones más para abordar eficazmente la escasez persistente de medicamentos en los 3 países.

También es importante indicar que, en la ejecución de esta actividad, se han aplicado cuestionarios de satisfacción que expresan el interés de las organizaciones ejecutoras en profundizar en acciones de transparencia y rendición de cuentas, habiéndose obtenido valoraciones muy positivas de la satisfacción de las personas titulares de derecho, y expresándose también necesidades de mejora como la rehabilitación de las infraestructuras de saneamiento y mejora. Finalmente, durante la fase de trabajo de campo se recogieron propuestas de adquisición de otros medicamentos, así como materiales para su conservación, que incluyen en el apartado de recomendaciones.

## **A1.2. Capacitación del personal sanitario y gerentes de dispensarios de los centros de salud:**

Durante marzo de 2022 en Uganda y en RDC, y en los meses de mayo y julio de 2022 en Kenia, se impartió formación a un total de 60 profesionales de centros de salud en las áreas temáticas que se explican a continuación. Aunque la denominación de la formación impartida presenta algunas diferencias y especificidades en cada país, se pueden distinguir los siguientes grupos de temas:

*A) “Gestión, prescripción y uso racional (responsable) de los medicamentos”:* Esta formación ha tenido especial impacto en la reducción de la ruptura del stock de los dispensarios de los centros médicos. Durante la formación en los 3 países se puso especial énfasis en sensibilizar y formar al personal médico y farmacéutico en realizar una correcta cumplimentación de las prescripciones médicas (detallar correctamente el tipo de medicamento, cantidad, motivo de la receta realizada, etc.), así como controlar la entrada y salida de medicamentos del dispensario a través de libros de registro o aplicaciones, específicamente en el caso de Uganda, creadas para tal efecto. **Esta formación ha tenido una repercusión directa en la eficiencia de la gestión de unos medicamentos que son siempre escasos para responder a los escenarios de “emergencia humanitaria crónica” en los que se desarrolla la estrategia.**

De la misma forma, se alentó al equipo profesional sanitario a realizar acciones de contención del sobreuso de algunos medicamentos, como es el caso de los antibióticos, promoviendo entre los y las pacientes la importancia de realizar acciones de autocuidado para la prevención y tratamiento de enfermedades comunes (gripes, resfriado, etc.), como es realizar ejercicio o llevar una dieta saludable, y no automedicarse.

*B) Estándares mínimos de calidad en la atención psico-sanitaria (confidencialidad, comunicación, coordinación, registro de datos, derivación, etc.) con enfoque de género, edad y diversidad.*

En este módulo, junto a las características generales de la formación psico-sanitaria de las personas asistentes se ha puesto especial énfasis en los 3 países en mejorar el registro de las atenciones, como forma de lograr una mejora del servicio que se da en cada país. A su vez se buscó mejorar la sensibilización del personal de salud para que integren enfoques más sensibles al género, edad y pertinencia cultural en su práctica sanitaria. De acuerdo a las entrevistas realizadas en el terreno en los 3 países **se pudo constatar que el tratamiento de los casos de violencia de género respetó estrictamente los principios de confidencialidad**, se prestó atención a las necesidades específicas de mujeres, niñas y poblaciones vulnerables y se implementaron protocolos de atención para supervivientes de violencia sexual que se ajustan a normas nacionales e internacionales.

*C) La VbG como problema de salud pública y los protocolos de actuación ante la VSbG (identificación y respuesta), servicios disponibles y sistemas de referenciación.*

Esta actividad ha servido para fortalecer la atención que se proporciona a las supervivientes de violencia sexual, mejorando el apoyo que se procura a las mujeres en las 72 horas posteriores a la agresión. Durante esta formación se ha explicado detenidamente las acciones que hay que desarrollar una vez sucedida la agresión: la derivación a la policía; la conservación de las pruebas (no lavarse ni peinarse, guardar la ropa, etc.) el suministro de la profilaxis post-exposición, y las características de la exploración física y psicológica a las supervivientes. A su vez, en el marco de esta formación se han tratado

contenidos relativos a los derechos sexuales y reproductivos y técnicas de planificación familiar dando énfasis a la sexualidad responsable. De acuerdo, a la información obtenida durante la fase de trabajo de campo, una vez puesta en práctica esta formación se han obtenido impactos positivos en las personas titulares de derechos que se expondrán con más detalle en otros apartados (los hombres despliegan una sexualidad más responsable, los progenitores empiezan a planificar medidas de control de la natalidad, las mujeres son más conscientes de sus derechos, etc.).

**En relación a los contenidos de esta actividad también es importante indicar que esta formación ha sido suministrada a las personas promotores de salud por parte de los profesionales en la actividad 2.1, lo que ha servido para mejorar el impacto directo en los titulares de derechos.** En los 3 países, los profesionales en salud han indicado, que, al margen de formaciones de carácter esporádico, no existe ningún programa en capacitación especializada como el que ha aportado Farmamundi con el proyecto. En este sentido, la Estrategia está cubriendo una laguna formativa que no estaba siendo respondida por el gobierno, ni por ONGs locales. (en los dos territorios visitados la ayuda externa está desapareciendo progresivamente, lo cual es un problema añadido).

### **A1.3 Recopilación, revisión y difusión de documentos de protocolos de actuación, sistematización y/o buenas prácticas**

Durante la ejecución del proyecto se ha realizado una revisión de los protocolos de actuación gubernamentales en materia de SSR, SMI y VsbG, y de los formularios de recopilación de información asociados a esos protocolos. Este trabajo ha servido para mejorar los esfuerzos que se hacen desde la administración pública en la atención a la población, lo que pone en evidencia la complementariedad de la estrategia con los programas nacionales.

Un primer resultado de eficiencia de la ejecución de esta actividad ha sido hacer más efectivos en términos de tiempos, movilización de recursos, y aplicación de formularios la ejecución de los protocolos. De esta forma, se han confirmado los pasos indispensables de cada protocolo, se han concentrado y simplificado algunos formularios, así como se han establecidos reglas concretas para los diagnósticos físicos y psicológicos y para la derivación.

En cada país se han revisado los siguientes protocolos:

- **Kenia:** Protocolo preservación y prescripción de medicamentos; y protocolo para la recepción, atención y referenciación de supervivientes de VsbG. Esta revisión se ha realizado en colaboración con el Condado de Nairobi y el Subcondado de Kasarani.
- **Uganda:** Protocolo de Gestión de Medicinas; y Protocolo de atención y referencias a supervivientes de la VsbG, que se ha realizado bajo la supervisión de la OPM, y las principales organizaciones que operan en Kyaka II.
- **RDC:** Protocolo de atención y derivación de supervivientes de violencia sexual; y protocolo de almacenamiento, gestión y prescripción racional de medicamentos. Esta revisión se ha realizado en colaboración con el Ministerio de Salud de la RDC y las estructuras sanitarias locales en la zona de Salud de Beni. La revisión de estos protocolos se llevó a cabo con la participación de diversos actores, incluyendo personal sanitario, consejeros, psicólogos y líderes comunitarios. La implementación fue supervisada por PPSSP y Farmamundi, en coordinación con las autoridades sanitarias locales y los centros de salud beneficiarios del proyecto en las áreas de Boikene, Kasabinyole, Mabolio y Bundji

Durante la fase de trabajo de campo se identificaron **algunos elementos que afectan a la eficacia en la gestión de los protocolos en los 3 países**, y que son los siguientes:

- **El número de supervivientes de VSbG sigue siendo porcentualmente bajo**, en los 3 países son todavía pocas las mujeres que se atreven a expresar las agresiones que han padecido. Esto lleva a la

necesidad de incrementar las técnicas de identificación de supervivientes, así como las preguntas de identificación que realizan las promotoras de salud.

- **Las visitas domiciliarias y el acercamiento a través de las brigadas** deben incrementarse para identificar a más supervivientes y ampliar así el ámbito de reclutamiento del proyecto.
- Se deberían crear **protocolos específicos para dar un mejor seguimiento a niños, niñas y adolescentes**, en relación a la vacunación y a la referenciación de casos de violencia.
- **Desafíos logísticos:** En ocasiones, la falta de transporte adecuado dificulta que las supervivientes de violencia sexual accedan a los servicios de atención dentro del plazo recomendado de 72 horas.
- **En RDC la falta de aplicaciones informáticas** para el registro y seguimiento de casos ralentiza la transmisión de informes y dificulta la gestión eficiente de la atención.
- **Necesidad de atención integral:** Los protocolos actuales no incluyen componentes de reintegración socioeconómica y apoyo jurídico para las supervivientes de violencia sexual, lo que limita la eficacia de la intervención a largo plazo.
- **Falta de formación específica para las fuerzas del orden:** Se identificó la necesidad de formar a la policía en el manejo de casos de violencia sexual para mejorar la confianza en la confidencialidad de los servicios y aumentar las denuncias.

**A1.4 Atención psico-sanitaria adaptada al perfil de la población desplazada/refugiada con énfasis en la SSR (tanto en estructuras de salud como a través de dispositivos móviles y/o brigadas médicas) y referenciación de casos para la atención legal y/o socioeconómica.**

La atención psico-sanitaria a la población desplazada/refugiada es uno de los ejes más relevantes de la estrategia y se ha realizado a través de diferentes acciones: la atención que se dispensa en los centros de salud, las brigadas médicas (en Uganda y Kenia), los grupos de atención psicoterapéutica y el apoyo legal que se ha proporcionado a las supervivientes.

A continuación, se explican los principales resultados de la eficacia de esta actividad, organizados por tipo de acción:

- **Brigadas médicas:** Esta acción basa su eficacia en la posibilidad de reunir en un solo día a un numeroso grupo de personas titulares, que son atendidas integralmente. Es una estrategia de acercamiento a la población destinataria que ha alcanzado a **14.661 personas, en su mayoría mujeres y niños**. En esta jornada se someten a diagnósticos médicos, pueden realizarse test médicos, y reciben medicamentos y suplementos nutricionales. Además, sirve para la conformación de los grupos de apoyo psicosocial. Durante las brigadas las mujeres son identificadas para formar estos grupos, que se celebran en lugares cercanos a las viviendas de las asistentes.
- **Los grupos de apoyo psicosocial es una práctica de éxito** dada la inminente necesidad que tienen las supervivientes de VSbG de recibir terapia. En los 3 países se han formado estos grupos que proporcionan un servicio de psicoterapia profesional. Durante la fase de trabajo de campo se ha constatado que durante las sesiones se aplican diferentes técnicas (Gestalt, terapias analíticas cognitivas, etc.) que tienen un impacto positivo entre las mujeres, quedando reducidas, sin embargo, al apoyo a la fase terapéutica. Al respecto se ha solicitado que en próximos proyectos se les pueda apoyar en la fase de tratamiento, seguimiento y rehabilitación.
- **La atención legal para el acompañamiento a las supervivientes** se ha centrado en la derivación legal en los 3 países. En el caso de Kenia y RDC se ha colaborado con organizaciones expertas en el ámbito

legal, como Kituo cha Seria y el Consorcio de Abogados, respectivamente. En Uganda ha tenido especial impacto el acompañamiento de las supervivientes a la policía por parte de una abogada de AHA, lo que ha permitido dar continuidad a los denuncias que se han interpuesto antes los tribunales.

- **Los profesionales de la salud expresaron la necesidad de más formación en atención psicosocial y gestión del estrés.** La logística representó otro obstáculo, con problemas de transporte que dificultaban el acceso de las supervivientes a los servicios dentro del plazo recomendado de 72 horas. En el caso de RDC, a escasez de recursos humanos y materiales limitó la capacidad de proporcionar una atención psicológica continua y de calidad. Se mencionó la necesidad de ampliar los servicios de terapia de grupo y de mejorar el seguimiento a largo plazo de las beneficiarias.

### &3. Dimensión-Resultado:

Tabla 4. Cuadro de cumplimiento de indicadores del R1

| INDICADOR ESPERADO                                                                                                                                                                                                                                                                                    | I. ESPERADO                                                                                                                                                                                                                                                                        | % CUMPLIMIENTO DEL I. ESPERADO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| IOV.RE1.1. Las 9 estructuras sanitarias, cuentan con tratamientos oportunos para al menos 14.000 personas refugiadas (el 70% mujeres y menores de 5 años se encuentran mejor preparadas ante las necesidades de SSR, salud materno-infantil, VbG y enfermedades infecto-contagiosas como el COVID-19. | Las 9 estructuras sanitarias cuentan con tratamientos oportunos para al menos 20.747 personas refugiadas (el 76% mujeres y menores) y se encuentran mejor preparadas ante las necesidades de SSR, salud materno-infantil, VbG y enfermedades infecto-contagiosas como el COVID-19. | 148,17%                        |
| IOV.RE1.2. Las estructuras sanitarias garantizan la disponibilidad y conocimiento de 9 protocolos de actuación analizados y difundidos sobre gestión de medicamentos y atención a supervivientes de VSbG.                                                                                             | Al finalizar el proyecto, las estructuras sanitarias garantizan la disponibilidad y conocimiento de 9 protocolos de actuación analizados y difundidos sobre gestión de medicamentos y atención a supervivientes de VSbG                                                            | 100%                           |
| IOV.RE1.3. Finalizado el proyecto, el 75% de personal sanitario (45 personas) participante de las capacitaciones manifiesta integrar enfoques más sensibles al género, edad y pertinencia cultural en su práctica sanitaria.                                                                          | El 91,9% del personal sanitario (50 personas) participante de las capacitaciones manifiesta integrar enfoques más sensibles al género, edad y pertinencia cultural en su práctica sanitaria.                                                                                       | 122,53%                        |

Fuente: FFVV

### Factores Relevantes de la Eficacia del Resultado 1.

- Se han realizado todas las actividades asignadas al resultado 1 y se han alcanzado todos los indicadores con porcentajes superiores a los previstos.
- Se ha fortalecido la estructura sanitaria en la respuesta humanitaria para cubrir las necesidades en salud sexual y reproductiva de la población migrante y refugiada.
- Las mujeres desplazadas y refugiadas son conocedoras y valedoras de sus derechos en salud sexual y reproductiva.
- Se ha logrado la instalación de capacidades en la respuesta humanitaria con enfoque de género

Tras el proceso evaluativo se puede confirmar que se ha alcanzado el Resultado Esperado 1 del proyecto, sus indicadores de cumplimiento, así como han sido ejecutadas todas sus actividades

### 5.1.3 EFICACIA EN CUMPLIMIENTO DEL RESULTADO 2

El resultado 2 cuenta con 3 indicadores de cumplimiento referentes al empoderamiento de estructuras comunitarias como enlaces efectivos entre la población titular de derechos y el sector salud; focalizado fundamentalmente en la asistencia técnica, combina acciones de prestación directa de servicios y distribución de productos básicos.

**Tabla 5. Resultado Esperado 2 e Indicadores**

| RESULTADO ESPERADO R2 | IOV.RE2.1. El 75% de las 114 personas referentes comunitarias que participan en los módulos formativos, afirman estar capacitadas y garantizan la puesta en práctica de actividades de sensibilización adecuadas en relación a la SSR, prevención y detección temprana de VS/VbG, así como divulgación de los servicios de atención integral a supervivientes de VSbG. |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | IOV.RE2.2. Al menos 2.794 personas mejoran su salud a través del acceso a provisiones básicas y artículos de socorro.                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       | IOV.RE2.3. Finalizado el proyecto, al menos 17.400 personas (10.620 mujeres) se benefician de las sesiones de sensibilización sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades infecto-contagiosas, SSR y mecanismos de prevención, detección y respuesta a supervivientes de VSbG.                                                                             |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Fuente: MPP

**&1. Diseño:** Los indicadores para evaluar el resultado 2 se consideran válidos dado que sirven para valorar la sensibilización del derecho a la salud e incorporación de las redes comunitarias.

**&2. Proceso:** Durante la ejecución del proyecto se desarrollaron 4 tipos de actividades para lograr el resultado 2 y los indicadores propuestos en la matriz de planificación, que se describen en el siguiente cuadro y que han sido cumplidos en su totalidad.

**Tabla 6. Cuadro de cumplimiento de Actividades del R2**

| ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| A2.1 Formación a personas referentes a nivel comunitario (fundamentalmente, líderes/líderesas, promotores/as de salud comunitaria, defensoras de género) en las tres localidades de RDC, Uganda y Kenia                                                                                                                                                                                        | 100%                       |
| A2.2 Realización de un análisis de capacidades y vulnerabilidades con enfoque de género, edad y diversidad de la población afectada por la crisis humanitaria de la zona para entregar provisiones básicas como parte de la respuesta: mosquiteras impregnadas de insecticida, kits de la dignidad, kits de higiene menstrual, semillas y/o complementos nutricionales, lámparas solares, etc. | 100%                       |
| A2.3 Realización por parte de la red comunitaria (o referentes clave) de acciones de promoción del derecho a la salud (con énfasis en los DSR) y la prevención de la VSbG como un problema de salud pública y derechos humanos en puntos clave (de encuentro, colegios, iglesias, etc.).                                                                                                       | 100%                       |
| A2.4 Elaboración de materiales de sensibilización y difusión para mejorar la información sobre los servicios de SSR entre población joven/edad fértil en las tres localidades (con especial referencia a la atención de urgencia a la VSbG antes de las 72 horas postagresión).                                                                                                                | 100%                       |

Fuente: FFVV

**A2.1 Formación a personas referentes a nivel comunitario (fundamentalmente, líderes/líderesas, promotores/as de salud comunitaria, defensoras de género) en las tres localidades de RDC, Uganda y Kenia:**

De marzo a abril de 2022 en los 3 países, y en marzo de 2023 en Kenia, se ha formado a un total de 115 personas de la comunidad local (67 mujeres) con una participación elevada de personas que se han desempeñado como promotores de salud comunitaria (Community Health Promoters en Kenia; Village health teams en Uganda, Relais Comunitarios en RDC). Durante esta formación se ha buscado fortalecer las capacidades de sensibilización de las personas referentes comunitarias en las zonas de intervención de los 3 países, centrándose los contenidos en la promoción de igualdad de género, la atención de casos de VsbG, prevención de enfermedades infecto-contagiosas y la reducción del estigma.

La metodología de formación aplicada durante estos cursos ha sido valorada positivamente por parte de las personas asistentes, dado que se han combinado aspectos teóricos y aspectos prácticos de formación, alternándose presentaciones, con trabajos en grupo, estudios de caso, etc. Esta formación es especialmente importante porque las personas promotoras de salud y los líderes comunitarios de los 3 países son locales, es decir, que, por su proximidad a las personas titulares de derechos, tienen una gran capacidad para identificar sus problemáticas e implicarles mejor en la estrategia. A su vez, se han identificado que las personas promotoras todavía son capaces de identificar mayor número de enfermedades, así como conocer mejor los protocolos de salud que se implementan en los 3 países.

#### **A2.2 Realización de un análisis de capacidades y vulnerabilidades con enfoque de género, edad y diversidad de la población afectada por la crisis humanitaria de la zona para entregar provisiones básicas como parte de la respuesta: mosquiteras impregnadas de insecticida, kits de la dignidad, kits de higiene menstrual, semillas y/o complementos nutricionales, lámparas solares, etc.**

Entre las mujeres supervivientes de violencia sexual y/o mujeres embarazadas de mayor vulnerabilidad se han repartido un total de 420 kits de dignidad. De acuerdo a la encuesta para la valoración de la satisfacción de las mujeres se han obtenido resultados positivos en un 100%. Esta circunstancia pone en evidencia la idoneidad de los productos entregados, así como la extrema necesidad que tienen de los mismos las mujeres y sus familias. Esta valoración positiva también se ha constatado durante la fase de trabajo de campo. A su vez, el reparto de kits de dignidad es todavía escaso para las necesidades que tienen las mujeres, que se encuentra carentes de recursos básicos como jabón, kits de higiene menstrual reutilizables, mosquiteras y linternas (este último producto en el caso de Uganda).

Previo al reparto de los kits de dignidad en los 3 países se ha realizado un diagnóstico de capacidades y vulnerabilidades para la identificación de los grupos de mujeres más vulnerables. A su vez se ha cumplido con las características que cada kit de seguridad debe de tener en cada país, respetándose la especificidad propia de cada contexto. Por ejemplo, en Uganda se han repartido mosquiteras dado que la principal causa de morbilidad en Kyaka II es la malaria; también se han entregado linternas para que las mujeres se puedan sentir más protegidas en los amplios espacios sin vigilancia del campo. En Kenia el kit de dignidad ha tenido que ser complementado con productos para la potabilización del agua, dada la incidencia de las enfermedades causadas por la contaminación del agua.

#### **A2.3 Realización por parte de la red comunitaria (o referentes clave) de acciones de promoción del derecho a la salud (con énfasis en los DSR) y la prevención de la VSbG como un problema de salud pública y derechos humanos en puntos clave (de encuentro, colegios, iglesias, etc.).**

Durante la ejecución de la estrategia la red comunitaria formada por promotores de salud, defensoras de género (en Uganda han distinguido entre promotores de salud y defensoras de género-gender defenders) y líderes/as comunales han sensibilizado a un total de 100.723 personas titulares de derecho, entre las que se incluyen 71.112 mujeres (71% sobre el total). Dentro de esta actividad es importante resaltar la variedad de acciones que han ejecutado principalmente las personas promotoras de salud y defensoras de género, a través de visitas domiciliarias, durante el despliegue de las brigadas médicas, y en los diálogos comunitarios y durante la celebración de día conmemorativos.

**En relación a esta actividad es relevante indicar el trabajo que pueden realizar los jóvenes y sus organizaciones para la prevención de la violencia.** Durante la fase de trabajo de campo se comprobó la capacidad que disponen la juventud del barrio de Kasarani para sensibilizar a otros vecinos y para identificar los ámbitos de mayor riesgo para las jóvenes. De esta forma, se describieron espacios y circunstancias de mayor incidencia de la violencia sexual, entre ellas, las siguientes: jóvenes que realizan trabajo doméstico en el vecindario y que son agredidas en el mismo lugar de trabajo, jóvenes de escasos recursos que son presionadas por los perpetradores a mantener relaciones sexuales a cambio de ropa o pequeñas cantidades de dinero; mujeres que se ven obligadas a ejercer la prostitución por motivos de penuria económica, así como la violencia sexual que ejercen las bandas criminales de jóvenes que operan en Kasarani. Junto a la identificación estas problemáticas, las organizaciones de jóvenes son valiosas en su capacidad para introducirse en el conjunto de otras asociaciones y grupos en los que participan las y los jóvenes: clubes de fútbol, iglesias, grupos de música, etc.

De forma complementaria al anterior punto, **el equipo evaluador considera muy importante indicar que la violencia contra las mujeres no sólo es una circunstancia que les afecta durante su permanencia en el RDC o durante su huida de las zonas de conflicto.** Al contrario, tanto en Beni como en Kenia y Uganda, sigue siendo muy elevados los casos de VSbG, especialmente entre las mujeres más jóvenes y las menores. A pesar de los avances obtenidos por la estrategia, a modo de ejemplo, se puede citar que los casos de violaciones en Kyaka II siguen sucediéndose, tanto en las inmediaciones del campo por parte de población local, como por parte de los vecinos del campo. Las violaciones de niñas y adolescentes suelen perpetrarse cuando las madres se encuentran fuera de casa, y las niñas son atacadas por los vecinos. Muchas mujeres adultas solas suelen ser agredidas por vecinos o forzadas a realizar tareas domésticas para ellos. A su vez, existen grupos específicos de pobladores del campo, como es el caso de personas de la etnia “banabwisha” procedente de Ruanda, que no permite la participación de mujeres en ningún proyecto de prevención de la VsbG y que practica habitualmente el matrimonio infantil. Por lo tanto, en relación a la VsbG la presente estrategia ha logrado una contención de este fenómeno y ha mejorado la conciencia sobre los DDHH de la mujer, pero parece preciso que amplíe la cobertura del proyecto, identificando a lideresas congoleñas y de otras nacionalidades que puedan incursionar en grupos de mujeres especialmente excluidas que son víctimas de violencia en la actualidad.

#### **A2.4 Elaboración de materiales de sensibilización y difusión para mejorar la información sobre los servicios de SSR entre población joven/edad fértil en las tres localidades (con especial referencia a la atención de urgencia a la VSbG antes de las 72 horas post-agresión).**

Durante la ejecución del proyecto se ha elaborado material de difusión para dar conocer la atención en las 72 horas post-agresión y para ayudar a reflexionar sobre los derechos sexuales y reproductivos. En Kenia se ha constatado que los carteles informando de las acciones a tomar tras una agresión han sido colocados en lugares visibles del centro de salud de Kasarani, y en la sala donde atienden a personas jóvenes. Además, en este país se han confeccionado carteles con frases alusivas a los derechos sexuales y reproductivos, y a circunstancias relativas a las VBG, que han tenido utilidad para facilitar el debate y discusión sobre estos temas. En Uganda los materiales se han elaborado tras consultar con las diferentes organizaciones colaboradoras Oxfam, MTI, Alight, Save the Children y Cruz Roja Internacional y se han traducido al swahili. En RDC, se elaboraron y distribuyeron materiales de sensibilización con alcance limitado, incluyendo “boîtes à images”,<sup>1</sup> folletos y carteles, utilizados en sesiones comunitarias y colocados en estructuras de salud. Los temas abarcaban violencia contra la mujer, acoso sexual y consecuencias del aborto. Se produjo material radiofónico para Grâce FM, con 69 emisiones sobre salud sexual y reproductiva, prevención de violencia, masculinidades positivas y planificación familiar. También se utilizaron imágenes con textos explicativos para personas vulnerables en estructuras de salud, enfocadas en planificación familiar y salud sexual de jóvenes, especialmente prevención del embarazo adolescente. Sin embargo, también se propuso la necesidad

<sup>1</sup> “Cajas de imágenes”. Son herramientas educativas visuales utilizadas en las sesiones de sensibilización. Contienen imágenes acompañadas de breves textos explicativos sobre temas como planificación familiar, salud sexual y reproductiva, y prevención de violencia sexual.

de ampliar la distribución en comunidades y lugares concurridos. Aunque no se proporciona información sobre costos, se señaló la insuficiencia de materiales y la necesidad de mayor difusión, en contraste con la visibilidad lograda en Kenia.

**&3. Dimensión-Resultado:** En relación con la Dimensión Resultado, la siguiente tabla muestra una comparativa entre el indicador esperado incluido en la matriz de planificación, el indicador que finalmente se han obtenido tras la ejecución del proyecto, y el porcentaje de cumplimiento.

**Tabla 7. Cuadro de cumplimiento de indicadores del R2**

| INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | I. ESPERADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | % CUMPLIMIENTO DEL I.ESPERADO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| IOV.RE2.1. El 75% de las 114 personas referentes comunitarias que participan en los módulos formativos, afirman estar capacitadas y garantizan la puesta en práctica de actividades de sensibilización adecuadas en relación a la SSR, prevención y detección temprana de VS/VbG, así como divulgación de los servicios de atención integral a supervivientes de VSbG. | El 100% de las 115 personas referentes comunitarias que participan en los módulos formativos, afirman estar capacitadas y garantizan la puesta en práctica de actividades de sensibilización adecuadas en relación a la SSR, prevención y detección temprana de VS/VbG, así como divulgación de los servicios de atención integral a supervivientes de VSbG. | 100,88%                       |
| IOV.RE2.2. Al menos 2.794 personas mejoran su salud a través del acceso a provisiones básicas y artículos de socorro.                                                                                                                                                                                                                                                  | 5.923 personas mejoran su salud a través del acceso a provisiones básicas y artículos de socorro.                                                                                                                                                                                                                                                            | 211,99%                       |
| IOV.RE2.3. Finalizado el proyecto, al menos 17.400 personas (10.620 mujeres) se benefician de las sesiones de sensibilización sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades infecto-contagiosas, SSR y mecanismos de prevención, detección y respuesta a supervivientes de VSbG.                                                                             | Al finalizar el proyecto, 100.723 personas (71.112 mujeres) han participado en las sesiones de sensibilización sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades infecto-contagiosas, SSR y mecanismos de prevención, detección y respuesta a supervivientes de VSbG.                                                                                  | 948,43%                       |

Fuente: FFVV

#### **Factores Relevantes de la Eficacia del Resultado 2.**

- Se ha realizado todas las actividades y se ha alcanzado los indicadores de cumplimiento. En el caso de las acciones de sensibilización se ha logrado alcanzar a mucha más población de la esperada.
- La formación a personas referentes comunitarios ha sido especialmente importante porque los promotores de salud y los líderes comunitarios son personas, que tienen una gran capacidad para identificar enfermedades, casos de VSbG, y para lograr implicar a la población en la estrategia.
- Los kits para las mujeres supervivientes de violencia de género han tenido un importante impacto para dignificar su vida en aspectos cotidianos. La posibilidad de poder disponer de una correcta higiene personal para ellas y para sus familias está contribuyendo a una mejora de su salud psicológica.
- Se han elaborado los materiales de sensibilización y difusión para mejorar la información sobre los servicios de SSR.
- La estrategia la red comunitaria formada por las personas promotoras de salud, defensoras de género y líderes/lideresas comunales han sensibilizado a un total de 100.723 titulares de derecho, entre las que se incluyen 71.112 mujeres.

**Tras el proceso evaluativo se puede confirmar que se han alcanzado el Resultado Esperado 2 del proyecto, un porcentaje superior al 100% de los indicadores de cumplimiento, así como han sido ejecutadas todas sus actividades**

## 5.1.4 EFICACIA EN CUMPLIMIENTO DEL RESULTADO 3

El resultado 3 cuenta con 3 indicadores de cumplimiento referentes al monitoreo e incidencia de políticas locales para asegurar la apropiación del derecho a la salud y a una vida libre de violencias; incluye acciones de asistencia técnica para mejorar la apropiación del derecho a la salud y una vida libre de violencias, ayudando a las personas a reivindicar sus derechos.

**Tabla 8. Resultado Esperado 3 e Indicadores**

| RESULTADO ESPERADO R3                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mecanismos de monitoreo de políticas, programas y documentos programáticos frente a la VSbG y el DAS (incluidos los DSR) en situaciones de crisis humanitarias se han fortalecido (tanto a nivel local como regional e internacional). | IOV.RE3.1. Dotado un análisis de situación sobre la prevención y respuesta a la VSbG y el ejercicio del derecho a la salud.                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                        | IOV.RE3.2. Al menos 3 Planes de Resultados/ Recomendaciones validados para la prevención y respuesta de la VSbG entre los recursos de salud y los clústeres en activo de la zona. Desglosado por territorio. |
|                                                                                                                                                                                                                                        | IOV.RE3.3. Articulado un plan de difusión/incidencia a escala local e internacional para la promoción de los DSR.                                                                                            |

Fuente: MPP

**&1. Diseño:** Los indicadores para evaluar el resultado 3 se consideran válidos medir el fortalecimiento de los mecanismos de monitores de políticas, programas y documentos capacidad de identificación y respuesta de casos de violencia basada en el género, y la atención psico-sanitaria a mujeres sobrevivientes de violencia.

**&2. Proceso:** Durante la ejecución del proyecto se desarrollaron 4 tipos de actividades para lograr el resultado 3 y los indicadores propuestos en la matriz de planificación, que se describen en el siguiente cuadro y que han sido cumplidos en su totalidad.

**Tabla 9. Cuadro de cumplimiento de Actividades del R3**

| ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| A3.1 Realización de jornadas de capacitación sobre los protocolos de actuación existentes sobre VSbG y DAS con actores clave de la sociedad civil y clústers en activo, así como autoridades competentes en las zonas seleccionadas para asegurar la coordinación en la respuesta.                                                                                              | 100%                       |
| A3.2 Realización de talleres de análisis de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (FODA), adaptados a las tres localidades participantes del proyecto, sobre la prevención y respuesta a la VSbG y el ejercicio del derecho a la salud con las Estructuras de Salud participantes, conjuntamente con la Dirección Provincial de Salud y actores clave comunitarios. | 100%                       |
| A3.3 Elaboración de documentos y materiales de rendición de cuentas basados en evidencias y recogida de testimonios de denuncia sobre el ejercicio de los DSR en las zonas seleccionadas para su difusión local, regional e internacional (entre los materiales se incluye la elaboración de un documental).                                                                    | 100%                       |
| A3.4 Difusión de un documento con resultados y recomendaciones frente a la VSbG y el DAS para tomar decisiones en consecuencia entre las autoridades locales en las tres zonas seleccionadas de RDC, Uganda y Kenia, así como del documental producido en la actividad anterior (A3.3).                                                                                         | 100%                       |

Fuente: MPP

**A3.1 Realización de jornadas de capacitación sobre los protocolos de actuación existentes sobre VSbG y DAS con actores clave de la sociedad civil y clústers en activo, así como autoridades competentes en las zonas seleccionadas para asegurar la coordinación en la respuesta.**

Durante los meses de noviembre y diciembre se desarrollaron en los 3 países sesiones y talleres para el monitoreo de programas y políticas sobre VSbG y DAS con personal de los gobiernos locales y organizaciones que trabajan en el terreno. El principal objetivo de estos talleres fue fortalecer las capacidades locales para la formulación de políticas y programas para prevenir la VS y VbG.

En RDC, se ha realizado un taller para difundir los protocolos existentes en materia de VS y VbG y valorar retos y oportunidades de mejora en este ámbito. En Uganda, se han realizado sesiones de formación sobre los protocolos de actuación en materia de VS y VbG y DAS con socios estratégicos en Kyaka II: MTI, Oxfam, Save The Children, ACNUR. En las jornadas realizadas en Kenia, han participado representantes de ONG del sector protección, salud y VSyVbG, proveedores de servicios como agentes de policía, técnicos de la oficina de justicia del subcondado, agentes sociales del departamento de servicios para la infancia y personal de los centros de salud públicos y privados del subcondado.

**A3.2 Realización de talleres de análisis de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (FODA), adaptados a las tres localidades participantes del proyecto, sobre la prevención y respuesta a la VSbG y el ejercicio del derecho a la salud con las Estructuras de Salud participantes, conjuntamente con la Dirección Provincial de Salud y actores clave comunitarios.**

Los talleres en Kivu Norte, Kyaka II y Nairobi han desarrollado una metodología común a los tres países, para poder analizarlo mejor.

En **Uganda** se realizó un DAFO en relación a la DAS y las VS y VbG, en el que ha participado personal comunitario implicado en estas problemáticas, lo que ha mejorado la concienciación y educación sobre la violencia sexual y de género en la comunidad de población desplazada de Kyaka II, y ha servido para lograr una mayor implicación y apropiación de la comunidad a la hora de abordar la violencia de género.

En la **RDC**, se llevó a cabo un análisis DAFO (SWOT) en las seis estructuras sanitarias beneficiarias del proyecto. Este ejercicio fue crucial para recopilar información detallada sobre los logros, desafíos y recomendaciones basados en el estudio de las áreas de salud en la zona de Salud de Beni. El documento resultante se presentó a nivel local y provincial, estableciendo un plan de seguimiento para las recomendaciones propuestas. La realización de este análisis DAFO puede considerarse una buena práctica en términos de eficacia, ya que proporcionó una base sólida para la toma de decisiones informadas, la mejora de los servicios y la incidencia política. Además, este proceso participativo involucró a diversos actores, fortaleciendo la apropiación local y la sostenibilidad de las intervenciones del proyecto.

**En Kenia ha sido destacable el trabajo realizado por una consultora externa en el que se ha combinado un análisis cuantitativo y cualitativo para la definición de las necesidades de las supervivientes de violencia sexual y la restitución de sus derechos. Este trabajo ha dado lugar al documento "Refugee voices on GBV and SSR Referral Pathway" en el que se establece el marco terminológico; la actualización de los datos cuantitativos y cualitativos; y se establecen unas consecuentes conclusiones y se identifican los retos para los próximos años dirigidos a cada organización.**

**A3.3 Elaboración de documentos y materiales de rendición de cuentas basados en evidencias y recogida de testimonios de denuncia sobre el ejercicio de los DSR en las zonas seleccionadas para su difusión local, regional e internacional (entre los materiales se incluye la elaboración de un documental).**

**En los 3 países se han elaborado diferentes documentos de rendición de cuentas basados en evidencias (análisis DAFO), y testimonios de las titulares de derecho; y a nivel internacional se ha realizado un**

En **Kenia**, HESED ha organizado un taller de validación de los análisis DAFO incluido en el documento de incidencia en Nairobi. Gracias a este encuentro, se ha completado el informe de análisis del sistema de

respuesta a mujeres supervivientes de VS y VbG titulado “Refugee voices on GBV and SSR Referral Pathway”. También se han recogido testimonios de mujeres supervivientes como material de incidencia.

En **Uganda**, la elaboración del documento de incidencia en Kyaka II se ha realizado mediante una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos analizados a través de ATLAS Ti 9.0. En general, el documento refleja los impactos positivos del proyecto en materia de acceso a la salud, la prevención de la VS y VbG, la comprensión entre población refugiada del derecho a la salud y la VS y VbG y la asistencia en SMI.

En **RDC**, se ha contratado a la consultora ATEBADEC para recolectar datos en las estructuras de salud, analizar los informes DAFO y elaborar el documento de incidencia y rendición de cuentas, titulado “Le droit à la santé sexuelle et reproductive: une question de grande importance. Acquis, définis et recommandations. Analyse des six aires de santé dans la zone de santé de Beni”.

**A nivel internacional, se ha realizado la preparación del documental** después de una investigación exhaustiva y profunda de la materia y el contexto, buscando las traducciones locales necesarias. En 2022 se realizó el viaje a terreno para realizar el documental de una técnica de Farmamundi, un cámara y la documentalista Itxaso Díaz a Kenia y Uganda para realizar las entrevistas y grabar planos de recurso para la realización del documental, contando con los testimonios personales que han alimentado el documental. Se contó con los apoyos locales y los permisos necesarios en cada contexto. Posteriormente, se inició la parte del montaje y la edición del documental, puliendo las traducciones, que fue el punto clave a gestionar en terreno ya que estas traducciones han tenido que ser muy exhaustivas para poder transmitir los testimonios en su idioma local, con toda su expresividad.

**A3.4 Difusión de un documento con resultados y recomendaciones frente a la VSbG y el DAS para tomar decisiones en consecuencia entre las autoridades locales en las tres zonas seleccionadas de RDC, Uganda y Kenia, así como del documental producido en la actividad anterior (A3.3).**

Se han realizado acciones de difusión de los resultados y recomendación de frentes a la VSbG. En RDC, Uganda y Kenia, las sesiones han tenido lugar con autoridades locales y provinciales. Todas las sesiones han incluido la presentación de los resultados y recomendaciones recogidos en los documentos de incidencia y rendición de cuentas. Por otro lado, estas sesiones se han realizado en el marco de documentos genéricos a los que debería incorporarse una orientación estratégica constituida por ejes estratégicos, líneas de actuación y acciones prioritarias, y una mayor definición de los actores y recursos materiales para que pudiesen ser considerados como planes de incidencia.

**En la CAE ha existido un plan de difusión correctamente alineado, con una campaña de comunicación del documental adecuadamente articulada** que ha contado diversos canales de difusión como la presentación de festivales, publicación en la web del proyecto, presentación oficial en Bilborock, presentación en centros educativos, presentación en la UPV/EHU, publicaciones de FM, etc.

Hay que destacar la visita de la directora de HESED, Eunice Ngagwe, que participó en la presentación oficial del documental en Bilbao. Asimismo, se ha aprovechado su estancia para realizar visitas institucionales y de incidencia ante organismos públicos vascos como la Agencia Vasca de Cooperación y Solidaridad. La difusión que se ha hecho ha sido extensiva, a través de medios de comunicación e internet. El proyecto ha obtenido 3 premios y han sido seleccionados para 16 festivales. FM ha trabajado desde el inicio para conseguir unos documentales interesantes desde el punto de visto de la sensibilización, respetando el entorno local.

**&3. Dimensión-Resultado:** En relación con la Dimensión Resultado, la siguiente tabla muestra una comparativa entre el indicador esperado incluido en la matriz de planificación, el indicador que finalmente se han obtenido tras la ejecución del proyecto, y el porcentaje de cumplimiento.

**Tabla 10. Cuadro de cumplimiento de indicadores del R3**

| INDICADOR ESPERADO                                                                                                                                                                                           | INDICADOR ESPERADO                                                                                                                                                                         | % CUMPLIMIENTO DEL I. ESPERADO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| IOV.RE3.1. Dotado un análisis de situación sobre la prevención y respuesta a la VSbG y el ejercicio del derecho a la salud.                                                                                  | Se han realizado análisis de situación sobre la prevención y respuesta a la VSbG y el ejercicio del derecho a la salud en los 3 países de intervención.                                    | 100%                           |
| IOV.RE3.2. Al menos 3 Planes de Resultados/ Recomendaciones validados para la prevención y respuesta de la VSbG entre los recursos de salud y los clústeres en activo de la zona. Desglosado por territorio. | Se han elaborado 3 Planes de Resultados/ Recomendaciones validados para la prevención y respuesta de la VSbG entre los recursos de salud y los clústeres en activo de la zona, 1 por país. | 100%                           |
| IOV.RE3.3. Articulado un plan de difusión/incidencia a escala local e internacional para la promoción de los DSR.                                                                                            | Al finalizar el proyecto, se ha articulado e implementado un plan de difusión/incidencia a escala local e internacional para la promoción de los DSR.                                      | 100%                           |

Fuente: FFVV

### Factores Relevantes del Resultado 3.

- Se han realizado todas las actividades del resultado y se han cumplido todos los indicadores esperados.
- Se han implementado sesiones y talleres, que han fomentado el diálogo e intercambio con representantes de la sociedad civil, factor clave para la coordinación en cada uno de los territorios
- Los talleres realizados en Kivu Norte, Kyaka II y Nairobi han tenido una metodología participativa común a los tres países, trabajando a través de un DAFI en relación con de DAS y las VSyVbG.
- Un aspecto clave para la rendición de cuentas ha sido la elaboración de documentos y materiales basados en evidencias y recogida de testimonios de denuncia sobre el ejercicio de los DSR.
- Las sesiones de difusión del documental en los 4 territorios: RDC, Uganda, Kenia y País Vasco, ha servido para llegar a una gran población, contando con participación de las autoridades locales y provinciales.

Tras el proceso evaluativo se puede confirmar que se han alcanzado el Resultado Esperado 3 del proyecto, sus indicadores de cumplimiento, así como han sido ejecutadas todas sus actividades

### 5.1.5 EFICACIA EN CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES TRANSVERSALES

**Actividad AT.1. Realización de un diagnóstico riguroso - línea de base de la situación de la SSR de las estructuras de salud implicadas, para aportar las evidencias de partida a los indicadores propuestos y medir su evolución y el impacto previsto por el proyecto.**

Desde febrero a abril de 2022 se realizó el levantamiento de una línea de base que contó con cuatro fases de capacitación del equipo operativo y elaboración de herramientas; desarrollo de grupos focales y entrevistas en profundidad; análisis de datos; y redacción de un informe final. En este informe identifican los valores iniciales de la matriz de marco lógico y se establecen conclusiones sobre el contexto y el sector sanitario de cada país.

**Actividad AT.2. Acciones de seguimiento y monitoreo por parte del equipo responsable (incluida la presentación de informes)**

Durante la ejecución del proyecto los equipos de las socias locales han realizado acciones de seguimiento y monitoreo de los indicadores de la línea de base, que han recogido los diferentes grupos

de datos cuantitativos y cualitativos del terreno. Asimismo, se han obtenido todos los datos para realizar los informes de seguimiento técnicos y económicos para la justificación técnica y presupuestaria ante la AVCS. Estos informes han sido adaptados y consolidados para por el equipo en sede de FM. A lo largo de la ejecución de esta estrategia se han elaborado **21 informes trimestrales -7 por país-**, a través de reuniones de coordinación semanales en el inicio del proyecto que han permitido mejorar la implicación de las socias en la estrategia y la toma de decisiones de forma consensuada.

#### **Actividad AT.3. Acciones de formación interna de los equipos de gestión y manejo de la EAH (fortalecimiento de capacidades interna) e intercambio de experiencias.**

Con objeto de fortalecer las capacidades del equipo de sede y de las socias locales se han desarrollado **módulos formativos facilitados por la consultora externa Sanart** a) enfoque de atención biopsicosocial y diferencial en los servicios de salud sexual y reproductiva y violencia sexual; b) salud comunitaria; c) seguimiento, evaluación, gestión del conocimiento y rendición de cuentas; y d) enfoques transversales de género, derechos humanos y enfoque antropológico. También se han realizado sesiones para la identificación de **buenas prácticas organizados por Sanart, que desarrollaron a través de 4 encuentros vía online y un encuentro internacional en Kampala del 6 al 10 de noviembre de 2023.**

Los encuentros online sirvieron para generar un espacio de reflexión y mecanismos de identificación de buenas prácticas del trabajo realizado por las socias locales; y para sistematizar buenas prácticas generadas durante el proceso. En el encuentro final de Uganda, PPSSP, AHA, Emesco y HESED, así como el equipo de Sanart y de FM se realizaron presentaciones de expertas locales, buenas prácticas y espacios de puesta en común. Este encuentro fue muy bien valorado por el personal de las socias, y concluyó con una sistematización de experiencias que debería servir para la formulación de otras estrategias. Las asistentes valoraron que junto a la oportunidad que tuvieron para mostrar el trabajo que habían realizado, y aprender de los compañeros de otros países, se desarrolló un debate sobre temas de interés común: ¿Cómo dar una respuesta sostenible en el tiempo a las personas refugiadas? ¿cómo recopilar datos de forma efectiva? Los 5 encuentros dieron lugar al informe “la salud sexual y reproductiva y las violencias basadas en género y sexual en la población desplazada en RDC, Kenia y Uganda” que incluye una sistematización de buenas prácticas. Este documento se considera valioso en la identificación de aprendizajes compartidos y de los principales retos para un futuro.

#### **Actividad AT.4. Participación Comunitaria y Rendición de Cuentas**

En cada uno de los países se ha elaborado un Plan de Rendición de Cuentas, que ha incluido la socialización de resultados y la rendición de cuentas con 507 personas (193 en Kenia, 112 en Uganda, 203 en RDC) entre los que se incluye personal médico, líderes y lideresas y promotoras y así como las personas titulares de derechos. La estrategia transversal de Participación y Rendición de Cuentas se relaciona con la campaña de promoción del derecho a la salud y la prevención de la VSbG como un problema de salud pública y derechos humanos que ha tenido un importante impacto en los titulares de derechos por el elevado número de personas que han podido participar. Además, las socias realizan un importante trabajo de PRC en las reuniones con líderes y lideresas locales y en espacios de coordinación con otros agentes (clusters).

#### **Actividad AT.5. Auditoría externa**

Durante el primer semestre de 2024 se ha realizado el proceso de auditoría, concedido a una empresa inscrita en el ROAC. La AVCS fue informada, de acuerdo a su normativa, sobre la empresa seleccionada (Juan Carlos Tomas Auditores) y su propuesta técnica

#### **Actividad AT.6. Evaluación externa de la EAH**

Desde septiembre de 2023 se inició un proceso de licitación para la evaluación externa final, que fue concedido a este grupo consultor que realizó el proceso evaluativo desde noviembre de 2023 a agosto de 2024.

## 5.2 ADECUACIÓN Y PERTINENCIA

En el presente apartado se valoran los criterios de adecuación y pertinencia, evaluando el grado en el que las actividades humanitarias de la intervención se adaptan a las necesidades locales,

**&1. Diseño:** Tras el análisis de los documentos de diseño de la estrategia se puede confirmar que la estrategia responde a necesidades inminentes y escasamente respondidas en la atención psico-sanitaria de la población más vulnerable afectada por el conflicto del RDC, mayoritariamente mujeres. Junto a necesidades específicas de cada país, se advierte la orientación general a responder carencias que existen en la atención a mujeres supervivientes de VSbG, y a la prevención de las violencias en el lugar de desplazamiento (Kivu Norte) o en la sociedad de destino (Kenia y Uganda).

La adecuación y pertinencia de la estrategia también parte de la experiencia de trabajo conjunto de FM con las socias locales en anteriores proyectos y de la elaboración de un diagnóstico participativo que dio lugar al levantamiento de una línea de base. En este informe se describen problemáticas relativas a la SSR, SMI y VSbG que afectan a las mujeres del barrio Kasarani, el campo de Kyaka II y las mujeres desplazadas en Kivu Norte. Estas problemáticas (ruptura de stock de medicamentos, escasez de recursos humanos y técnicos para la atención psico-sanitarias, etc.) han servido para **conformar la lógica interna del marco lógico de la intervención de una forma coherente y relevante en relación al contexto de la intervención.**

A su vez, en la propia formulación del proyecto se previeron otros diagnósticos que sirven para profundizar en la adaptación de la estrategia a las necesidades locales: el diagnóstico de capacidades y vulnerabilidades de los dispensarios de salud (A.1.1), diagnóstico con enfoque de género, edad y diversidad para entregar provisiones básicas; y A.2.2); la realización de talleres de análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, y amenazas (FODA).

**&2. Proceso:** Tras el proceso evaluativo se puede confirmar que las actividades realizadas son pertinentes para la consecución del objetivo específico. Se han realizado acciones de capacitación, provisión de medicamentos y productos necesarios para el cuidado psico-sanitario, de atención sociológica y legal, para facilitar la coordinación y articulación de las respuestas en conjuntos entre los diferentes agentes (revisión de protocolos, identificación de necesidades, etc.) y de participación y rendición de cuentas. Todas estas actividades se considera que son pertinentes para la consecución del objetivo específico del proyecto.

En la adecuación de la estrategia también es valorable la respuesta a necesidades específicas de cada contexto (por ejemplo, problemas de agua en Kenia, brote de cólera en Uganda) con la consideración de problemas comunes, a los que se pretende aportar una solución compartida por las socias de los 3 países. En la construcción de esta propuesta de respuesta común y compartida a problemas similares ha ayudado la organización de 4 sesiones de identificación de buenas prácticas y el Encuentro de Kampala en noviembre de 2023. De acuerdo a la opinión de los participantes de las socias locales en el Encuentro se reflexionó sobre cómo encontrar una solución consensuada al futuro de las personas refugiadas, se compartieron buenas prácticas replicables en los 3 territorios, así como se alineó a las socias con el modelo de intervención diseñado en el marco del proyecto.

En relación a la adecuación se considera importante indicar 3 procesos identificados durante la fase de trabajo de campo:

- **Es pertinente que la ayuda que se aporta en los grupos de apoyo psicológico en los 3 países no quede solo en la fase terapéutica, sino también en la fase de tratamiento y rehabilitación.** Esto implicaría aumentar el número de profesionales en psicología que atienden estos casos, y apoyarlas con más formación técnica para la aplicación de técnicas concretas.
- **La participación de hombres en las actividades de sensibilización todavía se constituye en un reto.** Aunque en los 3 países se incentiva la participación de las parejas de las mujeres y de los jóvenes varones, el personal técnico local (trabajadoras/es sociales, técnicos/as de salud, etc.) consideran que es necesario fomentar su participación diseñando actividades específicas. Asimismo, el equipo de ACNUR en Uganda ha propuesto la posibilidad de crear grupos de apoyo psicológico a hombres. Por la visita a los territorios de ejecución se ha constatado que la implicación de los hombres en los procesos de recuperación de sus parejas tiene un efecto positivo para los dos. En este sentido, en la RDC, por ejemplo, se menciona por parte de los beneficiarios que se notó un aumento en la participación de los hombres en las consultas prenatales y en la atención a las mujeres embarazadas, lo cual también fue considerado un indicador positivo del cambio de actitud en la comunidad.
- **En Kenia y en Uganda existen grupos de jóvenes a los que se podría formar en acciones de fortalecimiento organizativo,** para así mejorar el funcionamiento de sus organizaciones, y orientarlas a la atención socio-sanitaria. Los jóvenes realizan un trabajo muy importante tanto en Kasarani (especialmente en el barrio de Mwiki) como en el campo de Kyaka II realizando acciones de acompañamiento a las mujeres jóvenes más vulnerables, e involucrándose en la actividad de instituciones cercanas a la población (escuelas, iglesias y grupos religiosos, clubes deportivos, asociaciones de barrio, grupos musicales, etc.). De esta forma, gracias a los jóvenes el proyecto estaría capitalizando en instancias muy próximas a las personas titulares de derechos. En RDC, no se ha identificado explícitamente la existencia de grupos de jóvenes organizados en las comunidades. Pero varios actores entrevistados, entre ellos Sylvie Vulambire, la psicóloga del proyecto en la RDC, subrayan la necesidad de incluir un componente juvenil en futuros proyectos para abordar mejor las necesidades de esta población. Esto sugiere que hay un reconocimiento de la importancia de su participación y el potencial para desarrollar estas capacidades en el futuro.

**&3. Resultado: Tras finalizar el proceso evaluativo se puede confirmar que el proyecto ha respondido a las demandas y expectativas de las personas titulares de derechos más vulnerables, mujeres y niñas supervivientes de VSbG y niñas.** El conjunto de personas titulares ha reconocido el impacto que está teniendo en sus vidas la estrategia y han realizado diferentes demandas al equipo evaluador durante la fase de trabajo de campo.

De forma reiterativa se ha indicado que es importante que continúen apoyándose todas las actividades del proyecto, dado el acusado recorte de la ayuda internacional en los 3 territorios. A su vez, la estrategia ha distinguido acciones especialmente positivas en relación a:

- **Coordinación de las organizaciones socias con Farmamundi:** Se ha establecido un mecanismo de trabajo permanente con Farmamundi a través del equipo responsable del proyecto. Se han establecido reuniones semanales, que de acuerdo a la opinión con los equipos técnicos locales han estado caracterizadas por una actitud colaborativa por parte de Farmamundi.
- **Coordinación de las organizaciones socias con las instituciones gubernamentales:** En Kenia se ha trabajado de forma muy complementaria con el equipo de salud del subcondado, y del equipo del condado, lo que ha permitido alinear el proyecto con las políticas nacionales. También es relevante el trabajo realizado con la oficina del “Local Chief de Kasarani”, que aglutina la actividad de diferentes interlocutores sociales del territorio (personal promotor, representante de personas con discapacidad, personal técnico de salud, etc.). En Uganda se trabaja de forma cercana a la OPM, organización responsable de la gestión del campo y del asentamiento de los nuevos solicitantes de asilo. En RDC existió una sólida coordinación con programas nacionales de salud y una colaboración

institucional robusta. La zona de salud designaba a supervisores clave para asegurar el seguimiento del proyecto y gestionar su implementación en las distintas estructuras de salud. Esta coordinación la realización de todas las actividades del proyecto.

- **Las relaciones que se establecen entre el personal técnico, promotor y defensoras/es de género en los 3 países también se consideran especialmente pertinente.** De esta forma, las personas desplazadas y refugiadas han permitido adaptarse al conjunto de la población y de sus líderes de referencia que se han erigido en los principales agentes que reivindican la continuidad del proyecto y sus necesidades. En relación a este aspecto también ha sido muy relevante el trabajo de coordinación y dirección del proyecto de cada organización socia, que han demostrado un conocimiento profundo de la estrategia y de las necesidades del contexto.

### 5.3 EFICIENCIA

En el presente apartado se evalúa la eficiencia, midiendo los resultados obtenidos como consecuencia de los insumos utilizados. El análisis de la eficiencia de los proyectos y acciones de acción humanitaria hace referencia al estudio y valoración de los resultados alcanzados en comparación con los recursos empleados. Valora el logro de los resultados en relación a los recursos consumidos o utilizados. Es una medida de la "productividad" del proceso de ejecución del proyecto, es decir, cuestiona hasta qué punto los resultados alcanzados se derivan de la utilización eficiente de los recursos financieros, materiales, técnicos y humanos.

**&1. Diseño:** La intervención fue diseñada en base al **Decreto 90/2019, de 18 de junio, por el que se regulan las ayudas a intervenciones de acción humanitaria (BOPV N° 120, de 26 de junio de 2019)** y las Directrices para Tramitar las Ayudas a Intervenciones Humanitarias y Justificarlas. De acuerdo a la **Resolución de 16 de noviembre de 2021, del Director de la Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo**, por la que se resolvió la convocatoria de ayudas de la línea de estrategias de acción humanitaria, con cargo a la cooperación para el desarrollo, para el año 2021, la estrategia fue subvencionada con un presupuesto total de 800.000 euros.

**En la organización del presupuesto aprobado por la AVCS se han identificado y cuantificado costos de operación y costos unitarios asignados a los resultados y sus actividades.** La asignación según conceptos se considera equilibrada, pudiéndose distinguir dos conceptos que han abarcado la mayor parte del presupuesto: A. IV. gastos de testimonio, denuncia e incidencia de 105.432,87 € (13,18%) y A.V. gastos de personal de 103.507,38 €. Esta distribución pone de manifiesto el interés que se ha puesto en realizar acciones de incidencia y para dotar de recursos humanos estables a la estrategia. De acuerdo a esta interpretación, se puede concluir que la acción humanitaria dispone de dos planteamientos de ejecución principales: la restitución de derechos vulnerados a las personas titulares de derecho y fortalecimiento de las capacidades del equipo implicado (socias y equipo en terreno – RDC- y en sede de FM).

**&2. Procesos:** Durante la ejecución del proyecto se han respetado los presupuestos establecidos inicialmente en la estrategia. En junio de 2023 se solicitó una ampliación en 3 meses del proyecto, que llevó a extender su finalización del 31 de diciembre de 2023 al 31 de marzo de 2024, dando lugar a una duración total para la estrategia de 27 meses (31/12/2021 – 31/03/2024). Los motivos de esta modificación se reflejan sucintamente a continuación:

- En RDC la situación de inseguridad que afecta a Kivu Norte provocó que jóvenes se manifestasen protestando por el estado de sitio. La extrema conflictividad que afecta a esta región provocó que las siguientes actividades sufriesen retrasos: A.1.4; A.2.3; A.3.1; A.3.2; AT.2; y AT.4.
- En Uganda el brote de Ébola declarado por el Ministerio de Salud del 20 de septiembre de 2022 al 11 de enero de 2023 provocó 141 casos confirmados en 9 distritos, llevando a la necesidad de desplegar

medidas de contención dado que fue el brote más grave en 5 años. Esto tuvo consecuencia retrasos en la ejecución de las siguientes actividades: A.1.4; A.2.3; A.3.1; A.3.2; AT.2; y AT.4.

- En Kenia las elecciones presidenciales provocaron un retraso de las siguientes actividades: A.1.2; A.1.3; A.1.4; A.2.3; A.3.1; A.3.2; AT.2; y AT.4.

**Durante la ejecución del proyecto ha existido un buen aprovechamiento de los recursos locales, tanto técnicos, como de personas.** Al respecto cabe indicar la participación de profesionales sanitarios de los centros adscritos al proyecto, en Kenia han participado especialistas del centro de salud de Kasarani, Maji Mazuri y Mwiki; en Uganda de los centros de Bujumbuli, Mukondo, Burisa y Kakoni; y en RDC de los centros de salud de Boikene, Kasabinyole, Mabolio, Bundji, Mukulya y Mabakanga en la Zona de Salud de Beni. Además, se contó con la participación activa de consejeros comunitarios, líderes/lideresas locales, jueces tradicionales y miembros de los Comités de Acción Comunitaria (CAC). El proyecto también involucró a personas expertas gubernamentales como facilitadoras, cumpliendo con las normas establecidas por el Ministerio de Salud de la RDC. De esta forma con un conjunto de acciones formativas se ha podido mejorar las capacidades y el servicio final que se proporciona a las personas titulares de derechos, lo que constituye una mejora en la eficiencia del proyecto. Además, como se ha argumentado en otras partes del documento, esta coordinación eficiente se ha realizado desde una correcta coordinación otros actores de cooperación internacional y con los gobiernos locales.

En la eficiencia del proyecto también cabe destacar la realización de procedimientos administrativos para la concesión de diferentes servicios, como es el caso del suministro de medicamentos, y la contratación de personal docente. Para estos procesos se ha combinado los criterios de calidad y precio, lo que ha influido en una correcta gestión del gasto. Finalmente, es importante indicar que, a pesar de la variación de los tipos de cambio, se ha conseguido gestionar el proyecto de acuerdo a los límites fijados, que ha implicado la participación de los diferentes departamentos de administración financiera.

**&3. Resultado:** Una vez finalizado el proyecto se puede constatar que la transformación de los recursos en resultados ha sido positiva.

- En relación a los **recursos humanos destaca el papel de las promotoras de salud y defensoras de género que ha ayudado a expandir los efectos del proyecto, y que ha formado a personas titulares de derechos que ya podrían ejercer un efecto multiplicador de la iniciativa, formando a más beneficiarios.** A su vez, parece que es preciso que las promotoras sean apoyadas con viáticos para comida, transporte, o bien, con una remuneración fija. Aunque en Kenia y Uganda reciben ayuda o una pequeña contribución para el transporte, se podría plantear mejorar las condiciones económicas y de la visibilidad de estos profesionales, aportando gorras, chalecos, etc. También personal docente, especialmente en RDC proponían un aumento de su salario, dada la calidad de su experiencia y perfil profesional.
- **De forma complementaria al anterior análisis, sí se puede incrementar el número de las personas promotoras de salud en cada uno de los países de ejecución se lograría atender a más supervivientes, ampliando la cobertura y el número de familias a las que se apoya.** Esto también tendría un impacto positivo en las trabajadoras sociales de cada país, que tienen que prestar servicio a una media superior a 100 familias, y han expresado sus dificultades para responder a esta cantidad de trabajo.
- **Los recursos materiales se han orientado también a la consecución de los objetivos de la estrategia. No se han identificado recursos ociosos o que tuviesen relación con el cumplimiento de una actividad.** De acuerdo a la valoración del equipo evaluador destaca la idoneidad de los kits sanitarios y otros productos como geles, jabón, etc., por su impacto en las familias de los 3 países de ejecución; las aplicaciones informáticas que utiliza el personal promotor de salud, y que han facilitado mucho la cumplimentación de formularios (esto ha sido especialmente relevante en el caso de Uganda, en el que la aplicación ha sido utilizada en otros lugares del país por parte del gobierno ugandés), así como

los materiales (cartelería) de sensibilización y las post-agresión tras las 72 horas posteriores. En relación a la cartelería se podría proponer un mayor número de carteles en los centros de salud de Uganda. En RDC sí se colocaron carteles en los centros de salud, se distribuyeron materiales educativos visuales, incluyendo carteles, que se colocaron en lugares accesibles como la entrada de las estructuras de salud. Sin embargo, también se señaló que estos materiales eran insuficientes y que era necesario ampliar su distribución en las comunidades y en lugares con mayor afluencia de población.

## 5.4 IMPACTO

El análisis del impacto se ha dirigido a identificar los efectos generados por la intervención, tanto positivos como negativos, esperados o no esperados, directos e indirectos, colaterales e inducidos. Se ha puesto especial énfasis en identificar cambios en los comportamientos de los titulares de derecho que pudieran ser atribuibles a la intervención. A su vez, el análisis del impacto se centra en la determinación de los efectos netos atribuibles a la actuación. La evaluación del impacto tiene por objeto determinar si el programa produjo los efectos esperados en las personas titulares de derechos.

**&1. Diseño:** En relación con el diseño de la intervención en su orientación al impacto, se constata el propósito de mejorar condiciones de vida y acceso a derechos fundamentales. Al respecto, se evidencia tanto el interés por dar acceso a derechos de la salud y de la mujer, como por modificar hábitos de conducta; ambas dimensiones se constituyen en el núcleo de la valoración del impacto en relación a las intervenciones de acción humanitaria. Para lograr este impacto se han realizado diagnósticos participativos de un contexto social que se encuentra caracterizado por la presencia de porcentajes mayoritarios de supervivientes de VSbG, secuestros, violencia hacia sus familias (homicidios), que viven en circunstancias de pobreza extrema, y que presentan una alta incidencia de enfermedades y problemas mentales (estrés postraumático y episodios paranoicos, depresión profunda, etc.). A su vez la incidencia de enfermedades que son fácilmente tratables a través de medicación genérica y de la modificación de hábitos de conducta hacen que este proyecto se especialmente sensible a las acciones de impacto en los titulares de derecho.

**&2. Proceso:** Durante la ejecución de la intervención se han realizado un conjunto de acciones y estrategias que han tenido mayor impacto en la población beneficiaria correspondientes al trabajo directo con las personas titulares de derechos y sus familias. Estas acciones se pueden considerar como **“buenas prácticas o prácticas de impacto de la intervención”**.

- **Las visitas domiciliarias y actividades en los entornos familiares realizadas por el equipo multidisciplinar** han tenido un impacto decisivo en la comprensión e identificación de los casos de VBG y VSbG, y en la toma de conciencia sobre la importancia de detectar estos casos y comunicarlos a las autoridades. Se ha constatado que las mujeres progresivamente expresan con mayor naturalidad el sufrimiento que conlleva la VBG. También de acuerdo a los testimonios de las mujeres se ha interiorizado el itinerario de atención a VSbG, que incluye no eliminar los indicios físicos de la agresión sexual, asistir al centro de salud, realizar la correspondiente denuncia y solicitar derivación al consejero o psicólogo.
- **Sesiones de promoción de los DSR y prevención de la VBG, a través del personal promotor de salud y de defensoras de derechos.** En Kenia en estas acciones ha cobrado especial repercusión las actividades realizadas en espacios con participación de hombres jóvenes, como son las canchas de fútbol, las iglesias, los centros educativos y espacios de actuación musical en estas actividades se ha proporcionado información sobre VBG, planificación familiar, etc. Asimismo, la conmemoración de días internacionales habría sido otro foco importante de sensibilización, que ha sido complementado con la ayuda del material divulgativo, como es el caso del “World Festival Day”, “Day of African Child”, “International AIDS Day”, etc. En Kenia destaca también el seguimiento que se ha realizado de los y

las jóvenes implicadas en este proceso de sensibilización. En Uganda se ha desarrollado la sensibilización, a través de personal promotor de salud, como de defensoras de derechos humanos. Se considera que esta distinción ha hecho posible contar con un grupo específico (“defensoras/es de género”) que, formado por mujeres y hombres, se ha centrado en las acciones de capacitación y sensibilización sobre VSbG. En RDC las emisiones de radio habrían servido también para mejorar la sensibilización de toda la población. Las sesiones de sensibilización, adaptadas culturalmente y utilizando materiales didácticos visuales, lograron cambiar actitudes y comportamientos en la comunidad, fomentando una mayor participación de hombres en consultas prenatales y de apoyo a las mujeres.

- **Los grupos de apoyo psicosocial es otra de las principales buenas prácticas de la estrategia**, para las que ya se han indicado susceptibles mejoras en relación a: aumentar el número de personas participantes; realizar acompañamiento en las fases de tratamiento y rehabilitación (no solo en terapia); formar a las psicólogas en nuevas técnicas y ayudarlas con personal de apoyo para reducir los efectos en ellas del trauma secundario o trauma vicario.
- **La metodología participativa para la formación de los líderes comunales y las promotoras ha asegurado la apropiación del proyecto por parte de la comunidad**, creando un sistema de apoyo sostenible. Esta formación ha tenido también un carácter continuo. Por otro lado, se recomienda aumentar la capacitación de promotoras y defensoras de derechos en los 3 países para que puedan identificar más enfermedades, y que pueda existir un mayor número de personas para hacer este trabajo.
- **La red Popote en Kenia es una práctica de éxito surgida de la ejecución de esta estrategia**, que está formada por 12 refugiados congolenses y fue constituida para abordar la brecha de la barrera lingüística identificada durante el levantamiento de la Línea de Base de la estrategia y de esta forma integrar a los refugiados en el Sistema de Salud de Kenia a través de la Estrategia de Salud Comunitaria. Hasta ahora, la unidad Popote es la única Unidad de Salud Comunitaria (CHU) para refugiados en el condado de Nairobi. La unidad POPOTE ha ayudado a promover la integración de las personas refugiadas y de la comunidad de acogida, vinculándoles con los centros de salud de Kasarani y Maji Mazuri También se ha fortalecido la participación y la rendición de cuentas de la comunidad a través de un mecanismo de retroalimentación comunitaria que se realiza en el mismo idioma de las personas refugiadas, aumentando así su concienciación sobre el derecho a la salud y la prevención de la VbG
- **El apoyo legal a las supervivientes a través de la derivación a servicios legales ha permitido mejorar la atención que se ofrece a las supervivientes. Se podría proponer que en próximas estrategias se realicen acciones de capacitación con la policía para así evitar casos de corrupción y para que den una mejor atención a las supervivientes.** Durante la fase de trabajo de campo surgieron testimonios sobre la corrupción policial y la aceptación de sumas de dinero por parte de los maltratadores para evitar continuar con la investigación de los casos. Asimismo, tanto en Uganda como en Kenia, la policía no es conocedora de los derechos una persona solicitante asilo, y tampoco de su situación legal una vez que declara ser perseguido en su país de origen. El desconocimiento de la normativa legal de asilo por parte de la policía, provoca abusos y violaciones al no recibir protección. Este hecho debería ser revisado en otras ediciones de la estrategia.
- **Dispositivos móviles (brigadas) como estrategia de acercamiento masivo de la población.** Ha sido uno de los servicios que han tenido más impacto durante el proceso de ejecución del proyecto, por el número de personas titulares de derecho que permite atender, como por la variedad de servicios. Esta actividad ha sido primordial para que nuevos grupos de población refugiada accedan a los servicios y desarrollen protocolos de cuidado y prevención de su salud.

- El documental “Las que sobrevivimos”, dirigido por Itxaso Díaz, ha dado visibilidad al proyecto en Euskadi, siendo galardonado con 3 premios en diferentes festivales. Las 5 proyecciones realizadas han tenido un impacto importante en la sociedad vasca y ha llegado a diferentes grupos de población: escolares, periodistas, etc. Hay que destacar que el documental ha sido seleccionado para 16 festivales más, contando con un gran impacto en la sociedad.
- **Participación en los clústeres.** La participación armonizada de diferentes organizaciones en los 3 países ha permitido mejorar el modelo de intervención social de esta estrategia. La derivación de casos por especialidad y el trabajo conjunto en la identificación necesidades materiales (kits, material divulgativo) ha sido también una práctica de impacto.

**&3. Resultados:** En relación con los efectos logrados en las mujeres titulares de derecho netamente atribuibles a la estrategia, se podrían identificar algunos impactos susceptibles de una reevaluación en un plazo de 6 meses.

- De acuerdo, a las entrevistas realizadas en terreno se ha constatado que tras la ejecución del proyecto las mujeres son más proclives a expresar los sucesos de VSbG que han padecido a lo largo de su vida. Además, en el caso de las mujeres más jóvenes, la participación en las acciones de sensibilización de las promotoras y defensoras de género les ha permitido identificar episodios de su vida en las que habían sido objeto de diferentes violencias, y que inicialmente no habían identificado como tal, que habían normalizado y/o interiorizado como hechos cotidianos sin importancia. Este impacto del proyecto se considera muy positivo para avanzar en una efectiva prevención de la VSbG.
- De forma complementaria al anterior impacto, se considera muy relevante indicar que se han observado en los 3 países que las mujeres participantes en la estrategia expresan su interés en que otras mujeres participen en los grupos psicológicos y de sensibilización. Muchas de ellas animan a amigas y vecinas a que exterioricen sus problemas en el marco de las actividades del proyecto. Estas acciones podrían dar lugar a un efecto multiplicador de los grupos de apoyo psicológico, y del personal técnico local, y construir un impacto positivo.
- En el ámbito de la planificación familiar se ha constatado un aumento en la asistencia de las consultas de planificación familiar, lo que, según testimonios del personal sanitario, ha permitido que se empiecen a conformar grupos familiares con un menor número de hijos e hijas a los que se puede atender en mejores condiciones, dado que tradicionalmente la media de hijos de las familias congoleesas era de 10 niños/as por familia o superior. Esta labor de concienciación ha sido progresivamente interiorizada por la población, dado que culturalmente, para la población congoleesa la planificación es algo muy alejado de su cosmovisión. Un caso similar habría sucedido con las vacunaciones de la COVID-19, que inicialmente habrían sido recibidas con reticencia.
- De acuerdo a los testimonios recogidos en terreno, el proyecto ha tenido un impacto positivo en modificar el comportamiento sexual de jóvenes varones, reduciendo su promiscuidad sexual y aumentando la adopción más frecuente de métodos de planificación familiar.
- Asimismo, esta concienciación habría servido para limitar el número de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes y mujeres jóvenes. En el caso de los 3 países se ha logrado una mayor implicación de los hombres en el acompañamiento a las mujeres embarazadas y en el refuerzo del apoyo emocional durante el embarazo. Antes del proyecto, en RDC los hombres rara vez acompañaban a sus esposas, pero después, hasta el 80% de las parejas asistían juntas. Aun así, estos esfuerzos se deberían redoblar en otros proyectos, para obtener una mayor participación de hombres en la iniciativa y su implicación en todos los procesos.
- También se ha constado, que, tras las acciones de sensibilización, las mujeres se preocupan más por su salud y la de sus hijos e hijas, asistiendo con más frecuencia al médico.

- Muchas personas titulares de derechos han expresado que, gracias a la estrategia, **tienen ahora más interés por los problemas de la comunidad**, piensan que es importante reunirse con los vecinos y la familia para resolver problemas que son de interés para todos.

No se han identificado impactos negativos generados por la estrategia, tampoco impactos no deseados durante la ejecución de esta iniciativa.

## 5.5 CONECTIVIDAD

En el apartado dedicado al criterio de conectividad se valora el grado en el que las actividades de respuesta a una emergencia a corto plazo llevan a cabo en el ámbito de actuación, así como tomar en cuenta problemas interrelacionados y a más largo plazo.

**&1. Diseño:** En el diseño de la intervención se evidencia la existencia de acciones prioritarias propias de un entorno de crisis humanitaria. En el documento de formulación de la estrategia se constata la creación de un protocolo articulado de actuación que parte de la identificación de los casos de VSbG y de las necesidades de salud de las personas desplazadas y refugiadas. En la atención a la violencia, y referida a la conectividad se prevé la activación de protocolos, el diagnóstico y la atención a las supervivientes en el plano físico, psicológico y jurídico, y si es preciso, la derivación a otras organizaciones. Para fortalecer la prevención se realizan actividades de sensibilización, que fomentan la participación de los titulares de derechos en la estrategia. En definitiva, en la formulación de la estrategia se plantean problemas interrelacionados para los que se busca una solución duradera en un contexto de crisis humanitaria.

**&2. Proceso:** Durante la ejecución de la intervención el alineamiento con la normativa y políticas del gobierno local se logró la participación de funcionarios públicos, que actuaron como referentes locales para asesorar y orientar el diseño y ejecución de la acción.

Durante el proceso de ejecución del proyecto se adoptaron los siguientes enfoques transversales:

- **El Enfoque Basado en los DDHH:** En el diseño del proyecto se ha constatado una adecuada identificación de las personas titulares de obligaciones, titulares de responsabilidad y titulares de derechos. Sería conveniente reflejar en el marco lógico los DDHH que son vulnerados, para hacer más específico el enfoque. Para el seguimiento de la estrategia se han construido indicadores de salud e indicadores de género, aunque los indicadores de género son solo explícitos en el resultado 3.
- **El Enfoque de género:** Hay que indicar que la estrategia se dirige de forma prioritaria a las mujeres, y a la protección de sus derechos, focalizándose principalmente en la prevención y atención a las supervivientes de VSbG. En el proyecto también se ha previsto el trabajo con hombres, aunque todavía es necesario dedicar un mayor esfuerzo a la sensibilización. El proyecto ha favorecido la atención de las mujeres en sus diferentes necesidades, dotándolas de apoyo durante el embarazo, la lactancia y el cuidado de sus hijos e hijas. Aunque todavía queda mucho por hacer para llegar a la igualdad de género, durante las actividades de sensibilización se han realizado charlas y talleres sobre la promoción de los DSR y de los DDHH.
- **Perspectiva de la sensibilidad al conflicto y cultura de paz:** El proyecto se ha ejecutado siendo sensible a las diferentes circunstancias que afectan a tres contextos caracterizados por la complejidad y la conflictividad. En este trabajo han participado de forma complementaria los diferentes líderes comunitarios, (que en muchas ocasiones se han integrado como promotores de salud o defensores de género) en conjunto con los equipos técnicos. Durante la fase de trabajo de campo de la evaluación se ha constatado que los equipos han logrado crear espacios de convivencia pacífica entre los diferentes grupos. En Kenia conviven en los grupos de apoyo psicológico nacionales de RDC, Kenia,

Ruanda, Burundi y otros países. En Kyaka II también se ha constatado la convivencia pacífica entre nacionales congolenses y personas de diferentes etnias.

- En relación al **enfoque medioambiental** en la formulación del proyecto ya se identificaron los principales obstáculos para lograr una adecuada gestión medioambiental: falta de infraestructura y recursos destinados a la gestión de los residuos, falta de hábitos relacionados con el reciclaje y priorización de otras líneas de acción humanitaria. Durante la ejecución del proyecto se han establecido algunas medidas que ayudan a una mejor conservación del medioambiente: el uso racional de los medicamentos; las prácticas de higiene y reciclaje de productos; y las aplicaciones móviles que han reducido notablemente el uso del papel.

**&3. Resultados:** El proyecto respondió a las necesidades de emergencia sanitaria que vive la población refugiada en un contexto de crisis permanente, y de continua afluencia de personas refugiadas.

Tras la evaluación se puede constatar que ha existido un fortalecimiento de la capacidad institucional y de las comunidades para dar respuesta a necesidades propias de un contexto humanitario. Se han reforzado los centros de salud y la dotación de servicios que pueden ofrecer a las mujeres y sus familias, así como la red comunitaria formada por personal técnico de gobierno, ONGs y personas titulares de derechos. Solamente estos dos componentes se pueden considerar como un elemento muy importante de la **sostenibilidad institucional y operativa** de la iniciativa. Por otro lado, la falta de gratuidad de los centros sanitarios en RDC tras la finalización del proyecto podría afectar mucho a los logros obtenidos. Los centros sanitarios están luchando por mantener los servicios gratuitos, reduciendo el número de beneficiarios debido a la imposibilidad de pagar. A su vez, en los 3 países parece que es importante que se siga dotando de material e infraestructura a los centros. **De hecho, es importante incorporar un equipo multidisciplinar de intervención en los servicios que ofrecen las “casas seguras” en los 3 países.** De acuerdo a las características propia de las casas seguras se debería profundizar en todos o alguno de los siguientes servicios: asistencia integral; alojamiento y manutención; tratamiento especializado; actividades de convivencia, cooperación y autoayuda; actividades para la adquisición de hábitos y habilidades personales maternas y de relación; apoyo psicosocial y jurídico; actividades para los menores de las mujeres asistidas; seguimiento post-institucional; y ayuda en la inserción sociolaboral.

De forma definitiva, **la retirada de la ayuda económica de agencias internacionales de acción humanitaria y de diferentes ONG’s internacionales podría poner en riesgo la funcionalidad de las estructuras sanitarias implementadas.** Por las entrevistas a funcionarios de ACNUR en Kenia y Uganda se ha tenido conocimiento de la reducción drástica de los fondos de esta organización, así como de las agencias internacionales que se encontraban tradicionalmente en el territorio (USAID, Cooperación de Corea, Cooperación Danesa, Cooperación Alemana, etc.) En RDC la sostenibilidad económica es una de las principales preocupaciones, ya que los centros tienen que ofrecer servicios sin un apoyo financiero continuado, lo que supone una carga adicional para los pacientes desplazados y otros beneficiarios.

Por otro lado, **se pueden señalar acciones que han fomentado la sostenibilidad:**

- **FM ha desarrollado un importante esfuerzo en los 3 países para garantizar la sostenibilidad de la estrategia más allá de la financiación recibida.** Este trabajo se contempla en el alineamiento realizado con las prioridades identificadas en los diferentes grupos de coordinación humanitaria (clusters, reuniones promovidas por los gobiernos locales, etc.) con el fin de maximizar los impactos de la estrategia, garantizar la complementariedad y evitar la duplicidad de programas.
- **Uso de aplicaciones móviles para la recopilación de datos. Esta es una capacidad ya instalada y en funcionamiento en Uganda y Kenia.** Sin embargo, en RDC no ha conseguido aplicarse de forma cotidiana. La recolección de datos sigue realizándose manualmente, lo que ralentiza la transmisión de informes y dificulta el seguimiento efectivo de los casos.

- **Capacidades instaladas en la comunidad.** A pesar de los retos financieros, ciertos aspectos del proyecto continuarán gracias a la formación recibida y los conocimientos adquiridos por la comunidad. En los 3 países, la capacitación al personal sanitario, líderes comunitarios y promotoras en atención a supervivientes de violencia sexual y gestión de medicamentos permitirá mantener estos servicios incluso después del cese de financiamiento. La sensibilización comunitaria y las prácticas establecidas durante el proyecto han creado una base sólida que puede sostenerse a largo plazo. Sin embargo, la falta de recursos para la reinserción económica de las mujeres supervivientes sigue siendo un desafío para la sostenibilidad completa del proyecto.

**Finalmente se desea destacar que la estrategia debería buscar sinergias con otras iniciativas de acción humanitaria para profundizar en una respuesta integral y mejora de la calidad de vida de las personas refugiadas.** En los 3 países se ha propuesto que la estrategia aporte, de forma autónomo o en colaboración con otros agentes de la acción humanitaria, soluciones para lograr **medios de vida a las mujeres**. La obtención de ingresos para las familias se ha establecido como una medida fundamental para luchar contra la VSbG, dado que se procura independencia frente al victimario, permite mejorar la autoestima de las mujeres, y proyecta nuevos planes e intereses. En el mismo sentido, se encuentra en la educación, especialmente de niños, niñas y adolescentes, para mejorar su desarrollo posterior en la vida.

## 5.6 COORDINACION

Bajo el criterio de coordinación se ha valorado el grado en que las intervenciones de los diferentes actores han armonizado entre sí, promueven las sinergias y evitan las brechas, duplicidades y conflictos por recursos.

**&1. Diseño:** La estrategia se ha alineado con la normativa local y con los principales planes estratégicos, así como con programa y políticas sectoriales, entre ellos con los siguientes:

- *Plan de Desarrollo Anual del Condado de Nairobi. Principalmente en su estrategia de desarrollo referida a la seguridad alimentario y nutrición.*
- *Essential Package of Health – Kenya (Paquete esencial de Salud) 2023: En relación a los requerimientos técnicos de cada nivel de servicio en el sistema de salud*
- *Kenyan National Policy on Immunization 2023 – Política Nacional de Inmunización: En relación a sus guías y protocolos de administración y testeo de las vacunas.*
- *Programa Nacional de Prevención y Respuesta a la Violencia de Género (2019-2023): Del que se incorporan sus 4 objetivos en los componentes del proyecto: fortalecer los servicios de apoyo a las supervivientes; reforzar leyes y el papel de la policía; mejorar la coordinación entre los agentes implicados para mejorar la prevención y respuesta; y mejorar la sostenibilidad en la prevención a supervivientes de VBG.*
- *Plan Estratégico de Salud del 2020-2025 del Ministerio de Uganda, que entre otras estrategias establece el fortalecimiento de diálogo con otros actores de la salud en el territorio y la importancia de la colaboración intersectorial.*
- *Plan Regional de Respuesta a los Refugiados de República Democrática del Congo 2024-2025. Principalmente en sus esfuerzos de mejorar la resiliencia de la población congoleña.*

- *Marco Integral de Respuesta para la Población Refugiada para Uganda, de ACNUR. En su enfoque de que los refugiados deben ser incluidos en las comunidades desde un principio y tener rápido acceso a la salud y a la educación.*
- *Política Marco para la mejora de la salud reproductiva, maternal, neonatal y de la infancia del Ministerio de Salud de Uganda, principalmente en su componente 2 de mejorar de los servicios de atención primaria.*
- *Plan Estratégico de los Servicios de Laboratorio del Ministerio de Salud de Uganda en sus requisitos para implementación de material y equipamientos de los laboratorios.*
- *Estrategia de Promoción de Equidad del Ministerio de Género, Trabajo y Desarrollo Social de Uganda, en su análisis de las desigualdades que afectan tanto a las mujeres, como a otros colectivos vulnerables.*
- *“Essential Medicines and Health Supplies List for Uganda (EMHSLU) 2023”;*
- *La “Liste Nationale des Médicament Essentiels 2021” de RDC.*
- *Plan de acceso a la atención primaria de salud y servicios relacionados “PASSP 2015-2019: Este plan tiene como objetivo mejorar el acceso a la atención primaria de salud y servicios relacionados para la población congoleña.*
- *Plan estratégico integrado de salud y nutrición reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (PSI RMNCAH-NUT) 2019-2022: Esta estrategia se centra en la salud reproductiva, la nutrición y la atención a las madres, recién nacidos, niños y adolescentes.*
- *Ficha técnica y financiera programa de salud RDC: programa de lucha contra la violencia sexual (PLVS) RDC: Este programa tiene como objetivo la prevención y la respuesta a la violencia sexual en la RDC, proporcionando apoyo técnico y financiero.*
- *Plan Nacional de Desarrollo Sanitario reformulado para el período 2019-2022: Hacia la cobertura sanitaria universal: este plan estratégico nacional tiene como objetivo fortalecer el sistema de salud en la República Democrática del Congo persiguiendo el objetivo de la cobertura sanitaria universal.*
- *Plan de acción operativo (PAO) consolidado 2022 para la zona sanitaria del Beni: Este plan de acción operativo detalla las medidas específicas tomadas para mejorar la salud pública en la zona sanitaria del Beni en 2022.”*

Durante la ejecución del proyecto también se ha constatado que las personas gestoras de la intervención han puesto especial énfasis en cumplir con las recomendaciones para prevención del contagio de la COVID19 y otras enfermedades infectocontagiosas.

**&2. Proceso:** Como se ha argumentado en otras partes del informe, la coordinación ha sido efectiva, contando con la participación de diferentes organizaciones y grupos. Entre estos procesos cabe destacar los siguientes:

- **La colaboración con diversas instituciones y organizaciones ha sido crucial para el éxito de la estrategia.** Las reuniones de los clústeres temáticos han fortalecido la conectividad Al respecto, se considera pertinente indicar la buena valoración que ha tenido la estrategia por parte del equipo de ACNUR, que ha valorado especialmente la atención psicológica que el proyecto aporta a las personas refugiadas.

- **Colaboración con las personas titulares de derechos organizadas:** En el marco del proyecto se ha capacitado y coordinado acciones con grupos de promotores de salud (“CHP” Kenia, “VHT Village Health Teams”, Uganda, Relais comunitarios en RDC) y líderes comunales. Las personas promotoras han realizado acciones de distribución de medicamentos en los grupos más vulnerables, formación en salud y detección de enfermedades infecciosas, y las personas defensoras de género han ayudado a resolver conflictos relativos a la gestión del agua, la violencia de género y conflictos de carácter religioso, entre otros.
- **La colaboración entre Farmamundi y las socias locales Hesed, AHA, Emesco y PPSSP y Farmamundi ha sido positiva.** En los 3 países la buena comunicación y coordinación entre estas organizaciones ha sido la clave del éxito. La retroalimentación constante con Farmamundi ha permitido ajustar y mejorar la intervención. En este aspecto hay que valorar la especialización de cada organización en el terreno.
- **La colaboración entre Farmamundi y el socio local PPSSP en RDC ha sido notablemente positiva y fundamental para el éxito del proyecto.** La coordinación en el terreno fue eficaz, con PPSSP gestionando las actividades diarias contribuyendo con su profundo conocimiento del contexto local y relaciones establecidas, lo que permitió respuestas rápidas a desafíos emergentes como el aumento de personas desplazadas internas. Farmamundi fortaleció las capacidades de PPSSP en áreas como gestión de proyectos e implementación de protocolos internacionales. La sinergia creada facilitó la coordinación con otras ONG y autoridades locales, mejorando la eficacia general de la intervención. Esta asociación ejemplifica cómo la combinación de experiencia internacional y conocimiento local puede maximizar el impacto y la sostenibilidad de proyectos de desarrollo en contextos complejos como el de la RDC.
- **Las reuniones periódicas y los intercambios de correos electrónicos dentro de las agrupaciones facilitaron una colaboración activa, esencial para satisfacer las necesidades de las mujeres supervivientes.** La relación con Farmamundi fue constructiva, con informes periódicos y una aplicación proactiva de las sugerencias. La comunicación entre Farmamundi y las demás organizaciones se ha realizado a través de diferentes medios y ha sido eficaz. Se utilizaron herramientas como el correo electrónico y WhatsApp para la comunicación diaria, y se celebraron reuniones mensuales de grupo organizadas por OCHA y ACNUR. Estas reuniones permitieron clasificar y coordinar las intervenciones según las áreas de trabajo de cada organización.

**§3. Resultado:** En la ejecución del proyecto se han realizado prácticas y procedimientos propios de la coordinación de la acción humanitaria en contextos de crisis. Como se comenta en diferentes partes de este informe se puede responder afirmativamente a la pregunta de evaluación dirigida a conocer si se han logrado fortalecer las capacidades de las instituciones locales.

- **El fortalecimiento de las instituciones locales se manifiesta tanto en la formación del personal sanitario como en la dotación de equipamiento para los servicios de atención primaria.** En cuanto a la capacitación de los profesionales, el coordinador del proyecto y las y los formadores destacaron la importancia de proporcionar más formación al personal sanitario de los Centros de Atención Primaria (CAP). Esto es especialmente relevante debido a la alta rotación del personal, lo que a menudo resulta en diferentes niveles de formación dentro de un mismo equipo.
- **En el terreno, la comunicación constante entre el personal técnico de las socias y las personas titulares de derechos facilitó el intercambio de información y la colaboración en la resolución de problemas durante las actividades de sensibilización.** Esta conectividad y coordinación desempeñaron un papel crucial en el éxito del proyecto, permitiendo una respuesta rápida y adaptable a las necesidades de la comunidad. La colaboración fluida y la comunicación abierta fueron fundamentales para superar los retos logísticos y garantizar la ejecución eficaz de la intervención. La capacidad de trabajar juntos fue esencial para alcanzar con éxito los objetivos del proyecto.

- **A su vez, se pueden identificar espacios de mejora en la coordinación en ciertos aspectos logísticos.** En los 3 países y especialmente en RDC, muchas personas desplazadas y vulnerables tienen que recorrer largas distancias a pie para acceder a los servicios, lo que habría podido provocar retrasos en los tratamientos a los que estaban sometiéndose. Las promotoras de 3 países también presentan dificultades para acceder a ciertas zonas del territorio en el actúan. Para resolver este problema se podrían crear alianzas con los responsables gubernamentales, o bien con ONGs para realizar rutas desde los lugares más alejados al centro de salud, asegurando un servicio de transporte semanal.

## 5.7 COBERTURA

En el presente apartado se valora el grado al que importantes sectores de la población sometidos a penurias extremas fueron alcanzados por la acción humanitaria.

**&1 Diseño:** Como se indica en otras partes de este informe, en el diseño del proyecto se ha realizado un correcto análisis de los grupos de personas que se quiere atender con la estrategia, señalándose las principales características que afectan a las personas desplazadas y refugiadas. En **Kenia** hay 555.183 personas refugiadas y solicitantes de asilo, de los cuales 104.445 viven en Nairobi (junio de 2024): en **Uganda**, según datos de 2024 hay, 1.673.715 refugiados y solicitantes de asilo, 129.184 viven en Kyaka II, en la actualidad el campo solo tiene ingresos de nuevos habitantes por motivos de reagrupación familiar. **RDC** es uno de los países con mayor número de personas desplazadas del mundo, con alrededor 7,3 millones de personas que han huido del país, y 2.4 millones que han retornado del país. Kivu Norte acoge al grupo de población desplazada más numerosa del país con datos para mayo de 2024 de 164.000 personas.

La información que ofrece ACNUR sobre los 3 territorios arroja los siguientes aspectos de la cobertura que resulta relevante indicar que, en Kenia, la cobertura más necesaria es la relativa a VBG y protección de los niños; en Kyaka II, de acuerdo a ACNUR, la necesidad específica más apremiante desde el ámbito humanitario es la atención a mujeres en riesgo (más de 12.000 mujeres y 11.000 niñas/os) estarían en esta situación, en un porcentaje muy superior a las personas con enfermedades graves. De acuerdo a la información recopilada en terreno, más de un 75% de las mujeres son supervivientes de VSbG.

**&2. Proceso:** Tras el proceso evaluativo se puede confirmar que la intervención se ha desarrollado de acuerdo a los principios de la intervención humanitaria:

- **Humanidad:** el proyecto se ha orientado a aliviar el sufrimiento causado por una cruenta guerra civil con más de 30 años de duración, en la que, en el transcurso del conflicto armado del este de la RDC, decenas de miles de mujeres y niñas han sufrido violaciones y agresiones sexuales sistemáticas por parte de las fuerzas combatientes. Tanto mujeres como niñas han sido atacadas en sus hogares, en los campos o en el cumplimiento de sus tareas diarias.
- **Neutralidad:** abstención de todo acto que, en cualquier situación conflictiva, pueda interpretarse como favorable a una de las partes implicadas o en detrimento de la otra.
- **Imparcialidad:** No se han establecido restricciones para el acceso a la ayuda humanitaria, no habiendo sido discriminada ninguna persona por razón de sus necesidades especiales, tampoco en función de cualquier otro criterio que suponga discriminación por raza, sexo, o ideología política.
- **Independencia:** Las organizaciones humanitarias han desempeñado sus funciones sobre la base de sus propias decisiones. En este sentido, la articulación en coordinación con otros agentes de la cooperación internacional ha limitado cualquier condicionamiento político.

- **Universalidad:** cualquier ser humano debe de ser atendido, independientemente de cualquier diferencia política. En Kenia han participado tanta población refugiada, principalmente de RDC, pero también de Ruanda y Burundi, y población nacional keniana. En Kyaka II, el CAP beneficiado por la ayuda del Gobierno Vasco ha atendido a población congoleña y de cualquier otra etnia y religión que ha accedido a sus instalaciones.

Durante el proceso evaluativo no se observa que la intervención se haya desviado de estos principios, ni que haya habido circunstancias que hayan podido poner en peligro su aplicación.

En relación, a los perfiles que han recibido cobertura con el proyecto, se pueden señalar algunos grupos que han tenido un carácter prioritario:

- **Supervivientes de VSbG:** En la estrategia se ha atendido a mujeres y niñas que habían padecido diferentes tipos de violencias: sexual, psicológica, privación de la libertad, matrimonio forzado, esclavitud. Como se indicaba con anterioridad, estos sucesos siguen sucediendo en la sociedad de acogida o en la zona de desplazamiento de Beni, siendo especialmente vulnerables las niñas. Esto ameritaría estrategias específicas para atender a las menores desplazadas y refugiadas.
- **Mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años),** principalmente a las mujeres embarazadas, siendo fundamental el apoyo realizado para mejorar las tasas prenatales y posnatales. Las mujeres en edad reproductiva han sido el grupo focal para el que se ha realizado la formación en planificación familiar.
- **Niños, niñas y adolescentes:** han tenido un espacio de cobertura importante en la salud. Se pueden distinguir los siguientes servicios proporcionados a la población infantil: diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infectocontagiosas; y la mejora su higiene y su nutrición.
- **Personas con enfermedades y problemas mentales y otras personas con enfermedades crónicas:** Esta dimensión ha permitido mejorar la salud de un porcentaje extraordinariamente alto de la población, dando servicio a un porcentaje de la población que cubriría más del 80% de los titulares de la estrategia.

En la ejecución del proyecto, es importante destacar que, de acuerdo al **principio de imparcialidad**, atendiendo a los grupos más vulnerables y con unas necesidades más acuciantes. Este factor de imparcialidad ahonda en la ejecución de un proyecto en el que se atiende a los grupos en función de la vulnerabilidad, y no a partir de criterios externos.

**&3. Resultados:** Según los registros de atención primaria en los nueve centros participantes del proyecto, se formaron **20.747 personas refugiadas (76% mujeres y menores)** en temas de SSR, salud materno-infantil, VbG y enfermedades infecto-contagiosas como el COVID-19. Un total de **115 personas referentes comunitarias** participaron en los módulos formativos, que se confirmó que fueron capacitadas y aseguraron la implementación de actividades de sensibilización adecuadas en relación a la SSR y la prevención y detección temprana de VS/VbG. Además, **5.923 personas mejoraron su salud mediante el acceso a provisiones básicas y artículos de socorro.**

**En relación a la cobertura del proyecto parece conveniente aprovechar las posibilidades que ofrecen las brigadas médicas para ampliar el número de titulares de derechos.** En este sentido, podría ser conveniente que se creen estrategias para incentivar la participación de las supervivientes a través de mujeres que ya participen en la estrategia. Del mismo modo, en Kenia se han identificado grupos de personas refugiadas LGTBI que podrían formar parte de la estrategia. Este grupo de población es muy difícil que exprese su orientación sexual y/o identidad de género y podría estar necesitado también de una estrategia de reclutamiento a través de jóvenes líderes locales.

A su vez, existen grupos específicos de pobladores del campo, como es el caso de personas de la etnia “banabwisha” procedente de Ruanda, que no permite la participación de mujeres en ningún proyecto de prevención de la VsbG y que practica habitualmente el matrimonio infantil.

## 5.8 APROPIACIÓN Y PARTICIPACIÓN

En este apartado se valorará la apropiación del proyecto por parte de las instituciones locales que operan en el terreno y el grado de participación de las personas titulares de derechos.

**&1. Diseño:** En la fase de diseño hay que destacar que la participación de la población beneficiaria se contempla el apoyo explícito de las organizaciones locales. Las instituciones locales se han comprometido a participar mediante la firma de cartas de apoyo y acuerdos de colaboración. En el diseño de la estrategia es relevante tener en cuenta la previsión de realizar actividades transversales que han contribuido a fomentar la apropiación y la participación de la iniciativa por parte de las instituciones locales y las titulares: A.1 Línea de Base; A.2. Monitoreo y Evaluación, A.3 Acciones de formación: A.4. Planes de Rendición de Cuentas. En el diseño de la estrategia, la realización de un análisis de línea de base habría permitido implicar a las titulares de derecho y a las instituciones locales en el diseño de la intervención. También, como se indica en otros apartados, en el diseño de la propuesta se prevé que diferentes titulares realicen sus propuestas y demandas a las organizaciones ejecutoras a través de distintas actividades, como es el diagnóstico de provisiones básicas, taller DAFO y a través de su participación en los clústeres temáticos.

**&2. Proceso:** La participación y apropiación de la estrategia por parte de las personas titulares de derecho ha sido positiva, siendo un proyecto requerido por las titulares de derecho. Durante la ejecución del proyecto la actividad 2.3 de sensibilización se ha constituido en el principal espacio para la participación de las titulares, y ha permitido la comunicación con las promotoras, las socias locales y las instituciones públicas locales. En el marco de esta actividad se han realizado acciones de rendición de cuentas (AT.4), en las que se han explicado los resultados de la iniciativa y se ha promovido un espacio de dialogo. Los encuentros para la puesta en común de propuestas, nuevos contenidos, y para informar sobre los avances también se han establecido con líderes locales, directores de centros y responsables de unidades.

A su vez es importante indicar que las socias han tenido una participación activa en los diferentes clústeres que existen en los países, entre los que cabe citar los siguientes por país. Durante la fase de trabajo de campo de la evaluación se ha constatado que todas las organizaciones que operan en cada territorio conocen la estrategia promovida por FM y la AVCS. Esta buena visibilidad ante las personas titulares de obligaciones y responsabilidad es extensible a las titulares de derechos. La estrategia es identificada por todos los entrevistados, que conocen a FM y a la financiación proveniente de la cooperación vasca.

Durante la ejecución de la iniciativa destacar que los Encuentros para la formación conjunta realizada en Kampala por parte de la empresa SANART, ayudó en la apropiación de la iniciativa por parte de las socias, y en la que se consensuaron estrategias comunes. Finalmente, la AT.2 ha propuesto herramientas de monitoreo que han servido para recabar información del terreno, y continuar con un proceso de retroalimentación de la iniciativa.

**&3. Resultado:** Tras finalizar el proceso evaluativo se puede confirmar que el proyecto ha planteado una metodología de intervención que ha fomentado la participación y apropiación de la iniciativa, dado que:

- Se han creado espacios de comunicación e intercambio de ideas y propuestas entre las personas titulares.
- Se han elaborado documentos para la rendición de cuentas, que estarían todavía pendientes de lograr una mayor profundidad, En este sentido se podría recomendar la realizar un ejercicio de

compatibilización con la Norma Humanitaria Esencial y el instrumento “Gran Bargain” de acuerdo a cómo se establece en documento de la cooperación vasca “La rendición de cuentas en la acción humanitaria”. Este trabajo podría servir también como prueba piloto para la aplicación de una estrategia de rendición de cuentas aplicable a diferentes contextos de acción humanitaria.

Finalmente, se podría plantear la posibilidad de realizar **procesos de transferencia de algunos contenidos de la iniciativa a las instituciones públicas locales, o a organizaciones no gubernamentales** que pudieran ejecutar acciones concretas, por ejemplo, trasladar los conocimientos adquiridos en la identificación de provisiones básicas, a otras organizaciones para que pudiesen apoyar esta tarea en próximas ediciones de la estrategia; o bien, formar agentes de instituciones públicas para que puedan organizar talleres de DAFO y elaborar documentos de recomendaciones.

## 6. CONCLUSIONES

A continuación, se incluyen las principales conclusiones del proceso evaluativo ordenadas por criterio de evaluación.

### EFICACIA

- **Tras finalizar el proceso evaluativo se pueden constatar la eficacia general de la estrategia para la consecución de su objetivo específico.** Durante el período de ejecución se han realizado todas las actividades planificadas en la matriz de planificación y se han alcanzado los indicadores de seguimiento esperados para todos los resultados, lográndose en algunos casos porcentajes de cumplimiento superiores a los previstos inicialmente. Por los anteriores motivos, se puede confirmar la pertinencia de volver a replicar esta estrategia en años posteriores con objeto de profundizar en los logros ya alcanzados.
- **La estrategia ha permitido mejorar la dotación de medicamentos que reciben las personas titulares de derechos, reduciendo las rupturas de los stocks en los 3 países, y mejorando la prevención y tratamiento de las enfermedades más prevalentes.** A su vez se han aplicado herramientas de seguimiento y evaluación que han permitido mejorar la gestión de los stocks (fichas de seguimiento, cuestionarios de evaluación, etc.). Por otro lado, el escenario de “emergencia humanitaria crónica” que caracteriza estos territorios, con el incremento constante de población desplazada y refugiada y la imprevisibilidad de los riesgos internos y externos (epidemias, etc.) tiene como consecuencia que siempre sea escasa la dotación de medicamentos.
- **La formación al personal sanitario de los centros de salud se ha orientado a contribuir en la consecución de diferentes resultados específicos de la estrategia (atención a las supervivientes, gestión de stock y protocolos) y ha contado con una buena valoración de los asistentes.** Como hecho relevante, se destaca que en ninguno de los países existe una capacitación especializada sobre estos contenidos, al margen de formaciones de carácter esporádico, por lo que se estaría cubriendo una laguna formativa importante para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios.
- **La revisión de los protocolos ha permitido agilizar y hacer más eficiente la gestión del stock de medicamentos y la atención que se proporciona a las mujeres supervivientes de VSbG.** El proceso evaluativo ha permitido identificar la necesidad de profundizar en los protocolos y acciones de protección de niños, niñas y adolescentes, dada la vulnerabilidad específica de este grupo, y los problemas que presentan en relación a la nutrición y la VbG.
- **La atención psico-sanitaria a la población desplazada/refugiada es uno de los componentes más relevantes de la estrategia** que ha contribuido a la mejora de la calidad de vida de amplios porcentajes de mujeres desplazadas y refugiadas y de sus familias. El trabajo realizado ha sido positivo y satisfactorio, pudiéndose indicar 3 aspectos destacables: la mejora en la atención a las mejoras en las 72 horas posteriores a la agresión; los grupos de apoyo psicológico, que han permitido que las titulares dispongan de terapia; y el apoyo jurídico y de coordinación con la policía (especialmente en Uganda).

- **Con la implementación de la estrategia se ha conseguido fortalecer una red comunitaria para la prevención y apoyo de las mujeres supervivientes de VSbG que cuenta con las promotoras de salud y defensoras de género como principal agente.** Este grupo de personas se ha constituido en un actor clave por su capacidad para acceder en igualdad de condiciones a las personas titulares de derecho, identificar enfermedades y otras necesidades, y por su participación en todas las acciones desarrolladas en el territorio: visitas a hogares, brigadas médicas, diálogos comunitarios, celebración de día conmemorativos y acciones específicas de sensibilización sobre DSR y VbG en diferentes espacios (iglesias, escuelas, clubes deportivos). Las promotoras y defensoras se puede considerar un recurso humano ya formado del proyecto, susceptible de participar en otras iniciativas similares de acción humanitaria. Por otro lado, existen áreas de mejora para estos profesionales (identificación de más enfermedades, más formación, apoyo en la visibilidad, etc.) que se desarrollan en el apartado de recomendaciones.
- **En el buen funcionamiento de la red comunitaria ha influido la formación** impartida a promotoras y defensoras a través de una metodología participativa, **la coordinación con las instituciones gubernamentales locales**, la utilización de **aplicaciones informáticas** para la recopilación de datos (en Kenia y Uganda) y de **material pedagógico y de difusión**. En el marco de esta estrategia de acción comunitaria se han desarrollado algunas acciones que es importante destacar: en Kenia se ha creado la red Popote para reducir la barrera lingüística y mejorar la integración de la población congolense en la iniciativa; en Uganda las promotoras han trabajado con una aplicación informática para la recolección de datos (*CHT app in full community health tool*); en RDC el material radiofónico para Grâce FM, con 69 emisiones sobre salud sexual y reproductiva, prevención de violencia, masculinidades positivas y planificación familiar.
- **Las acciones de promoción del derecho a la salud y la prevención de la VSbG han culminado con unos datos de participación muy superiores a los esperados.** Mientras en la formulación del proyecto se esperaba sensibilizar a 17.400 personas, al terminar la estrategia se ha alcanzado a las 100.723 personas. En estos datos habría influido la diversidad de acciones de sensibilización y espacios en los que actúan las promotoras y defensoras (reuniones en comunidades, durante las brigadas, en escuelas, iglesias, etc.).
- **La entrega de provisiones básicas a las mujeres titulares de derechos ha tenido un importante impacto para dignificar la vida de las mujeres, mejorar su salud y proteger a sus familias,** Estos productos se han caracterizado por su diversidad (mosquiteras impregnadas de insecticida, kits de la dignidad, kits de higiene menstrual, semillas y/o complementos nutricionales, lámparas solares, etc.), y por combinar la generalidad en la atención a las mujeres de los 3 países con la especificidad en las necesidades de cada territorio (en Uganda se han repartido linternas y mosquiteras, en Kenia potabilizadores de agua, etc.).
- **Para el monitoreo de políticas, programas y documentos programáticos frente a la VSbG y el DAS se ha utilizado una metodología lógica, coherente y orientada a la consecución del R.3:** 1) se ha formado a las personas titulares de obligaciones y responsabilidades en protocolos y políticas, lográndose también un mayor alineamiento y apropiación con la estrategia; 2) se han identificado fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de cada contexto a través de talleres de diagnóstico; 3) que se han materializado en documentos de análisis con conclusiones validas y fundamentadas realizados por consultores externos en Kenia y RDC (ATEBADEC), y por personal de las socias en Uganda; 4) finalmente se han elaborado documentos de recomendaciones dirigidas a las autoridades locales, que han sido compartidos en el marco de reuniones. En relación a los documentos de recomendaciones, no se puede considerar que sean planes de incidencia, dado que carecen de los elementos propios de estos documentos de planificación estratégica: líneas de actuación, acciones prioritarias, análisis de los recursos humanos y materiales. **De cualquier forma, la metodología de actuación se considera válida para iniciar procesos de incidencia política y social en los territorios donde se ejecuta la estrategia,**
- Se considera pertinente indicar que **todavía parece limitada la posibilidad de realizar acciones de incidencia de impacto.** Aunque las socias están ayudando en fortalecimiento organizativo de los grupos de personas desplazadas y refugiadas, no se ha constatado grupos suficiente conformados para organizarse adecuadamente y realizar este tipo de acciones.

- **La incidencia social en la CAE ha tenido un efecto notable a través de la elaboración del documental “Las que sobrevivimos” dirigido por Itxasko Díaz**, que ha sido premiado en diferentes festivales y ha servido para concienciar a la sociedad vasca sobre la VSbG en el marco del conflicto del Congo. Para la difusión del documental se contó con un plan de difusión y comunicación articulado y posteriormente se recopilaban los diferentes datos sobre la cobertura (proyecciones, premios, asistentes, etc.). Para su ejecución se valora el trato confidencial y la protección que se ha dispensado a las supervivientes, el propósito de no revictimizar y el cumplimiento con los consentimientos de grabación. Por las entrevistas realizadas en Kenia a las mujeres que participaron, se puede indicar que manifestó el carácter sanador que tuvo para ellas formar parte de este proyecto.
- **Las actividades transversales de formación han tenido un efecto positivo en el alineamiento de las socias con el proyecto y en consolidar objetivos comunes.** La formación impartida por SANART ha contribuido a sistematizar buenas prácticas que podrían ser reproducidas en otras estrategias de acciones de humanitaria similares, y que han sido establecidas para los diferentes componentes de la estrategia: SSR, VbG, VSbG, Salud Comunitaria, Monitoreo y Seguimiento, y estableciendo aprendizajes compartidos y retos para el futuro. Esta formación ha sido muy bien valorada por los participantes.
- **La actividad transversal de PRC se ha realizado en el marco de las actividades de sensibilización sobre los DSR** se han realizado tanto con los titulares de derechos, como con responsables de centros educativos, y con los líderes locales de cada territorio.
- **Se han realizado acciones de monitoreo y seguimiento para la obtención de datos sobre el terreno**, que han permitido elaborar los informes de seguimiento presentados por FM a la AVCS.

## ADECUACIÓN Y PERTINENCIA

- **La estrategia responde a necesidades inminentes, de carácter humanitario, y escasamente atendidas, relativas a la salud de la población más vulnerable** (especialmente de la población femenina) afectada por el conflicto de RDC. El proyecto se adecúa de forma específica a necesidades psico-sanitarias de la población desplazada y refugiada, lo que implica el apoyo a mujeres supervivientes de VSbG y para el fortalecimiento integral de los centros de salud que las atienden. El elevado número de casos de violencia, la gravedad de los sucesos, y la variedad de necesidades de atención física y psicológica de las supervivientes y sus familias confirma la pertinencia de realizar un proyecto con los objetivos que se plantean.
- Durante la fase de diseño se realizaron acciones de **identificación de necesidades y de indicadores de base que han servido para articular un modelo de intervención coherente y relevante en relación al contexto de intervención**. A su vez, durante la ejecución se han realizado otros diagnósticos (diagnóstico sobre recursos de primera necesidad, talleres DAFO, participación en clústeres, acciones de PRC, etc.) que han servido para adecuar la estrategia con el contexto.
- **Las actividades realizadas se consideran pertinentes para la consecución de los objetivos del proyecto**, combinándose acciones formativas, de dotación técnica y material, para el fortalecimiento organizativo y de participación y dirigidas a la incidencia social y política. Por otro lado, dada la complejidad de los objetivos marcados se han identificado otras acciones susceptibles de contribuir a su consecución y que se detallan en el apartado de recomendaciones.
- **Las actividades desarrolladas se han correspondido con las capacidades y potencialidades de las socias**, que disponen de amplia experiencia y calidad técnica suficiente en la ejecución de estrategias socio-sanitarias, y que han sido apoyadas por ONGs y los gobiernos locales para la atención de casos especializados.

- De acuerdo a los **testimonios recogidos en el terreno las personas titulares de derechos expresan que la estrategia ha respondido a la demandas y expectativas** que habían depositado a su inicio.

## EFICIENCIA

- **La estrategia ha sido eficiente en el uso de los recursos de personas y de materiales**, habiéndose identificado y cuantificado costos de operación y costos unitarios en relación a cada resultado y a sus actividades. Se han respetado los presupuestos establecidos inicialmente en el documento de formulación y se ha comunicado una ampliación de la fecha de finalización del proyecto para el 30 de marzo de 2024.
- **Las actividades se han coordinado correctamente, a través de las organizaciones socias (PPSSP, HESED, AHA y Emesco) en los 3 territorios, que han establecido sinergias con otras organizaciones y con los gobiernos locales de cada contexto.** Estos procesos han sido diferentes en cada país: en Kenia ha existido una importante coordinación con el equipo del Condado de Nairobi, el Subcondado de Kasarani y la Oficina de ACNUR; en Uganda con la OPM y las organizaciones ciudadanas que operan desde hace tiempo en Kyaka II (MTI, Good Neighbors, etc.) en RDC se ha trabajado con (SOFEPADI, ALDI, AGIR y GREETLET. **Esta colaboración institucional ha contribuido a alcanzar los resultados de la intervención.**
- **En relación a los recursos humanos destaca el papel de las promotoras de salud y defensoras de género**, que ha tenido un efecto multiplicador de los impactos del proyecto. Por otro lado, sigue siendo necesario continuar con su apoyo formativo, de dotación de materiales para visibilidad en los contextos y para el transporte, así como aumentar el número de personas de cada equipo. En cuanto a los recursos materiales destacan por su eficiencia los kits de dignidad, las aplicaciones móviles en Uganda y Kenia y los materiales de sensibilización sobre DSR y de la post-agresión. **No se han identificado recursos ociosos o que tuviesen relación con el cumplimiento de una actividad.**
- Un aspecto en el que el proyecto ha aportado eficiencia al conjunto de los sistemas de salud y a la atención a los titulares de derecho ha sido la revisión de los protocolos, **que ha supuesto la concentración de formularios de recopilación de información de las personas titulares de derechos (sobre SSR, SMI, VSbG, etc.).** La reducción de estos formularios y la utilización de aplicación se considera muy positiva para lograr una mayor eficiencia de los sistemas de salud.

## IMPACTO

- **La estrategia se ha diseñado con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el acceso a derechos relativos a la salud de las personas titulares de derecho.** Es decir, desde el momento de formulación de la estrategia se ha aplicado un enfoque dirigido a lograr efectos directos en una población vulnerable de forma sostenible.
- **Se ha identificado una relación preliminar de prácticas de éxito que se pueden consultarse en la página 29**, y que se señalan por su posibilidad de ser reproducidas en estrategias humanitarias similares.
- **Durante el proceso evaluativo se han advertido efectos atribuibles a la estrategia**, que deberían ser reevaluados en un plazo de 6 meses, y que se citan a continuación:
  - Las mujeres son más proclives a expresar los sucesos de VSbG que han padecido a lo largo de su vida.
  - Las mujeres identifican episodios de su vida en las que habían sido objeto de diferentes violencias, que habían normalizado y/o interiorizado como hechos cotidianos sin importancia.

- Las mujeres participantes en la estrategia expresan su interés en que otras mujeres participen en los grupos psicológicos y de sensibilización.
  - La asistencia a consultas de planificación familiar ha permitido que se empiecen a conformar grupos familiares con un número de hijos e hijas a los que se puede atender en mejores condiciones,
  - Se ha modificado el comportamiento de sexual de jóvenes varones, reduciendo su promiscuidad sexual y aumentando la adopción más frecuente de métodos de planificación familiar.
  - Se ha logrado una mayor implicación de los hombres en el acompañamiento a las mujeres embarazadas y en el refuerzo del apoyo emocional durante el embarazo.
  - Las mujeres despliegan un mayor interés por su salud y la de sus hijos (vacunación, alimentación) y conceden más importancia a implicarse en los problemas de la comunidad.
- **No se han identificado impactos negativos generados por la estrategia**, tampoco impactos no deseados durante la ejecución de esta iniciativa.

## CONECTIVIDAD

- **Las actividades desarrolladas durante la estrategia han permitido el fortalecimiento de la capacidad institucional pública y de la red comunitaria** para dar respuesta a necesidades propias de un contexto humanitario.
- **La sostenibilidad institucional se ha basado en el fortalecimiento técnico y de capacidades de los centros de salud y de sus profesionales.** Por otro lado, no se ha identificado la posibilidad de que los gobiernos locales puedan desplegar, con el mismo nivel de eficacia y en el mismo número, las acciones de dotación de medicamentos y de productos de primera necesidad, la capacitación a profesionales y las acciones de sensibilización en relación a los DSR. Esto se debe principalmente a limitaciones presupuestarias y de recursos humanos.
- **En relación a la sostenibilidad técnico-operativa se ha constatado que las socias y las instituciones públicas locales disponen de los conocimientos necesarios para reproducir las acciones desarrolladas en la estrategia**, siendo las relativas a la rendición de cuentas y participación; y las que se dirigen a generar procesos de incidencia política y social las que parecen requerir de un mayor acompañamiento de FM.
- **No se puede confirmar que aseguren la sostenibilidad económica de la estrategia al margen de apoyo que realiza FM a través de la AVCS.** Estas circunstancias se enmarcan en un momento de retroceso del apoyo internacional a los 3 territorios, con descenso importante de las contribuciones que había estado realizando, entre otras agencias, ACNUR y la Cooperación de Estados Unidos. En RDC la sostenibilidad parece ser especialmente preocupante dado que, sin el apoyo de FM, está en riesgo la prestación gratuita de los servicios de los centros de salud.
- **La conectividad de la estrategia podría aumentarse buscando sinergias con otras iniciativas de acción humanitaria** para profundizar así en una respuesta integral a la mejora de la calidad de vida de las personas refugiadas. En la fase de trabajo de campo se ha tenido constancia de que introducir acciones para mejorar los medios de vida o emprendimientos de las mujeres podría ayudar a compatibilizar la estrategia con otros proyectos. El apoyo en el área económica y educativa ha sido ampliamente demandado por las titulares.

## COORDINACIÓN

- **La estrategia se ha alineado con la normativa local y con los principales planes estratégicos de cada país.**

- **En el ámbito de la coordinación destaca el amplio número de actores con los que se ha trabajado y la variedad de espacios y metodologías** a través de los cuales se ha desarrollado esta relación (actividades de formación y sensibilización, protocolos de actuación, reuniones de clústeres, etc).
- La **coordinación entre FM y las socias locales hay sido positiva**. Los equipos técnicos locales han valorado positivamente el trabajo de coordinación realizado por el equipo de FM, que ha dado un seguimiento directo a la estrategia, desplazándose con carácter periódico al territorio.
- **Las herramientas de comunicación**, como el correo electrónico, WhatsApp, las visitas de monitoreo a terreno y las reuniones mensuales entre el equipo de FM y las socias locales han funcionado correctamente.
- **En los 3 territorios las socias se han coordinado con otras organizaciones para derivar casos por motivos de especialización** (como, por ejemplo, organizaciones especializadas en apoyo psicológico como TPO, o que disponen de casas seguras como Good Neighbors en Uganda).
- La coordinación de la estrategia dispone de un ámbito **mejora en el apoyo al transporte que podría proporcionarse a las titulares de derechos y las promotoras**.

## COBERTURA

- **Durante la ejecución del proyecto, se ha conseguido cubrir las necesidades de salud de amplios porcentajes de la población desplazada y refugiada en los 3 países**. Aun así, ese número todavía sería porcentualmente bajo, principalmente entre las supervivientes de violencias. Esto se debe a la necesidad de abarcar más espacios y grupos y a la circunstancia de que todavía son realmente pocas las mujeres que se atreven a expresar las agresiones que han padecido. Es todavía baja la comunicación de casos; se debe a múltiples razones; en primer lugar, la propia dificultad que tiene para cualquier persona la expresión de episodios traumáticos de una vida. Pero también se detectan otros motivos, como que algunos grupos de mujeres todavía desconocen los intervalos para informar de los casos, y piensan que ya está tarde para denunciar y expresar estos problemas; otras mujeres tienen miedo a ser reprendidas por la familia o abandonadas por los maridos; o que la familia sea discriminada en la comunidad.
- Las **brigadas médicas y las visitas domiciliarias** parecen la mejor herramienta para ampliar el número titulares participantes en la estrategia.
- Las **organizaciones de jóvenes y mujeres lideresas han demostrado que tienen una gran capacidad para incorporar titulares de derecho a la estrategia**, dado que han trabajado en espacios concretos (hogares, iglesias, escuelas, etc.) transmitiendo sus experiencias y conciencia sobre la importancia de interesarse sobre diferentes temas.
- **Durante la fase de trabajo de campo, se ha reiterado que el proyecto debería responder a necesidades más específicas de la población masculina** (principalmente de los jóvenes) y de los menores de edad.
- **Existen grupos de población que todavía están infrarrepresentados en la estrategia**, como las personas refugiadas LGTBI en Kenia, y grupos étnicos específicos, por ejemplo, la etnia “banabwisha” procedente de Ruanda.

## APROPIACIÓN Y PARTICIPACIÓN

- **El proyecto ha contado con la participación de la población en sus fases de diseño, ejecución, monitoreo y seguimiento, siendo una estrategia demanda por la población y que ha contado con una**

**participación numerosa.** Las instituciones locales han mostrado explícitamente su apoyo a través de cartas de apoyo y acuerdos y han realizado demandas a los gestores de la estrategia en los diferentes espacios de participación.

- **Las acciones de PRC que se han dirigido a las titulares, informando de los avances y necesidades del proyecto han sido un componente de apropiación relevante.** Del mismo modo, la participación en las reuniones de los clústeres temáticos y la formación en protocolos y políticas a los titulares de responsabilidades habrían colaborado también en esta orientación conjunta.
- **La formación impartida por SANART sirvió para que las socias de cada país** conociesen mejor las características del trabajo que se realiza en los 3 contextos, fortaleciendo el planteamiento regional y de respuesta a problemas globales que tiene esta estrategia.
- **Se han elaborado documentos para la rendición de cuentas, todavía pendientes de lograr una mayor profundidad, y de compatibilizarse en su estructura con los principales acuerdos internacionales de la ayuda humanitaria.**

## 7. RECOMENDACIONES

A continuación, se incluyen las principales recomendaciones que se han obtenido proceso evaluativo, tal como se detalla en los Tdr que rigen el servicio, ordenadas por entidad a la que se dirigen:

### Farmacéuticos Mundi:

- En próximas formulaciones de la estrategia se recomienda que los indicadores del objetivo específico se expresen a través **valores cuantitativos y/o cualitativos** para así medir de forma más precisa su avance.
- Para la actividad de **aprovisionamiento de medicamentos** se ha solicitado en los 3 países, que en próximas estrategias se contemple la posibilidad de contar con **medicación psicotrópica** para las personas con problemas de salud mental, así como una mayor cantidad de **medicación para responder a las enfermedades crónicas** (hipertensión, diabetes, etc.). En RDC se considera necesario contar con un termómetro de pared para garantizar que los medicamentos se mantienen a la temperatura recomendada.
- Dada la especial vulnerabilidad de las y los menores en los 3 territorios en los que se ejecuta la estrategia, se puede recomendar la **importancia de profundizar en la revisión de los protocolos y acciones específicas de atención a menores**, que ya existen en Kenia, Uganda y RDC. Durante la ejecución de la estrategia el trabajo se ha centrado en los protocolos de gestión de medicamentos y de VbG, pero en próximas ediciones debería fortalecerse la revisión tanto de protocolos, como de acciones y políticas específicas de atención a los menores.
- Los grupos de apoyo psicológico a las supervivientes es una práctica de éxito de esta estrategia, pero de acuerdo a la opinión de las psicólogas y trabajadoras sociales locales, es preciso que este apoyo no sólo se centre en la fase terapéutica. **Se recomienda que se emprendan acciones para ayudar en las fases de tratamiento y recuperación de las supervivientes.** En este aspecto, tendría especial importancia la aportación de medicación psicotrópica a través de la financiación de la AVCS y de formación en técnicas de atención psicológica adaptada al contexto.
- Durante las fases de trabajo de campo de la evaluación se ha constatado el importante impacto que tienen los grupos de apoyo psicológico en la salud mental de las supervivientes, que gracias a la estrategia son capaces de describir los cruentos sucesos de violencias que han padecido a lo largo

de su vida. También se ha confirmado que las psicólogas, trabajadoras sociales, y en general, el personal técnico de las organizaciones socias expresa su empatía e identificación con los problemas de las supervivientes, una circunstancia que en ocasiones les habría llevado padecer traumas secundarios/traumas vicarios por la recurrencia en la exposición a esos relatos y por su implicación con los mismos. Para atenuar en cierta medida estos procesos, el equipo evaluador considera que la AVCS debería reservar una partida de fondos para que las psicólogas y trabajadoras puedan ser apoyadas terapéuticamente por un equipo externo de psicólogos en el control del estrés y en la gestión emocional.

- Las **promotoras de salud y las defensoras de género son actores clave** en esta estrategia a las que se recomienda seguir apoyando en los siguientes aspectos: i) dando continuidad a la formación en salud pública para que sean **capaces de identificar más enfermedades y problemáticas, y así atenderlas más rápido**; ii) dotándolas de una **remuneración estable** para que puedan sufragarse gastos de alimentación y transporte de forma adecuada y constante iii) apoyándolas con **materiales que den visibilidad a su trabajo y a la estrategia** (gorras, chalecos). De forma general, se recomienda que se **aumente el número de promotoras y defensoras** que actúan en el marco del proyecto, para así ampliar la cobertura de la estrategia, y también para facilitar el trabajo de las trabajadoras sociales, que en los 3 países atienden a un promedio de más de 100 familias.
- El documental **“Las que sobrevivimos”, de Itxaso Díaz**, ha tenido repercusión en la CAE, siendo a la vez una acción de incidencia social y de educación para la transformación social. Por conversaciones mantenidas en el terreno con los miembros de las socias se planteó la posibilidad de realizar un producto documental similar, pero dirigido a las sociedades africanas para emprender así procesos de sensibilización también en Kenia, Uganda y RDC. Respecto a posibles temáticas para otros documentales, se propuso que se pudiera mostrar una segunda parte en la vida de las protagonistas, que se encuentran ahora en proceso de recuperación al haberse incorporado a la estrategia, y expresando así un mensaje esperanzador.
- También en el ámbito de la incidencia, **se podría plantear la posibilidad de apoyar a algunas lideresas para que asistan a espacios internacionales (congresos, cumbres, simposios) para dar voz a las supervivientes del conflicto de RDC**. Se ha constatado que en los 3 países hay mujeres que despliegan un discurso fundamentado y con rigor que podría generar reacciones de los diferentes agentes de la comunidad internacional.
- Las **limitaciones en el transporte afectan el acceso de las titulares a los centros de salud, especialmente en RDC**, por este motivo se podría plantear la posibilidad de apoyar con el alquiler o compra de vehículos que realizasen una ruta por los territorios para llevar a las mujeres a los centros. Para resolver esta necesidad también se podrían crear alianzas con los responsables gubernamentales, o bien con ONGs para realizar rutas desde los lugares más alejados al centro de salud, asegurando un servicio de transporte semanal.
- **Se recomienda que se valore la posibilidad de realizar acciones de capacitación a la policía**. En los 3 países el personal técnico de las socias y las titulares de derechos y obligaciones expresaron su inquietud por la inoperancia policial, y por la existencia de casos de corrupción y de acosos hacia las personas refugiadas. A su vez, existe una desconfianza generalizada de las titulares hacia la policía. Aunque por ejemplo en Uganda existen mujeres agentes de policía que atienden específicamente los casos de VbG, parece necesaria una mayor formación en la atención a las supervivientes, así como mejorar la coordinación entre policía y las socias. Esto es especialmente necesario en RDC.
- **La atención legal para el acompañamiento a las supervivientes se ha realizado a través de la derivación a organizaciones expertas en el ámbito legal**. Para próximas ediciones de la estrategia se recomienda que en cada país pueda existir una abogada adscrita al proyecto que se coordine eficientemente con la policía y pueda dar acompañamiento a las mujeres en los procedimientos

judiciales. Asimismo, se deberían continuar con la sensibilización sobre la importancia de la denuncia como una forma para evitar la impunidad de los agresores.

- **Durante la fase de trabajo de campo se ha reiterado la importancia de proporcionar a las supervivientes una respuesta holística e integral a sus necesidades. Para lograr este cometido en los tres países se ha propuesto realizar acciones para mejorar los medios de vida de las mujeres y la educación de sus hijas e hijos.** Los ingresos económicos de las mujeres son prácticamente inexistentes en RDC y Uganda (en este país se realiza una aportación por parte de la OPM muy baja). En Uganda y RDC las mujeres han expresado la posibilidad contar con una aportación en forma de capital semilla, o algún apoyo mínimo para rentabilizar los terrenos de los que disponen, En Kenia, sería importante contar con formación para el empleo. Para responder a esta recomendación se podría realizar un diagnóstico inicial de oportunidades laborales en cada territorio.
- **Durante la ejecución de la estrategia se han emprendido acciones de PRC en las que se debería seguir profundizando. Se podría recomendar realizar un ejercicio de compatibilización con la Norma Humanitaria Esencial y el “Gran Bargain” de acuerdo a cómo se establece en el documento de la cooperación vasca “La rendición de cuentas en la acción humanitaria”.** Este trabajo tendría el objetivo final de elaborar un Plan de Rendición de Cuentas para el conjunto de la estrategia, que concretase adecuadamente las acciones a realizar en este ámbito.

#### **Agencia Vasca de Cooperación y Solidaridad:**

- El equipo evaluador recomienda a la AVCS que siga dando apoyo económico y técnico a esta estrategia de acción humanitaria para seguir profundizando en los resultados obtenidos en estos años de ejecución.
- Aunque la convocatoria de ayudas de la AVCS no incluye entre los gastos subvencionables los gastos de infraestructura, **se podría plantear la posibilidad de apoyar la creación de casas seguras**, dado que han sido muy demandadas por los titulares de responsabilidad y de derechos. En Kenia y Uganda se ha tenido constancia que las casas seguras apoyadas por el gobierno, y por la organización Good Neighbors respectivamente; presentan muchas deficiencias en sus servicios, tratándose de lugares a los que las supervivientes tienen reparos en asistir. Mejorar el acondicionamiento de estos espacios sería una medida importante para contribuir a que más supervivientes decidiesen dejar de convivir con el maltratador. En el mismo sentido, se ha propuesto que las promotoras pudiesen contar con más espacios confidenciales (una habitación) para que pudiesen atender a las titulares con mayor privacidad.
- Dado que las estrategias de acción humanitaria implican un importante compromiso personal e implicación, podría ser conveniente apoyar a los equipos de trabajo de las ONGS vascas para sepan gestionar mejor el estrés y la resiliencia. Este apoyo podría concretarse en **cursos de formación para el tratamiento de estos temas, y para fortalecer diversos aspectos de la salud mental.**

#### **Socias Locales:**

- **La entrega de provisiones básicas sigue siendo escasa para atender las necesidades de las mujeres.** En los 3 países se ha reiterado la importancia de contar con más kits de dignidad, que, a su vez, siguen sin contar con algunos productos. Este es el caso de los kits de Uganda, que no cuentan con pañales para personas adultas, un artículo indispensable para las mujeres que padecen hemorragia crónica. La importancia de incluir otros nuevos productos podría acciones de reivindicación y demanda de las de las socias locales y Farmamundi.
- **Las organizaciones socias deben seguir incentivando la actitud crítica de las titulares de derechos y los agentes locales respecto a la estrategia**, dando a entender que transmitir puntos débiles y áreas

de mejora no constituye minusvalorar el proyecto ni a las personas que lo ejecutan, sino aportar información importante para que todo funcione mejor. A su vez, se debe reiterar que los objetivos de la acción humanitaria se concentran en la restitución de unos derechos que han sido vulnerados, y que la comunidad internacional ha adquirido unas responsabilidades para ayudar en esta restitución. Por lo tanto, se debe explicar a los titulares que todos los aportes de la estrategia no son actos de caridad, sino obligaciones y responsabilidades de las organizaciones implicadas en la ejecución.

- En la A.3.3 se han elaborado documentos de **resultados y recomendaciones que se han compartidos en reuniones con equipos de los gobiernos locales y de las agentes de desarrollo**. Estos documentos deberían dar lugar a **planes de incidencia articulados con ejes estratégicos, líneas de actuación y acciones prioritarias** para así rentabilizar enteramente el trabajo realizado. Asimismo, si se desean generar procesos de incidencia política y social se podría recomendar **fortalecer las agrupaciones de personas desplazadas, o las organizaciones de jóvenes ya constituidas** que hay en los territorios, a través de capacitación en gestión organizativa y operativa.
- Para mejorar la conectividad de esta estrategia se podrían buscar **sinergias con intervenciones que otras ONGs extranjeras** están realizando. Esto se podría realizar a través de una recopilación del trabajo que realizan estas ONGs en cada territorio. Esta medida sería especialmente útil en un momento de retrocesos de las ayudas de acción humanitaria. **Como se indicaba con anterioridad, para lograr esta medida se debería continuar con los procesos de transferencia los contenidos de la estrategia a organizaciones no gubernamentales** para que pudieran ejecutar acciones concretas, por ejemplo, trasladar los conocimientos adquiridos en la identificación de provisiones básicas a otras organizaciones para que pudiesen apoyar esta tarea en próximas ediciones de la estrategia; o bien, formarles para que puedan organizar talleres de DAFO y elaborar documentos de recomendaciones.
- Para ampliar la cobertura del proyecto se debe seguir dando acompañamiento y apoyo a **mujeres lideresas locales y a jóvenes que puedan seguir incursionando en espacios de participación de las personas desplazadas, y así mejorar la incorporación en la estrategia de algunos grupos infrarrepresentados** (algunos minorías étnicas en Kyaka II de Ruanda, personas LGTBI en Kenia y personas con diversidad funcional) y de forma general para seguir incorporando supervivientes de VSbG que todavía están al margen del proyecto.
- La **participación de hombres en la estrategia todavía se constituye en una necesidad, aunque se han logrado impactos muy positivos en este grupo** (por ejemplo, con el aumento en la participación de los hombres en las consultas prenatales y en la atención a las mujeres embarazadas) parece preciso que se diseñen actividades dirigidas a ellos. **En los 3 países se ha planteado la posibilidad de organizar grupos de apoyo psicológico para hombres y de reflexión sobre la masculinidad**. Asimismo, hay que indicar la alta prevalencia del alcoholismo de los hombres, que podría llevar a la ejecución de **talleres para el tratamiento de las adicciones**. También parece preciso que se continúe con actividad para los jóvenes en entornos en los que habitualmente se relacionan: clubes deportivos, grupos de música, centros educativos, iglesias, etc.

## 8. PLAN DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para la comunicación y difusión del Informe Final de Evaluación se han previsto 2 grupos de acciones que se acordarán con el equipo de Farmamundi y los socios locales en los tres países:

- Inclusión del Informe Final de Evaluación en los portales electrónicos de Farmamundi, y de Iñaki Díaz-Consultoría en Cooperación.
- Difusión en redes sociales para la informar de los objetivos y resultados del proyecto con el objeto de sensibilizar y formar a un público general.

## 9. ANEXOS

ANEXO 1: TABLAS DE MATRICES, CRITERIOS Y PREGUNTAS DE EVALUACIÓN.

ANEXO 2: AGENDA DE TRABAJO DE CAMPO

ANEXO 3: RELACIÓN DE ACTORES CLAVE ENTREVISTADOS

ANEXO 4: MODELO DE ENTREVISTAS