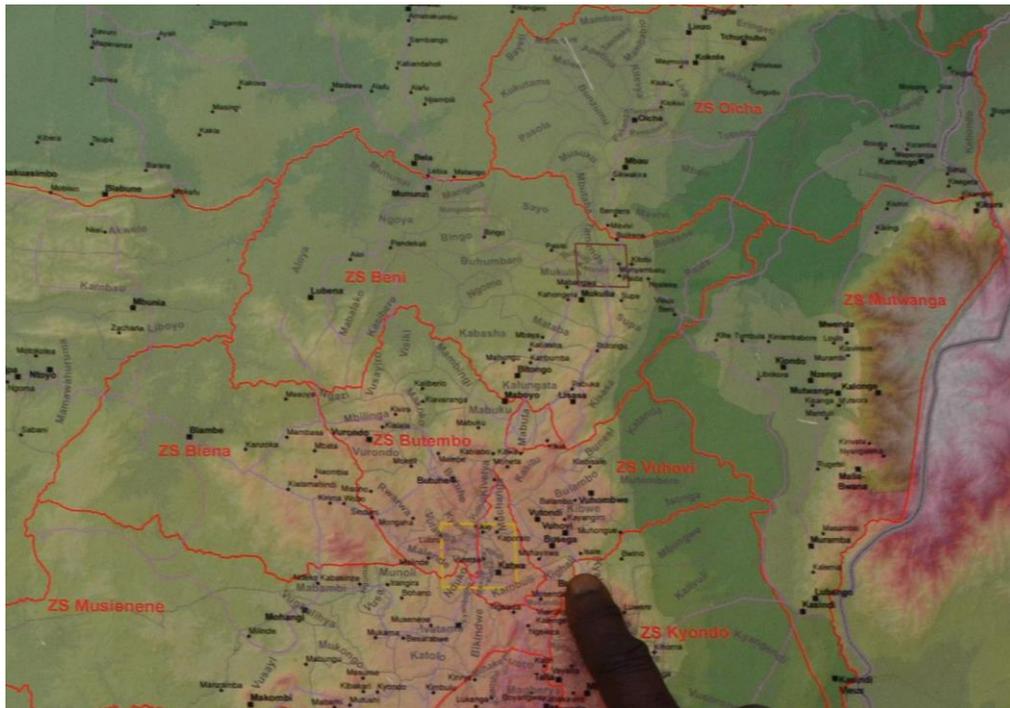


INFORME DE EVALUACIÓN FINAL EXTERNA DEL PROYECTO SOLHUM/2019/001

“DISPONIBILIDAD, CALIDAD Y ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) ANTE EL DETERIORO DE LA SITUACIÓN HUMANITARIA Y EL BROTE DE ÉBOLA EN BENI- KIVU NORTE, RDC”



22 de febrero de 2022

Período de evaluación: septiembre 2021-febrero 2022

SANART, el arte de hacer salud

Inma Gisbert Civera

Ana Zamacona

Fifi Soki Musubaho



CONTENIDO

AGRADECIMENTOS	2
ACRÓNIMOS	3
1. RESUMEN EJECUTIVO	4
1.1 Versión en español	4
1.2 Versión en francés – Résumé exécutive	10
2. INTRODUCCIÓN	16
3. OBJETIVOS Y ALCANCES	18
4. ANTECEDENTES Y CONTEXTO	20
5. METODOLOGÍA	24
6. CONDICIONANTES Y LÍMITES DE LA EVALUACIÓN	28
7. ANÁLISIS DE LOS DATOS	29
8. HALLAZGOS	29
8.1. Pertinencia o adecuación	30
8.2. Eficiencia	32
8.3. Partenariado y coordinación	34
8.4. Fortalecimiento de capacidades locales	36
8.5. Apropiación y participación (NHE Criterio 4)	38
8.6. Mecanismos de quejas y denuncias	38
8.7. Eficacia	39
8.8. Conectividad y enfoques transversales	37
8.9. Impacto	39
9. CONCLUSIONES	41
10. LECCIONES APRENDIDAS	44
11. RECOMENDACIONES	45
12. ACCIONES RECOMENDADAS PARA LA DIFUSIÓN DE LA EVALUACIÓN	48
ANEXOS	50
Anexo I. Matriz de evaluación	50
Anexo II. Guiones entrevistas, grupos y cuestionarios	52
Anexo III. Listado de participantes en el proceso de evaluación	62
Anexo IV. Ficha CAD	63

AGRADECIMENTOS

El trabajo de evaluación no se hubiese podido llevar a cabo sin el apoyo del equipo de Farmamundi y PPSSP que han contribuido al diseño y desarrollo de este ejercicio de evaluación. Sus aportes han alimentado los hallazgos y conclusiones del presente informe.

Nos gustaría también agradecer profundamente a todas las personas que han participado en las entrevistas y grupos y respondiendo a los cuestionarios. En especial, a las mujeres usuarias de los servicios de salud y a las y los profesionales que trabajan en ellos, por compartirnos su experiencia, opiniones y vivencias, que nos ha permitido conocer mejor la situación desde sus visiones y posiciones.

ACRÓNIMOS

ASRAMES	Asociación Regional de compra de medicamentos esenciales
CEDAW	Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (de sus siglas en inglés)
CEDEF	Convention sur l'Élimination de toutes formes de violences à l'égard des femmes
CLDH	Comité Local de Derechos Humanos
CPN	Control prenatal
CS	Centro de Salud
CSR	Centro de Salud de Referencia
DDHH	Derechos Humanos
DPS	Dirección Provincial de Salud
ES	Estructura de Salud
IASC	Inter-Agency Standing Committee (Comité Permanente entre Organismos)
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSVS	Víctimas de Violencia Sexual
NHE	Norma Humanitaria Esencial
OCHA	Oficina de Coordinación de Acción Humanitaria de NNUU
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PEP	Profilaxis Post Exposición (de sus siglas en inglés)
PF	Planificación familiar
PNDS	Plan Nacional de Desarrollo Sanitario
RDC	República Democrática del Congo
SNVBG	Estrategia Nacional de Lucha contra las Violencias Basadas en el Género
SRSS	Estrategia de Refuerzo al Sistema de Salud
SSR	Salud Sexual Reproductiva
SVS	Supervivientes de Violencia Sexual
VARD	Vinculación entre la ayuda de emergencia, rehabilitación y desarrollo
VbG	Violencia basada en Género
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida
VS	Violencia Sexual
ZS	Zona de Salud

1. RESUMEN EJECUTIVO

1.1 Versión en español

Se presenta a continuación el informe de evaluación externa del proyecto “Disponibilidad, calidad y acceso a la salud sexual y reproductiva (SSR) ante el deterioro de la situación humanitaria y el brote de ébola en Beni-Kivu Norte, RDC”, que ha sido realizada entre los meses de septiembre de 2021 y febrero de 2022.

El proceso de evaluación ha tenido como **objetivo general** aumentar la calidad de las intervenciones en derechos sexuales y reproductivos y violencia sexual; y como **objetivos específicos** (1) valorar la adecuación y pertinencia del diseño de la intervención en relación al contexto, (2) valorar los niveles de alcance de los resultados planificados de la intervención a partir de las actividades implementadas, (3) valorar la práctica de implementación de los actores involucrados, en especial en lo referente a la colaboración entre Farmamundi y PPSSP, con atención a los procedimientos de comunicación, coordinación y toma de decisiones para facilitar la transferencia de buenas prácticas y, (4) 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.

El proceso de evaluación ha incorporado un enfoque sistémico con el fin de permitir una visión articulada e interdependiente de las dimensiones de, diseño, proceso y resultados por la que se han organizado los criterios de evaluación que han sido los siguientes: pertinencia, coherencia interna, eficiencia, eficacia, cobertura e impacto.

El enfoque metodológico utilizado ha sido mixto incluyendo tanto fuentes secundarias como técnicas de recogida de información de carácter cuantitativo y cualitativo, orientado a la **utilidad y aprendizaje** desde una **mirada sistémica** que pretendía facilitar el análisis y la comprensión de todos los aspectos y que ha permitido una visión articulada e interdependiente de las dimensiones de diseño, proceso y resultados que han organizado la matriz de evaluación. Asimismo, la evaluación ha incluido criterios del CAD de manera combinada y complementaria con los criterios de la **Norma Humanitaria Esencial**.

Fruto del análisis realizado con la información y documentación disponible, el proceso de evaluación arroja las siguientes conclusiones por cada uno de los criterios:

La **pertinencia** del proyecto está asegurada tanto por la trayectoria de trabajo conjunto entre PPSSP y Farmamundi que asegura un conocimiento compartido del contexto y la situación de violencia sexual, como por la realización de la realización de una línea de base que ha permitido verificar y profundizar en las necesidades y problemas que fueron identificadas durante la formulación del proyecto así como facilitar el proceso de seguimiento y evaluación del mismo. Asimismo, el proyecto se alinea con los documentos de estrategia y planificación de las políticas públicas en VbG y SSR y Farmamundi es una de las pocas organizaciones que trabajan en Beni en SSR, en un contexto en situación de conflicto, con un sistema de salud muy débil que enfrenta retos muy importantes por la coexistencia de la epidemia del ébola, la pandemia del COVID y la situación de violencia sexual.

La ejecución del proyecto ha tenido una alta **eficiencia** por el uso y aprovechamiento de los recursos locales implicando a todos los actores comunitarios, así como por el porcentaje destinado a la ejecución de actividades (materiales y suministros, viajes y alojamiento, obra e infraestructura y otros servicios técnicos) y más en un contexto donde es complicado la implementación de las mismas por las condiciones de seguridad, así como por la situación variable de COVID y Ébola y por la buena ejecución del gasto.

Los mecanismos y espacios de **coordinación** establecidos y/o utilizados por el proyecto han resultado útiles, principalmente la coordinación entre PPSSP con Farmamundi, con los otros actores en la zona participando activamente en el subcluster de VbG y entre PPSSP y las ES que ha facilitado y contribuido al éxito de la implementación. La coordinación con PPSSP y la Zona de Salud de Beni ha sido muy estrecha durante todo el proyecto, participando y dando seguimiento a todas las actividades del proyecto gracias a la dotación de equipos informáticos que facilitó el proyecto. El personal comunitario y las ES manifiestan haber mejorado su coordinación durante la implementación del proyecto.

La incorporación del **enfoque de derechos** en el proyecto trabajando con todas las titularidades ha facilitado el **fortalecimiento de las capacidades locales**, tanto a nivel del sistema de salud como comunitario. Se destaca como los principales logros del proyecto en este sentido los siguientes: (1) la mejora de la capacidad de incidencia de las OSC y de los CLDH así como su interlocución con los titulares de obligaciones, (2) la mejora de las capacidades del personal de salud, (3) la mejora de la capacidad de seguimiento de PPSSP con las ES y, (4) la mejora de las capacidades comunitarias (consejeras comunitarias, jueces costumbristas y líderes comunitarios).

En relación a la **participación**, las instituciones locales, principalmente las ES, los titulares de responsabilidades (personal de salud, OSC y agentes comunitarios) y la población titular de derechos ha participado tanto en la identificación del proyecto como en la realización de la línea de base y en la implementación del proyecto. Asimismo, la **apropiación** se ha visto mejorada gracias a acciones como el trabajo conjunto y coordinado con la ES.

El proyecto ha contado con un **mecanismo de quejas y denuncias** que junto con la CAC han funcionado como espacios para la presentación de denuncias, aunque la gestión de las mismas no es conocida todos los actores participantes en el proceso de evaluación.

En relación a la **eficacia**, el proyecto ha contribuido significativamente a **reforzar las capacidades locales** para la atención de la SSR y de la VS a través de la mejora de las capacidades del personal de salud y del personal comunitario y de la dotación de insumos. El aumento de la cobertura es evidente en unas ES que antes del proyecto no brindaba atención a la VS y es de destacar que el 77% de las atenciones a MSVS se hayan realizado antes de las 72 horas.

El **fortalecimiento de las redes comunitarias** con la implementación del proyecto se ha constatado tanto por la mejora de sus capacidades, el número de sesiones implementadas, la

incorporación en las formaciones de los jueces costumbristas como pieza clave para cambiar creencias y actitudes a nivel comunitario y el aumento de la atención a la SSR derivado del mayor conocimiento que han tenido las mujeres de los servicios gracias a las sesiones de sensibilización.

Las **capacidades de las OSC y de los CLDH en incidencia política** se han visto reforzadas por las formaciones, por la elaboración de informes sobre la situación de la SSR y por la interlocución con titulares de obligaciones que no tenían antes del proyecto.

El proyecto ha incorporado el **enfoque de género** desde su diseño con la incorporación de acciones para la mejora de la VS y la SSR en relación a su calidad, disponibilidad y aceptabilidad. Asimismo, en la implementación se han identificado algunas acciones como: (1) la incorporación de los hombres en las sesiones de sensibilización que ha ocasionado que acudan más hombres a los servicios de SSR (2) la promoción de la participación de mujeres en los CLDH y, (3) el fortalecimiento de las consejeras comunitarias, tanto a nivel de capacidades como de reconocimiento de su rol.

En relación al **impacto**, aunque es difícil medirlo en un corto período de tiempo, se destacan a continuación algunos elementos que van más allá de los resultados previstos en el proyecto, como son: (1) la integración de los jueces y líderes tradicionales como referentes comunitarios como punto de apoyo para la sensibilización e identificación de situaciones de violencia sexual y su derivación a los prestatarios de servicios que ayuda a cambiar creencias y actitudes sobre la VS y VbG, (2) el aumento de la visibilidad de la violencia sexual, especialmente a través de emisiones de radio, como flagrante violación de los derechos humanos de las mujeres en las zonas donde interviene el proyecto, (3) el aumento de número de casos de VS atendidos de urgencia por debajo de las 72 h y, (4) una mayor conciencia de la población de la necesidad de acudir a servicios de SSR.

La **estrategia de salida** de Farmamundi y PPSSP está basada en la continuidad de proyectos de cooperación y en el refuerzo de capacidades tanto de titulares de obligaciones como de responsabilidades. El contexto de la provincia de Kivu Norte es un contexto de emergencia en el que resulta muy complicado diseñar una estrategia de salud a corto o medio plazo. A pesar de ello, se han identificado algunas acciones que contribuirán al mantenimiento de los logros conseguidos, como son: (1) el uso y la optimización de los recursos locales, (2) el aumento de las capacidades locales del personal de salud y comunitario y, (3) el alineamiento con las políticas y normativa local.

Asimismo, se han identificado las siguientes lecciones aprendidas:

En la fase de **formulación**:

- La elaboración de la línea de base de manera conjunta con PPSSP visitando las estructuras de salud ha permitido un mayor conocimiento de la situación inicial y la implicación de las ES desde el inicio.

En la fase de **implementación**:

- La sensibilización a través de la radio. La selección de Radio Grace, para la difusión de spots radios sobre la violencia sexual, la planificación familiar, y la salud sexual reproductiva en general, ha resultado muy acertada, al ser la radio más popular de Beni.
- Inclusión de los líderes tradicionales y jueces costumbristas en las actividades formativas del proyecto, tal y como se recomendó en una evaluación anterior de un proyecto de Violencia sexual en Beni y Lubero financiado por AACID y ejecutado entre diciembre de 2015 y marzo de 2018. La implicación de los jueces costumbristas por ser figuras importantes en la comunidad para la visibilización de la violencia.

En el **monitoreo y evaluación**:

- Supervisión regular y directa de PPSSP sobre las ES apoyadas por el proyecto. Esto ha permitido una mayor proximidad con el personal de salud y los CLDH que ha contribuido a una mejor atención en SSR y VbG.

Y el equipo evaluador realiza las siguientes **recomendaciones** que se han dividido en recomendaciones directamente relacionadas con el proyecto y recomendaciones para futuros proyectos en la zona de intervención:

Como recomendación inicial se propone crear un espacio de revisión de las recomendaciones de la evaluación en el que participen todos los actores involucrados (PPSSP y Farmamundi) con el fin de analizar y planificar su puesta en marcha.

Recomendaciones sobre el proyecto

1. **Analizar las posibilidades para mejorar el registro de la información en las ES.** Se considera un logro del proyecto disponer de toda la información sobre la atención para su análisis pero, con el fin de seguir fortaleciendo el sistema de información se recomienda, por un lado, que la información de todas las consultas, incluida la de planificación familiar esté desagregada por sexo y, por otro, mejorar la trazabilidad de los datos de las consultas con el fin de poder contar con la información referida al número de consultas pero también al número de mujeres que participan en ellas. En el caso de las consultas de planificación familiar se ha registrado el tipo de métodos contraceptivos facilitados, pero no quién los ha recepcionado por lo que no sabemos quién ha acudió a la consulta.
2. **Realizar una devolución de los resultados de la evaluación a las ES.** Se recomienda, tal y como se incluye en el plan de socialización de la evaluación incluido en el apartado 12, en el marco del Comité de salud, realizar una sesión de devolución con el personal de salud y la Zona de Salud de Beni sobre las principales conclusiones y recomendaciones de la evaluación con el fin de dar feedback sobre el trabajo realizado, aumentar su conocimiento sobre la situación así como sus capacidades de análisis y tomar decisiones para continuar las acciones.

3. **Promover una mayor difusión del trabajo de los grupos de autoayuda así como mapear otros recursos o activos en las comunidades** en las que se trabaja con los que las SVS puedan contar.
4. **Diseñar acciones de apoyo y continuidad con las OSC** . Si bien se ha valorado muy positivamente las acciones de fortalecimiento dirigidas a las OSC y a los CLDH para la incidencia política, existe una demanda manifiesta de un mayor apoyo para continuar en esa línea de trabajo. Por ello, se recomienda establecer reuniones de apoyo para trabajar (o continuar trabajando) en una metodología de, por un lado, identificación y sistematización de vulneración de DDHH y, por otro, de realización de campañas o mensajes para su denuncia.

Recomendaciones más allá del proyecto

5. **Extender la atención y el fortalecimiento del personal de salud en VS a más ES.** Una de las recomendaciones más comentadas en las encuestas, entrevistas individuales y grupales ha sido extender el apoyo a otras ES de Beni, ya que cuenta con 29 ES y el proyecto objeto de evaluación se ha centrado en 6. Aunque siempre todo proyecto debe priorizar unos temas, acciones y zonas, tal y como se ha hecho en este, se considera relevante ya que, por un lado muestra la pertinencia y necesidad del proyecto en la zona y, por otro, el hecho de contar con diferentes procesos en las distintas ES puede facilitar también el intercambio de aprendizajes entre las mismas.
6. **Estudiar la posibilidad de reforzar el control postnatal,** bien a través de consulta domiciliaria de manera combinada con las consejeras de salud o bien a través de los servicios de salud.
7. **Identificar/estudiar la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en las zonas de intervención.** El concepto de demanda insatisfecha de planificación familiar alude a la brecha entre el deseo reproductivo y de las mujeres y su comportamiento anticonceptivo. Este es un indicador del ODS 5, concretamente de la meta 5.6 que pretende asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen. El indicador concretamente es: Indicador: 5.6.1 Proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad que toman sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva. En este contexto se entiende que recoger esta información contribuiría a orientar los servicios de planificación familiar así como las acciones de sensibilización tanto para mujeres como para hombres.
8. **Incluir en la sensibilización en relación a la violencia sexual a niños y hombres.** El proyecto aborda la implicación de hombres en la prevención y sensibilización, así como el acceso a la planificación familiar, lo cual debe ser continuado; si bien la herramienta de datos de SVS está desagregada por sexo, no hay casos de VS contra niños y hombres reportados y los informes sobre SVS no presentan un análisis específico sobre la violencia sexual contra los mismos. La organización humanitaria Médicos Sin Fronteras encontró que el 3,4% de los casos de violencia sexual tratados entre 2009 y 2014 en la RDC correspondían a hombres. Sin embargo, un estudio publicado en 2010 elevó la cifra a un

23,6% de hombres víctimas de violencia sexual. Dada la situación de conflicto que se perpetúa en RDC, y que la violencia sexual contra hombres está más invisibilizada que la violencia sexual contra mujeres, y que no se ha tratado a ningún hombre según la base de datos del proyecto, se recomienda incorporar mensajes de sensibilización que tengan el objetivo de informar sobre la violencia sexual contra los niños y los hombres con el fin último de facilitar su acceso a la atención médica y psicosocial.

9. **Realizar evaluaciones mixtas en contextos de alta inseguridad.** En contextos en los que las condiciones de seguridad y salud no sean óptimas para la evaluación in situ por parte de un equipo externo evaluador, se recomienda considerar la posibilidad de hacer una evaluación mixta. En este sentido, se garantiza por un lado la contribución de un equipo externo y por otro, una recogida de datos más efectiva.

1.2 Versión en francés – Résumé exécutive

Le rapport d'évaluation externe du projet " « Disponibilité, qualité et accès à la santé sexuelle et reproductive (SSR) face à la détérioration de la situation humanitaire et à l'épidémie d'Ebola à Beni - Nord-Kivu, RDC ", qui s'est déroulé entre septembre 2021 et février 2022, est présenté ci-dessous.

L'objectif général du processus d'évaluation était d'améliorer la qualité des interventions en matière de droits sexuels et reproductifs et de violence sexuelle ; et comme **objectifs spécifiques** (1) évaluer l'adéquation et la pertinence de la conception de l'intervention par rapport au contexte, (2) évaluer les niveaux d'atteinte des résultats prévus de l'intervention sur la base des activités mises en œuvre, (3) évaluer la pratique de mise en œuvre des acteurs impliqués, notamment en ce qui concerne la collaboration entre Farmamundi et PPSSP, (4) évaluer la participation des titulaires de droits à la gestion du projet et la mesure dans laquelle l'expérience a contribué à renforcer leur protagonisme et leur leadership dans le développement local.

Le processus d'évaluation a intégré une approche systémique afin de permettre une vision articulée et interdépendante des dimensions de conception, de processus et de résultats à travers lesquelles les critères d'évaluation ont été organisés comme suit : pertinence, cohérence interne, efficacité, couverture et impact.

L'approche méthodologique utilisée était mixte, comprenant à la fois des sources secondaires et des techniques de collecte d'informations quantitatives et qualitatives, orientées vers **l'utilité et l'apprentissage** d'un **point de vue systémique** visant à faciliter l'analyse et la compréhension de tous les aspects et permettant une vision articulée et interdépendante des dimensions de conception, de processus et de résultats qui ont organisé la matrice d'évaluation. L'évaluation a également inclus les critères du CAD de manière combinée et complémentaire avec les critères de la **norme humanitaire fondamentale**.

À la suite de l'analyse des informations et de la documentation disponible, le processus d'évaluation aboutit aux conclusions suivantes pour chacun des critères :

La **pertinence** du projet est assurée à la fois par l'histoire du travail conjoint entre PPSSP et Farmamundi qui assure une connaissance partagée du contexte et de la situation de la violence sexuelle, ainsi que par la réalisation d'une base de référence qui a permis de vérifier et d'approfondir les besoins et les problèmes qui ont été identifiés lors de la formulation du projet ainsi que de faciliter le processus de suivi et d'évaluation du projet. En outre, le projet est aligné sur les documents de stratégie et de planification des politiques publiques en matière de VBG et de SSR et Farmamundi est l'une des rares organisations travaillant à Beni sur la SSR, dans un contexte de conflit, avec un système de santé très faible qui fait face à des défis très importants en raison de la coexistence de l'épidémie d'Ebola, de la pandémie de COVID et de la situation de violence sexuelle.

La mise en œuvre du projet a été très **efficace** en raison de l'utilisation et de l'exploitation des ressources locales impliquant tous les acteurs communautaires, ainsi que du pourcentage alloué à la mise en œuvre des activités (matériaux et fournitures, voyages et hébergement,

travaux et infrastructures et autres services techniques), surtout dans un contexte où leur mise en œuvre est compliquée par les conditions de sécurité, ainsi que par la situation variable du COVID et d'Ebola et la bonne exécution des dépenses.

Les mécanismes et espaces de **coordination** établis et/ou utilisés par le projet ont été utiles, principalement la coordination entre le PPSSP et Farmamundi, avec les autres acteurs de la zone participant activement au sous-cluster VBG et entre le PPSSP et les ES, ce qui a facilité et contribué au succès de la mise en œuvre. La coordination avec le PPSSP et la zone de santé de Beni a été très étroite tout au long du projet, participant et suivant toutes les activités du projet grâce à la mise à disposition de matériel informatique fourni par le projet. Le personnel de la communauté et les ES font état d'une meilleure coordination pendant la mise en œuvre du projet.

L'intégration de **l'approche basée sur les droits** dans le projet, en travaillant avec toutes les parties prenantes, a facilité le **renforcement des capacités locales**, tant au niveau du système de santé que de la communauté. Les principales réalisations du projet à cet égard sont les suivantes : (1) amélioration de la capacité de plaidoyer des OSC et des CLDH ainsi que de leur dialogue avec les responsables, (2) amélioration des capacités du personnel de santé, (3) amélioration de la capacité de suivi du PPSSP avec les ES et, (4) amélioration des capacités communautaires (conseillers communautaires, juges coutumiers et leaders communautaires).

En termes de **participation**, les institutions locales, principalement les ES, les détenteurs d'obligations (personnel de santé, OSC et agents communautaires) et les détenteurs de droits ont participé à l'identification du projet, à la ligne de base et à la mise en œuvre du projet. En outre, **l'appropriation** a été améliorée grâce à des actions telles que le travail conjoint et coordonné avec l'ES.

Le projet a disposé d'un **mécanisme de plaintes** et de dénonciation qui, avec le CAC, a fonctionné comme un espace de présentation des plaintes, bien que la gestion de ces plaintes ne soit pas connue de tous les acteurs impliqués dans le processus d'évaluation.

En termes d'**efficacité**, le projet a contribué de manière significative au **renforcement des capacités locales** pour les soins de SSR et de violence sexuelle en améliorant les capacités du personnel de santé et des communautés et en fournissant des intrants. L'augmentation de la couverture est évidente dans certains ES qui ne fournissaient pas de soins de SSR avant le projet, et il convient de noter que 77% de la prise en charge de violences sexuelles a été fournie dans les 72 heures.

Le **renforcement des réseaux communautaires** avec la mise en œuvre du projet a été confirmé par l'amélioration de leurs capacités, le nombre de sessions mises en œuvre, l'incorporation des juges coutumiers dans les sessions de formation comme élément clé pour changer les croyances et les attitudes au niveau communautaire, et l'augmentation de l'attention portée à la SSR dérivée de la meilleure connaissance que les femmes ont des services grâce aux sessions de sensibilisation.

Les **capacités des OSC et des CLDH en matière de plaidoyer** ont été renforcées par les formations, par l'élaboration de rapports sur la situation de la santé sexuelle et reproductive et par le dialogue avec les responsables qu'ils n'avaient pas avant le projet.

Le projet a intégré **l'approche genre** dès sa conception avec l'incorporation d'actions pour améliorer la qualité, la disponibilité et l'acceptabilité des VS et de la SSR. De même, dans le cadre de la mise en œuvre, certaines actions ont été identifiées comme suit : (1) l'intégration des hommes dans les sessions de sensibilisation, ce qui a incité davantage d'hommes à fréquenter les services de SSR ; (2) la promotion de la participation des femmes dans les CLDH ; et (3) le renforcement des conseillères communautaires, tant au niveau des capacités que de la reconnaissance de leur rôle.

En ce qui concerne **l'impact**, bien qu'il soit difficile à mesurer sur une courte période de temps, certains éléments qui vont au-delà des résultats prévus dans le projet sont mis en évidence ci-dessous, tels que : (1) l'intégration des juges et des chefs traditionnels en tant que référents communautaires comme point d'appui pour la sensibilisation et l'identification des situations de violence sexuelle et leur orientation vers des prestataires de services, ce qui contribue à changer les croyances et les attitudes à l'égard de la VS et de la VBG, (2) la visibilité accrue de la violence sexuelle, (2) une visibilité accrue de la violence sexuelle, notamment par le biais d'émissions de radio, en tant que violation flagrante des droits humains des femmes dans les zones de projet, (3) une augmentation du nombre de cas d'urgence de VS traités dans les 72 heures, et (4) une sensibilisation accrue du public à la nécessité de recourir à des services de santé sexuelle et reproductive.

La **stratégie de sortie** de Farmamundi et du PPSSP est basée sur la continuité des projets de coopération et le renforcement des capacités des deux porteurs de devoirs et des responsabilités. Le contexte de la province du Nord Kivu est un contexte d'urgence dans lequel il est très difficile de concevoir une stratégie de santé à court ou moyen terme. Néanmoins, certaines actions ont été identifiées qui contribueront à pérenniser les réalisations effectuées, telles que : (1) l'utilisation et l'optimisation des ressources locales, (2) le renforcement des capacités locales du personnel sanitaire et communautaire, et (3) l'alignement sur les politiques et réglementations locales.

En outre, les **leçons apprises** suivants ont été identifiés :

En phase de **formulation** :

- L'élaboration de la ligne de base conjointement avec le PPSSP en visitant les structures sanitaires a permis une meilleure connaissance de la situation initiale et l'implication des ES dès le début.

Dans la phase de **mise en œuvre** :

- Sensibilisation par la radio. La sélection de Radio Grace pour diffuser des spots radio sur la violence sexuelle, le planning familial et la santé sexuelle et reproductif en

général a été un grand succès, car il s'agit de la station de radio la plus populaire de Beni.

- L'inclusion des chefs traditionnels et des juges coutumières dans les activités de formation du projet, comme recommandé dans une précédente évaluation d'un projet sur les violences sexuelles à Beni et Lubero financé par l'AACID et mis en œuvre entre décembre 2015 et mars 2018. L'implication des juges coutumières en tant que figures importantes de la communauté pour la visibilité des violences.

Dans le **suivi et l'évaluation** :

- Supervision régulière et directe du PPSSP sur les ES soutenus par le projet. Cela a permis une plus grande proximité avec le personnel de santé et le CLDH, ce qui a contribué à une meilleure prise en charge de la SSR et de la VBG.

Et l'équipe d'évaluation formule les **recommandations** suivantes :

Comme recommandation initiale, il est proposé de créer un espace de révision des recommandations de l'évaluation auquel participent tous les acteurs impliqués (PPSSP et Farmamundi) afin d'analyser et de planifier leur mise en œuvre.

Recommandations sur le projet

1. **Analyser les possibilités d'améliorer l'enregistrement des informations dans les ES.** Le fait de disposer de toutes les informations sur les soins à des fins d'analyse est considéré comme une réussite du projet. Afin de continuer à renforcer le système d'information, il est recommandé, d'une part, de ventiler par sexe les informations sur toutes les consultations, y compris celles de planification familiale, et, d'autre part, d'améliorer la traçabilité des données sur les consultations afin de disposer d'informations sur le nombre de consultations mais aussi sur le nombre de femmes qui y participent. Ces dernières données sont particulièrement pertinentes dans le cadre du contrôle prénatal et postnatal afin de connaître le nombre de visites effectuées par chaque femme pendant la grossesse et le post-partum.
2. **Fournir un retour d'information sur les résultats de l'évaluation aux ES.** Il est recommandé, dans le cadre du comité de santé, d'organiser une session de feedback avec le personnel de santé et la zone de santé de Beni sur les principales conclusions et recommandations de l'évaluation afin de donner un retour sur le travail effectué, d'augmenter leur connaissance de la situation ainsi que leurs capacités d'analyse et de prendre des décisions pour la suite.
3. **Promouvoir une plus grande diffusion du travail des groupes de soutien mutuel** ainsi que la cartographie des autres ressources ou atouts des communautés sur lesquels le SVS peut compter.
4. **Concevoir des actions de soutien et de continuité avec les OSC.** Bien que les actions de renforcement visant les OSC et les CLDH pour le plaidoyer politique aient été très positivement appréciées, il y a une demande claire pour un plus grand soutien afin de continuer dans cette ligne de travail. Il est donc recommandé de mettre en place des réunions de soutien pour travailler (ou continuer à travailler) sur une méthodologie

permettant, d'une part, d'identifier et de systématiser les violations des droits de l'homme et, d'autre part, de mener des campagnes ou des messages pour les dénoncer.

Recommandations pour la suite du projet

5. **Extension des soins et renforcement du personnel de santé en VS à plus de ES.** L'une des recommandations les plus commentées dans les enquêtes, les entretiens individuels et de groupe était d'étendre le soutien à d'autres ES à Beni, car il y en a 29 et le projet en cours d'évaluation s'est concentré sur 6. Bien que chaque projet doive toujours donner la priorité à certains thèmes, actions et domaines, comme cela a été fait dans celui-ci, cela est considéré comme pertinent car, d'une part, cela montre la pertinence et la nécessité du projet dans la région et, d'autre part, le fait d'avoir différents processus dans les différents établissements d'enseignement supérieur peut également faciliter l'échange d'apprentissage entre eux.
6. **Étudier la possibilité de renforcer les contrôles postnatals,** soit par des visites à domicile en combinaison avec les conseillers de santé, soit par les services de santé.
7. **Identifier/étudier la demande non satisfaite de contraception dans les zones d'intervention.** Le concept de demande non satisfaite en matière de planification familiale fait référence à l'écart entre le désir reproductif des femmes et leur comportement en matière de contraception. Il s'agit d'un indicateur de l'ODS 5, plus précisément de la cible 5.6, qui vise à assurer l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, comme convenu conformément au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, au programme d'action de Pékin et aux documents issus de ses conférences d'examen. L'indicateur spécifique est le suivant : Indicateur : 5.6.1 Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui font leurs propres choix en connaissance de cause en matière de relations sexuelles, d'utilisation de contraceptifs et de soins de santé génésique. Dans ce contexte, il est entendu que la collecte de ces informations permettrait d'orienter les services de planification familiale ainsi que les actions de sensibilisation des femmes et des hommes.
8. **Mener des évaluations mixtes dans des contextes de grande insécurité.** Dans les contextes où les conditions de santé et de sécurité ne sont pas optimales pour une évaluation sur site par une équipe d'évaluation externe, il est recommandé d'envisager une évaluation mixte. Cela garantit à la fois la contribution d'une équipe externe et une collecte de données plus efficace.
9. **Sensibilisation pour améliorer l'accès aux soins contre la violence sexuelle, y compris pour les garçons et les hommes.** Le projet aborde la question de l'implication des hommes dans la prévention et la sensibilisation, ainsi que l'accès au planning familial, ce qui doit être poursuivi ; bien que l'outil de données VSS soit désagrégé par sexe, aucun cas de VBG contre les garçons et les hommes n'a été signalé et les rapports VS ne présentent pas d'analyse spécifique de la violence sexuelle contre les hommes. L'organisation humanitaire Médecins sans frontières a constaté que 3,4 % des cas de violences sexuelles traités entre 2009 et 2014 en RDC concernaient des hommes. Toutefois, une étude publiée en 2010 a porté ce chiffre à 23,6 % des hommes victimes de violences sexuelles. Compte tenu de la situation de conflit perpétué en RDC, du fait que les violences sexuelles contre les hommes sont plus invisibles que les violences sexuelles contre les femmes, et qu'aucun homme n'a

été traité selon la base de données du projet, il est recommandé d'intégrer des messages de sensibilisation visant à informer sur les violences sexuelles contre les garçons et les hommes dans le but ultime de faciliter leur accès aux soins médicaux et psychosociaux.

2. INTRODUCCIÓN

Se presenta a continuación el Informe de la evaluación final externa del proyecto “Disponibilidad, calidad y acceso a la salud sexual y reproductiva (SSR) ante el deterioro de la situación humanitaria y el brote de ébola en Beni-Kivu Norte, RDC”.

La presente evaluación final ha sido realizada por **SANART - el arte de hacer salud**, que aporta una larga trayectoria de sus miembros en el ámbito de la Salud, la Cooperación Internacional, la Participación y la Igualdad de género.

SANART - el arte de hacer salud es una entidad de carácter feminista conformada por mujeres y hombres con una larga trayectoria profesional en el ámbito de la cooperación internacional al desarrollo, la salud y la educación. Entre nuestros objetivos se encuentran el aprendizaje e intercambio de saberes entre profesionales del ámbito de la salud que desarrollan sus acciones en la Intervención Social, la Cooperación Internacional y el desarrollo social y personal y la asesoría y el acompañamiento metodológico en procesos relacionados con la Cooperación Internacional, la Intervención Social, la Investigación, la Educación para la Salud, desde el enfoque de género y de derechos.

Concretamente, para esta consultoría el equipo de trabajo ha estado compuesto por tres consultoras, dos de ellas españolas con formación especializada en el ámbito de la salud pública, las políticas públicas, la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, así como el enfoque de derechos y de género. Además, cuentan como equipo con formación específica en evaluación y más de once años de experiencia profesional en este ámbito y con conocimiento del contexto. La otra consultora es congoleña y cuenta con un amplio conocimiento tanto del contexto como de la situación de la salud sexual y reproductiva en Kivu Norte.

Inma Gisbert Civera - Licenciada en Psicología con formación de postgrado en Cooperación al Desarrollo, Máster en Salud Pública, Máster en VIH y sida, Diploma de Salud Pública y Género y Diploma en Gestión de Determinantes Sociales de la Salud. Cuenta además con formación adicional en investigación social y evaluación.

En sus más de veinte años de experiencia en Cooperación al desarrollo ha trabajado en ONGD, organizaciones locales de países del sur, en la AECID (tanto en sede como en terreno), en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, en la Escuela Andaluza de Salud Pública, en la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS) y como consultora independiente.

En los últimos años ha participado en diferentes procesos de evaluación en el ámbito de la salud pública en diversos países y ha trabajado como Especialista en Evaluación en la OPS en el diseño de herramientas de evaluación. Destacamos su amplio conocimiento y experiencia en evaluación, en salud pública, desigualdades sociales en salud y enfoque de derechos, así como de los sistemas de salud y en evaluación, así como su conocimiento del contexto habiendo realizado una evaluación en 2018 de un proyecto sobre salud sexual y reproductiva y violencia sexual en Kivu Norte.

Ana Zamacona - Licenciada en Administración y Dirección de Empresas, Máster en Acción Humanitaria Internacional, posee amplia experiencia profesional en Cooperación Internacional al desarrollo, en la gestión y asistencia técnica en todas las fases del ciclo del proyecto (identificación, diseño, monitoreo y evaluación).

En sus más de quince años de experiencia en Cooperación al desarrollo ha gestionado proyectos de salud principalmente, incluyendo salud materno – infantil a nivel primario y secundario incluyendo salud sexual reproductiva (prenatal, postnatal, parto, planificación familiar), nutrición, emergencia y Ébola. Ha trabajado en proyectos de violencia sexual que incluyen atención médica y psicosocial, derivaciones, trabajo con líderes comunitarios, escuelas, otros actores, desarrollo de protocolos y procesos formativos.

Tiene capacidad de análisis para la concepción, elaboración y evaluación de políticas, estrategias y procedimientos internos en ONG y ha estado involucrada en la generación de procesos formativos al respecto. En este aspecto, ha impartido formaciones en diferentes temáticas destacando violencia de género en contextos humanitarios.

Destacamos su amplio conocimiento y experiencia en elaboración de indicadores de resultados, herramientas de seguimiento de proyectos, mejora de procesos internos de los proyectos, fortalecimiento de capacidades de personal, análisis de contexto de seguridad, desarrollo de SOPs, planes de contingencia y reglamento de seguridad.

Fifi Soki Musubaho- Diplomada en Desarrollo comunitario y con Máster en Desarrollo Comunitario. Tiene experiencia en organizaciones y en seguimiento y evaluación de proyectos, principalmente en el área de Butembo, en la provincia de Kivu Norte. Ha participado en numerosas formaciones y tiene conocimientos sobre planificación familiar, mecanismos comunitarios inter-agencias, proceso de denuncia y derivación para los casos de explotación y abuso sexual, lucha contra el Ébola. Cuenta con experiencia en la aplicación de técnicas de recogida de datos como grupos de discusión, cuestionarios y entrevistas; y en el análisis de los datos.

La estructura de presente informe se divide en 7 grandes apartados:

- i) un primer apartado de presentación de los objetivos y alcance del proceso de evaluación,
- ii) un segundo apartado de antecedentes y contexto,
- iii) un tercer y cuarto apartado donde se explica la metodología y condicionantes del proceso de evaluación,
- iv) un quinto apartado donde se describe cómo se ha realizado el análisis de la información,
- v) en el sexto se presentan los hallazgos del proceso de evaluación organizados por los criterios analizados,
- vi) en el séptimo, octavo y noveno apartado se detallan las conclusiones, lecciones aprendidas y recomendaciones generadas en el proceso de evaluación.
- vii) Por último, se incluye un apartado con una propuesta de acciones para la difusión de la evaluación.

3. OBJETIVOS Y ALCANCES

El proyecto objeto de evaluación se inició el 1 de junio de 2020 y ha finalizado el 31 de agosto de 2021. Ha tenido una duración de 15 meses y ha contado con un presupuesto total de 374.688,34 € de los cuales 272.688,34 € han sido financiados por la Generalitat Valenciana.

La evaluación ha tenido como **objetivo general** aumentar la calidad de las intervenciones en derechos sexuales y reproductivos y violencia sexual; y como **objetivos específicos** los siguientes:

1. Valorar la adecuación y pertinencia del diseño de la intervención en relación al contexto.
2. Valorar los niveles de alcance de los resultados planificados de la intervención a partir de las actividades implementadas.
3. Valorar la práctica de implementación de los actores involucrados, en especial en lo referente a la colaboración entre Farmamundi y PPSSP, con atención a los procedimientos de comunicación, coordinación y toma de decisiones para facilitar la transferencia de buenas prácticas.
4. 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.

El **alcance geográfico** de la evaluación ha sido la zona de intervención del proyecto, las 6 Estructuras de salud participantes: Madrandele, Kazunlinzuli, Saiyo, Tamende, Mavivi y Butsili.

El **alcance temporal** de la evaluación ha abarcado todo el período de implementación del mismo (1 de junio de 2020 a 31 de agosto de 2021) y se ha llevado a cabo entre el 15 de septiembre y el 15 de febrero de 2022. Este trabajo se ha desarrollado en tres fases que se detallan a continuación:

Fase 1. Trabajo de gabinete que se inició con una reunión en la que identificaron las necesidades informativas y los documentos y se revisó la propuesta metodológica con Farmamundi. Posteriormente, se procedió a la revisión y análisis de la documentación más relevante relacionada con el proyecto y el contexto, así como a la preparación de los instrumentos de recogida de información (guiones de entrevista y grupos de discusión y cuestionarios) que se incluyen en el anexo II basados en las dimensiones y criterios de evaluación que fueron incluidos en la matriz de evaluación (anexo I). Durante esta fase se elaboró también el Plan de trabajo de la evaluación que fue consensuado con el comité de seguimiento de la evaluación que incluye al equipo evaluador, a Farmamundi y a PPSSP.

La propuesta de cronograma del trabajo de campo ha tenido en cuenta la distancia entre centros de salud, los agentes participantes y consultados en el proceso de evaluación y las limitaciones de acceso por motivos de seguridad en la zona.

Fase 2. Trabajo de campo: El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 18 y 29 de octubre de 2021. La evaluadora en terreno, Fifi Musubaho fue la encargada de liderar este trabajo con el

apoyo y acompañamiento de PPSSP y de un encuestador que fue contratado para aplicar todos los cuestionarios y, de esta manera, aumentar la tasa de respuesta.

Fase 3. Elaboración de informe: Durante los meses de noviembre y diciembre se ha procedido a analizar la información y a redactar el informe. En este proceso se han llevado a cabo reuniones de trabajo regulares de todo el equipo evaluador, la revisión de la documentación recabada, así como de las fuentes de verificación disponibles en la sede de Farmamundi. El presente informe borrador será revisado por Farmamundi y se llevará a cabo una reunión para comentar y realizar aportes al mismo. Posteriormente, se elaborará la versión final del informe y se llevará a cabo una sesión de presentación de las conclusiones y recomendaciones de todo el proceso.

Los agentes que han participado en el proceso de evaluación han sido los siguientes:

- **Titulares de derechos:** población usuaria de los servicios de salud, mujeres embarazadas, víctimas de violencia sexual y población participante en actividades de sensibilización.
- **Titulares de responsabilidades:** profesionales de salud participantes de las formaciones del proyecto, las consejeras comunitarias, los líderes comunitarios y los jueces comunitarios, representantes de la sociedad civil PPSSP y Farmamundi.
- **Titulares de obligaciones:** Dirección Provincial de Salud (DPS) y las autoridades locales.

El objetivo general de la evaluación, aumentar la calidad de las intervenciones en derechos sexuales y reproductivos y violencia sexual, está alineado con el Eje 2 del IV Plan Director de la Cooperación Valenciana 2017-2020. Concretamente, esta evaluación pretende valorar en qué medida se ha promovido el derecho a los servicios básicos de salud y se han fortalecido los sistemas públicos de sanidad (Objetivo Operativo 2.1.1 de la Estrategia 2.1), en especial la atención primaria y el acceso a los servicios de salud reproductiva y materno-infantil; incluyendo la violencia sexual (Objetivo operativo 2.2.3).

Si bien la República Democrática del Congo no aparece en el listado de prioridades geográficas, el Plan Director contempla que los proyectos de Acción Humanitaria podrán realizarse en cualquier país para contribuir a dar respuesta a las necesidades de vulnerabilidad de las personas que padecen crisis provocadas por desastres y conflictos de diversa índole.

Dentro de los criterios de evaluación, se ha incluido el criterio de conectividad y de enfoques transversales que están determinados para evaluar si se han integrado en la intervención la perspectiva de género y de edad, el enfoque basado en los derechos humanos, la sensibilidad al conflicto y la cultura de paz, el fomento de la participación de la población afectada y un enfoque multicultural y medioambiental; tal y como recoge también este Plan Director y la Estrategia de acción humanitaria de la Comunidad Valenciana 2018-2022.

El objetivo específico 3 de la evaluación está en línea con uno de los compromisos del Grand Bargain, recogidos en la Estrategia de acción humanitaria, que es el mayor apoyo a actores locales y nacionales. El proceso de evaluación ha incluido una valoración de la práctica de implementación de los actores involucrados, en especial en lo referente a la colaboración

entre Farmamundi y PPSSP, con atención a los procedimientos de comunicación, coordinación y toma de decisiones para facilitar la transferencia de buenas prácticas y contribuir a la “localización” mencionada en la estrategia.

El objetivo específico 4 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 está directamente relacionado con la “revolución de la participación”: incluyendo a personas afectadas en la toma de decisiones del Grand Bargain adoptado en la World Humanitarian Summit (WHS) en 2016.

La Estrategia de acción humanitaria recoge también iniciativas de calidad y mejora en la acción humanitaria, es por ello que para evaluar la mejora de la calidad de la intervención en RDC se han incorporado criterios de evaluación vinculados a la Norma Humanitaria Esencial (CHS por sus siglas en inglés).

4. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

La República Democrática del Congo (RDC) es un país inmerso en una de las situaciones humanitarias más complejas del mundo y, concretamente, en Kivu Norte donde se ubica la ciudad de Beni, existe una situación de conflicto y violencia relacionada con la explotación ilegal de recursos minerales preciosos, conflictos entre diversos grupos étnicos transfronterizos y la presencia de grupos armados. Esta situación ocasionó el desplazamiento forzoso de más de 1 millón de personas en 2018 sumando un total de más de 4,5 millones de personas en todo el país que viven en esta situación.

Asimismo, la violencia sexual se ha generalizado en la zona como una estrategia de desestabilización de la zona de intervención y supone sin duda la más dura de las expresiones de la desigualdad de género que padecen las mujeres en la RDC.

La RDC ha sido también una zona endémica de Ébola y en los últimos tiempos ha vivido un brote que ha durado más de dos años con una tasa de letalidad del 66% y que ha sido considerado el segundo brote más letal registrado en todo el mundo, tan solo por detrás del brote del 2014. El 25 de junio de 2021 se decretó el fin de este brote, pero durante el mes de octubre, coincidiendo con el trabajo de campo de la presente evaluación, se han vuelto a registrar casos de Ébola.

La pandemia del COVID-19 también ha afectado en la RDC siendo uno de los países más afectados de África Subsahariana y siendo la provincia de Kivu Norte calificada de alto riesgo por su carácter fronterizo con Uganda y Ruanda. Las cifras registradas de casos en Kivu Norte muestran que existe una baja capacidad de detección, así como de atención por parte de los servicios sanitarios de la zona. En la RDC, desde el 3 de enero de 2020 hasta el 22 de noviembre de 2021, se han registrado 57.977 casos confirmados de COVID-19 con 1.104 muertes, notificados a la OMS. En la provincia de Kivu Norte se han registrado hasta ahora noviembre de 2021 6.239 casos de Coronavirus y hasta el 22 de noviembre de 2021, se han

administrado un total de 167.791 dosis de vacuna. El 25 de noviembre empezó una campaña de vacunación en Kivu Norte que planea vacunar a 400.000 personas.

La debilidad del sistema de salud unida a la situación de violencia y de desplazamiento forzoso hace que los derechos sexuales y reproductivos sean vulnerados y que responder al brote del Ébola y al COVID-19 resulte muy complejo.

Farmamundi lleva trabajando desde el año 2003-2004 en la RDC y, concretamente con PPSSP desde hace 14 años. En el año 2017 diseñaron conjuntamente su estrategia de trabajo y con el proyecto objeto de la presente evaluación han querido mejorar el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva entre la población más desfavorecida en la ciudad de Beni tras el brote del virus epidémico del Ébola, particularmente con la prevención y atención de la violencia sexual en 6 estructuras de salud en Kivu Norte.

Para ello, se han abordado tres ejes que serán analizados en los criterios de fortalecimiento de capacidades locales, eficacia y apropiación y participación:

1. **El fortalecimiento de la DPS y de las estructuras de salud y profesionales sanitarios** con el fin de asegurar una respuesta temprana y de calidad a la situación de violencia y promover la salud sexual y reproductiva en la zona urbana de Beni entre la población desplazada interna y de acogida más desfavorecida.
2. **Empoderamiento de agentes comunitarios** para mejorar el ejercicio del derecho a la salud en contextos de crisis prolongadas con especial énfasis en los derechos sexuales y reproductivos y la violencia sexual.
3. **Promover las capacidades para la incidencia política** con el fin de asegurar el derecho a la salud y una vida libre de violencias por parte de las instituciones públicas locales y regionales.

Se presenta a continuación una tabla con los tres resultados del proyecto y las actividades diseñadas para cada uno de ellos:

RESULTADOS	ACTIVIDADES
<p>R1. 6 Estructuras de Salud en Beni han reforzado sus capacidades de respuesta a los casos de violencia basada en el género (particularmente la atención de MSVS) y los servicios de salud sexual y reproductiva con un enfoque de género durante todo el ciclo vital en un contexto de brote del virus del ébola.</p>	<p>A1R1. Realización de 1 formación en coordinación con la DPS para la especialización del personal sanitario (12) responsable de la atención a MSVS y VbG en seis (6) estructuras de salud.</p>
	<p>A2R1. Realización de 1 formación en coordinación con la DPS para el refuerzo de capacidades de counselling sobre derechos sexuales y reproductivos y técnicas de planificación familiar (foco en una sexualidad responsable en un contexto de brote de ébola) en seis (6) estructuras de salud.</p>
	<p>A3.R1. Realización de 1 formación en coordinación con la DPS para el refuerzo de capacidades de control prenatal y postnatal en casos de riesgo en seis (6) estructuras de salud, que evite la transmisión vertical de ébola/VIH.</p>
	<p>A4R1. Difusión en coordinación con la DPS del protocolo de acogida y referenciación de las MSVS entre las estructuras de salud en Beni.</p>
	<p>A5R1. Entrega de medicamentos y útiles médicos para garantizar los DSR-prevención ITS, ébola, planificación familiar y otros- (en coordinación con la ASRAMES) en las seis (6) estructuras de salud.</p>
	<p>A6R1. Asistencia sanitaria integral a MSVS y mujeres embarazadas desplazadas en Beni en las 6 estructuras de salud.</p>
	<p>A7R1. Dotación de material y equipamiento para la protección contra el ébola.</p>
<p>A8R1. Derivación de casos a organizaciones especializadas para el apoyo jurídico y asistencia legal a MSVS.</p>	
<p>R2. Redes comunitarias incorporan la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en sus acciones para mejorar la identificación de casos de violencia basada en el género y evitar la estigmatización de las supervivientes.</p>	<p>A1.R2. Formación sobre la promoción de la igualdad de género y de los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos (con foco en la orientación preventiva de ITS, ébola y VbG) a 12 líderes/lideresas comunitarias+12 jueces coutumiers.</p>
	<p>A2.R2. Puesta en marcha y coordinación de una red comunitaria de 12 agentes promotores de derechos sexuales y reproductivos en las 6 Estructuras de Salud (CLDH) que actúe como referente de orientación en charlas sobre sexualidad responsable y prevención de la transmisión sexual del virus del ébola.</p>
	<p>A3.R.2. Realización por parte de la red comunitaria (CLDH) de acciones de promoción de derechos sexuales y reproductivos con público de colegios, iglesias, puntos de encuentro, etc., para la promoción de una sexualidad responsable/prevención de ITS, ébola y VbG: 384 sesiones dirigidas a estudiantes+192 sesiones dirigidas a profesorado.</p>
	<p>A4.R2. Promoción comunitaria de la igualdad de género y la buena salud sexual y reproductiva: realización de 1.152 sesiones de sensibilización-formación dirigida específicamente a las familias con mujeres embarazadas para la promoción de la igualdad de género y la identificación de buenas prácticas relacionadas con una maternidad sin riesgo y cuidados prenatales que eviten la transmisión vertical del ébola/VIH.</p>
	<p>A5R2. Sensibilización a través de la radio para prevención de la violencia sexual, la identificación de casos de vulneración de derechos y referenciación de MSVS a servicios especializados-elaboración de spot radial con la colaboración de agentes comunitarios (CLDH).</p>
	<p>A6R2. Creación de grupos de mujeres o apoyo a los ya existentes para favorecer los cuidados mutuos, el intercambio y aprendizaje para la recuperación psicosocial de supervivientes.</p>

RESULTADOS	ACTIVIDADES
<p>R3. Reforzadas las capacidades de incidencia en políticas públicas entre la sociedad civil y los grupos de mujeres organizados en Beni para demandar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y una vida libre de violencias ante las autoridades locales y provinciales en un contexto de brote de ébola.</p>	<p>A1R3. Realización de 2 formaciones para el refuerzo de capacidades organizativas de la sociedad civil y grupos de mujeres organizadas en incidencia en políticas públicas y visibilización de sus demandas.</p>
	<p>A2R3. Elaboración de informes de seguimiento y análisis de los DSR en las 6 Estructuras de salud de Beni.</p>
	<p>A3R3. Difusión entre las autoridades competentes (locales y regionales) de informes de seguimiento y análisis del ejercicio de los DSR en las 6 Estructuras de salud de Beni.</p>

5. METODOLOGÍA

El proceso de evaluación ha partido de un **enfoque orientado a la utilidad, participativo y de género centrado y orientado hacia las personas y basado en sus derechos**. Por ello, se ha tomado como punto de partida las necesidades informativas de las personas implicadas en el proyecto tenía, y se ha promovido un proceso en el que, a pesar de las dificultades del contexto, se ha intentado dar voz a todas aquellas personas, entidades e instituciones que han participado en alguna de las acciones del proyecto.

La metodología utilizada ha sido mixta aplicándose técnicas tanto cuantitativas con el fin de conocer la dimensión de algunos de los temas abordados preguntándole al mayor número de personas posibles, como ha sido el caso de la aplicación de cuestionarios a organizaciones de la sociedad civil y/o mujeres usuarias de los servicios de salud. El uso de técnicas cualitativas ha permitido conocer y entender cómo las personas han percibido los cambios promovidos por el proyecto.

De manera transversal, el proceso de evaluación ha incorporado el enfoque de género y el enfoque de derechos humanos con el fin de, por un lado, recoger las voces de titulares de derechos, responsabilidades y de obligaciones y, por otro, realizar un análisis de la incorporación de ambos enfoques en la implementación del proyecto. A estos enfoques, el equipo evaluador sumó el de protección que ha permitido asegurar que tanto la información recogida en terreno, como la compartida con el equipo de Farmamundi durante el proceso, ha sido a través de herramientas de comunicación seguras.

5.1. Criterios y preguntas de evaluación

Con la incorporación de todos estos enfoques la evaluación se ha orientado a la **utilidad y aprendizaje** desde una **mirada sistémica** que pretendía facilitar el análisis y la comprensión de todos los aspectos y que ha permitido una visión articulada e interdependiente de las dimensiones de diseño, proceso y resultados que han organizado la matriz de evaluación.

La presente propuesta toma en cuenta también la **Norma Humanitaria Esencial - NHE (Core Humanitarian Standard, CHS por sus siglas en inglés)**, que aúna los elementos clave de las normas y compromisos humanitarios existentes como el Código de Conducta relativo al Socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las ONG, la Carta Humanitaria y las normas mínimas para la respuesta humanitaria del Proyecto Esfera entre otros. Estos criterios han sido organizados por dimensiones junto con otros criterios de evaluación en la matriz de evaluación.

Dimensión	Criterios y Norma Humanitaria Esencial
Diseño	Pertinencia NHE Criterio 1. La respuesta humanitaria es adecuada y pertinente
Procesos	Eficiencia NHE Criterio 9. Los recursos se gestionan y usan de forma responsable para los fines previstos Partenariados y Coordinación NHE Criterio 3. La respuesta humanitaria fortalece las capacidades locales y evita causar efectos negativos NHE Criterio 4. La respuesta humanitaria se basa en la comunicación, la participación y la retroalimentación. NHE Criterio 5. Las quejas son bien recibidas y gestionadas NHE Criterio 6: La respuesta humanitaria es coordinada y complementaria. Apropiación y Participación
Resultados	Eficacia NHE Criterio 2. La respuesta humanitaria es eficaz y proporcionada a tiempo Conectividad Impacto Cobertura
Enfoques transversales: Perspectiva de género y edad, enfoque basado en los DDHH; perspectiva de la sensibilidad al conflicto y cultura de paz y participación.	

5.2. Técnicas aplicadas en el proceso de evaluación

Se han aplicado las siguientes técnicas para la recogida de información:

- Un total de 5 entrevistas semi estructuradas individuales en las que participaron 5 personas (2 mujeres y 3 hombres).
- 2 entrevistas grupales en las que participaron un total de 4 personas que fueron realizadas principalmente en las estructuras de salud con personal de salud.
- 7 entrevistas grupales: 5 con MSVS, 1 con consejeras y 1 con jueces y líderes comunitarios en las que participaron 39 personas (48 mujeres y 6 hombres).
- Un Taller de Teoría de Programa en el que participaron tres personas (2 hombres y 1 mujer); una de Farmamundi (técnica de proyectos en sede) y dos de PPSSP (coordinador del proyecto y responsable de seguimiento). En este taller se ha realizado una revisión de la teoría deseada, esto es, la idea inicial del proyecto, los cambios que se pretendían conseguir y las acciones previstas para lograrlos, y de los factores que han facilitado y/o dificultado durante la implementación del proyecto.
- 2 cuestionarios, uno dirigido a mujeres usuarias de los servicios de SSR que fue respondido por 39 de ellas y otro dirigido a personas representantes de la sociedad civil que fue respondido por 34 personas.

Se presenta el desglose de información a continuación y se incluye en el anexo III el listado de informantes clave que han participado en el proceso de evaluación:

TABLA 1: ENTREVISTAS INDIVIDUALES

Institución/Entidad	Mujeres	Hombres
FARMAMUNDI	1	1
PPSSP		1
DPS (Supervisores)		3
Cluster VbG	1	
TOTAL	2	5

TABLA 2: ENTREVISTAS GRUPALES

Grupos	Área de salud	Mujeres	Hombres
Profesionales de salud	Butsili	2	0
	Madrandele	2	0
	Tamende	1	1
	Kazunlinzuli	1	1
	Saiyo	1	1
	Mavivi	0	2
TOTAL		7	5
MSVS	Kazunlinzuli	9	0
	Butsili	9	0
	Tamende	6	0
	Mavivi	10	0
	Madrandele	6	0
TOTAL		40	0
Consejeras comunitarias	Kazunlinzuli	2	0
	Butsili	1	0
	Tamende	1	0
	Mavivi	2	0
	Madrandele	1	0
	Saiyo	2	0
		9	0
Jueces y líderes comunitarios	Madrandele	1	2
	Saiyo	0	1
	Tamende	5	9
TOTAL		6	12
TOTAL		62	17

TABLA 3: CUESTIONARIOS

Cuestionario	Área de salud	Mujeres	Hombres
Cuestionario dirigido a mujeres usuarias de los servicios de salud (titulares de derechos)	Kazunlinzuli	10	
	Tamende	7	
	Mavivi	12	
	Madrandele	3	
	Butsili	7	
TOTAL		39	
Cuestionario dirigido a miembros de organizaciones de la sociedad civil	Kazunlinzuli	1	4
	Tamende	4	7
	Mavivi	1	5
	Madrandele	3	4
	Butsili	1	3
	Saiyo		1
TOTAL		10	24
Cuestionario dirigido a miembros de CLDH	Madrandele	0	2
	Butsili	0	2
	Mavivi	0	1
	Saiyo	0	1
	Kazunlinzuli	1	1
	Tamende	3	5
TOTAL		4	12

Con toda esta información se ha realizado el análisis, triangulando la información, tanto a nivel de personas - con el objetivo de captar múltiples perspectivas de la misma intervención - como de técnicas, asumiendo que cada método y abordaje agrega ventajas complementarias.

6. CONDICIONANTES Y LÍMITES DE LA EVALUACIÓN

El apoyo y la buena predisposición de las personas e instituciones implicadas y entidades en el proyecto ha facilitado y enriquecido todo el proceso de evaluación. Sin embargo, a pesar de todo este apoyo, en todos los procesos de evaluación surgen imprevistos y limitaciones y más en el contexto de Kivu Norte que, como ya se ha descrito, coexisten problemas de seguridad derivados de la situación de conflicto y de la sanitaria relacionada con el Ébola y el COVID. Se describen a continuación algunas de estas limitaciones:

- La evaluación se ha realizado en **remoto por razones de seguridad** y así estuvo previsto desde el inicio, aunque, finalmente, con el fin de asegurar la calidad de la recogida de información en terreno para el trabajo de campo en Beni se ha contado con una profesional local tal y como se ha explicado en la introducción, así como con un encuestador. Los problemas de comunicación frecuentes en la zona de intervención han dificultado poder realizar un proceso de trabajo conjunto en profundidad entre el equipo evaluador, así como la participación en algunas reuniones y entrevistas de las evaluadoras españolas. A pesar de ello, se han podido realizar la mayor parte de las técnicas previstas en el proceso y se ha logrado incluir la voz de muchas de las organizaciones y personas que participaron en el proyecto.
- A pesar de la **situación de inseguridad** de la zona se han podido visitar 5 de las 6 ES incluidas en el proyecto. La ES de Saiyo es la que no se ha podido visitar porque ha aumentado la violencia en esa área en las últimas semanas.
- La **huelga de profesorado** que inició el 4 de octubre de 2021 ha continuado durante todo el período del trabajo de campo. Esta limitación se tuvo en cuenta en la planificación del trabajo de campo con la posibilidad de realizar cuestionarios y entrevistas si el profesorado y alumnado volvía a las aulas, pero no ha sido así. Asimismo, se valoró la posibilidad de movilizar al profesorado a las estructuras de salud para que respondieran al cuestionario, pero la declaración de nuevos casos de ébola en el mes de octubre hizo que se descartara esta opción para no asumir riesgos innecesarios.
- A pesar de haber declarado el 12º brote de Ébola por finalizado hace menos de 6 meses, en mayo de 2021, durante el trabajo de campo surgieron **nuevos casos de ébola en la región de Beni** que dieron lugar a la declaración del 13º brote que inició en octubre de 2021 y finalizó en diciembre del mismo año. Esto ha podido tener un impacto negativo en la población en su asistencia a las estructuras de salud a las que se les pretendía aplicar un cuestionario por lo que no se ha podido lograr 20 respuestas por cada ES que estaban previstas y solo se cuenta con un total de 39 cuestionarios de mujeres usuarias en total.

7. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez recogida la información con las técnicas ya mencionadas, los datos se procesaron de la siguiente manera:

- **Revisión documental y de bases de datos disponibles.**

Se ha llevado a cabo una revisión documental ya mencionada en la que se han incluido documentos relacionados con la implementación del proyecto y el contexto y de las fuentes de verificación.

- **Análisis de la información.**

Los datos recopilados se han sistematizado en un marco de análisis que ha permitido triangular, contrastar y completar entre las diferentes técnicas y entre todo el equipo.

Los cuestionarios han sido analizados mostrando los números absolutos y porcentajes de respuesta a cada pregunta y los resultados de los mismos se han incorporado en el presente informe en el apartado de eficacia.

La información recogida en las entrevistas individuales y grupales, grupos de discusión y taller de teoría del programa se ha analizado en función de las dimensiones y criterios preestablecidos en la matriz de evaluación. Se ha llevado a cabo un análisis de contenido en el que se ha tratado de dar respuesta a las preguntas de evaluación y dar información tanto de las acciones realizadas (previstas o no) como de las no realizadas, así como de los factores que han facilitado y/o obstaculizado que se llevaran a cabo y de los cambios percibidos y constatados derivados de la intervención.

Como resultado de este análisis e interpretación de toda la información recopilada y revisada se ha procedido a la redacción del presente informe.

8. HALLAZGOS

En este capítulo se presentan los hallazgos de la evaluación. En primer lugar, dado que la evaluación ha sido desarrollada contemplando como enfoque transversal el Enfoque Basado en Derechos Humanos y, concretamente en este caso, en el Derecho a la Salud, se presenta inicialmente dicho marco de trabajo, que se ha ido cotejando en cada uno de los criterios de evaluación.

Según la OMS, el derecho a la salud es el derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” que tienen todas las personas. La aplicación efectiva de este derecho está estrechamente relacionada con otros derechos humanos tales como el derecho a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.

El derecho a la salud abarca libertades y derechos; la libertad de las personas a controlar su salud y su cuerpo (muy importante en el caso de los derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (tales como torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados).

El enfoque de la salud basado en los derechos humanos considera como dimensiones más importantes para la aplicación efectiva del derecho a la salud las siguientes:

- **Disponibilidad:** contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad:** tanto física como económica: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas.
- **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos con la ética médica, culturalmente adaptados y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y en todo el ciclo vital.
- **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

En todo momento, dicho enfoque ha sido cruzado con el enfoque de género y de diversidad cultural ya que, en el caso de la salud sexual y reproductiva, trabajar desde estos enfoques nos permite tener una mirada y un análisis de las desigualdades e inequidades que se refuerzan y sustentan en las distintas relaciones de poder entre los géneros y los grupos étnicos.

A continuación, se presenta el análisis de la información y los resultados de la evaluación siguiendo los criterios principales.

8.1. Pertinencia o adecuación

El criterio de pertinencia analiza la adecuación de los resultados y de los objetivos de la intervención con relación al contexto para lograr el cumplimiento del derecho (la disponibilidad, calidad y acceso) a la salud.

El proyecto ha incluido los tres ejes mencionados que son el fortalecimiento de la DPS, de las estructuras de salud y los y las profesionales sanitarios, el empoderamiento de los agentes comunitarios y la promoción de la salud, con el fin de mejorar el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva entre la población más desfavorecida en la ciudad de Beni, particularmente con la prevención y atención de la violencia sexual en 6 estructuras de salud en Kivu Norte.

Los problemas descritos en la identificación y que fueron verificados en la línea de base ponen de manifiesto un déficit estructural del sistema de salud que se traduce en: instituciones débiles; escasez cuantitativa y cualitativa de personal especializado; financiación deficiente; escasez de medicamentos esenciales y de insumos sanitarios; déficit en infraestructuras, equipamientos de base, materiales, laboratorios...etc. y una falta de acceso a información y educación en salud; y escasa calidad de los servicios prestados.

En este sentido, se considera que el diseño del proyecto incluyó acciones basadas en un enfoque de derechos incorporando el trabajo con titulares de obligaciones, responsabilidades y de derechos. En este sentido, el fortalecimiento de las estructuras de salud, tanto a nivel de capacidades del personal de salud como de protocolos, equipamiento, insumos y medicamentos y la promoción de acciones de sensibilización, implicando a actores comunitarios y a través de radiodifusión, iban directamente orientadas a cambiar la situación identificada y mejorar el acceso, la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y de atención a la violencia sexual.

En relación al **enfoque de género**, la intervención desde su diseño se planteó mejorar la atención a la violencia sexual, hecho que afecta principalmente a las mujeres y que constituye una de las mayores desigualdades de género en el contexto de intervención. Asimismo, la mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva también se propuso en términos de mejora de la calidad y aceptabilidad de estos servicios para las mujeres, la mejora de la disponibilidad de métodos anticonceptivos y se incluyeron acciones para mejorar incorporación de los hombres en ellos.

Según los agentes consultados durante el proceso de evaluación, los objetivos y las prioridades del proyecto se han ajustado perfectamente a las necesidades de la población titular de derechos. En este sentido, la valoración que realizan de las acciones implementadas (atención sanitaria y psicosocial de la violencia sexual y las acciones de salud sexual y reproductiva) las mujeres usuarias, los representantes de la sociedad civil, los miembros de los CLDH, los líderes comunitarios, los jueces costumbristas y los profesionales de salud ha sido muy buena.

En relación al alineamiento con las políticas públicas:

- Las formaciones a los CLDH han integrado las normativas internacionales en materia de DDHH y violencia contra las mujeres como la **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer o CEDAW** (CEDEF en francés) (1993), la declaración y **programa de acción de Pekín** (1995), el **protocolo de Maputo** (ratificado en 2008), el **Estatuto de Roma** (ratificado en 2002) y las diferentes resoluciones del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas en materia de violencia contra las mujeres. Asimismo, se han tenido en cuenta las normativas regionales por ejemplo el **Protocolo sobre la prevención y erradicación de la violencia sexual a menores** (2006) y la declaración sobre las violencias sexuales y VbG o **declaración de Kampala** firmada en 2011 que refuerza la CEDEF y las resoluciones de Naciones Unidas.
- Las formaciones en VbG a consejeras, líderes y jueces costumbristas integran las líneas principales de las siguientes estrategias y leyes nacionales: la **Estrategia Nacional de Lucha contra la Violencia basada en el Género** (2009), la **Ley contra la Violencia Sexual Nº 06/018 del Código Penal de la RDC**, la **Ley Nº 15/013 de Derechos de la Mujer y la Paridad**; la **Ley de Violencia Sexual (Ley Nº06/19 de 2006)** y la de **Derechos de la Mujer y la Paridad (Ley Nº 15/013 de 2015)**.
- Las sensibilizaciones emitidas por la radio y que incluyen temáticas concretas de SSR y VbG como la planificación familiar y las 16 infracciones de la VS, el kit PEP, la violencia

doméstica y la píldora anticonceptiva también se orientan en función de las leyes mencionadas arriba.

- El apoyo en las ES a nivel de SSR y VbG está alineado con el **Programa Nacional de Salud Sexual Reproductiva (PNSR)**, haciendo especial mención a los siguientes puntos: atención sanitaria a las víctimas de la violencia sexual; servicios de base comunitaria (promoción y prestación de servicios de SR/FP) y servicios de planificación familiar de calidad, asequibles y aceptables, y accesibles; entre otros. Farmamundi y PPSSP han articulado también el **Plan de Desarrollo Sanitario (PNDS) 2016- 2020**, en cuanto al desarrollo de competencias para el personal sanitario y la mejora en el suministro de medicamentos esenciales de calidad, vacunas e insumos específicos en materia de SSR y VbG.

La mayor parte de las instituciones como los y las profesionales de salud participantes en el proceso de evaluación afirman que el objetivo del proyecto responde a la planificación de salud de las 6 ES seleccionadas en las zonas de salud de Beni y Oicha.

En relación al enfoque de intervención, el proyecto ha incorporado el **enfoque VARD**, que promueve la vinculación entre la ayuda de emergencia, rehabilitación y desarrollo y es una forma de gestionar las crisis humanitarias que intenta integrar los conceptos de ayuda humanitaria (la ayuda de emergencia y para la rehabilitación son formas de ayuda humanitaria) y ayuda al desarrollo, tratando de cubrir la laguna existente entre las intervenciones humanitarias (cuya perspectiva es a corto plazo) y las actuaciones específicas de desarrollo (orientadas a largo plazo). La incorporación de este enfoque ha permitido fortalecer a titulares de obligaciones y responsabilidades (fortalecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva y profesionales de salud así como organizaciones y líderes comunitarios), con el fin de abordar la crisis social y de salud del contexto de Kivu Norte mejorando las condiciones y la resiliencia tanto a nivel del sistema de salud como de las comunidades.

Por último, resaltar que Farmamundi es una de las pocas organizaciones que trabajan en Beni y que el ámbito de la SSR no es un tema que cuente con apoyo ni institucional ni por parte de otras ONGD, debido, entre otras cosas a la propia debilidad del sistema de salud en la zona, así como a la falta de apoyo internacional en este ámbito y zona.

8.2. Eficiencia

Análisis de los recursos tanto económicos y humanos consumidos en el proyecto orientados al logro del Derecho (disponibilidad, calidad y acceso) a la Salud Sexual Reproductiva y a los cuidados relativos a la violencia de género y sexual. Este criterio está también alineado con el **Criterio 9 de la NHE. Los recursos se gestionan y usan de forma responsable para los fines previstos.**

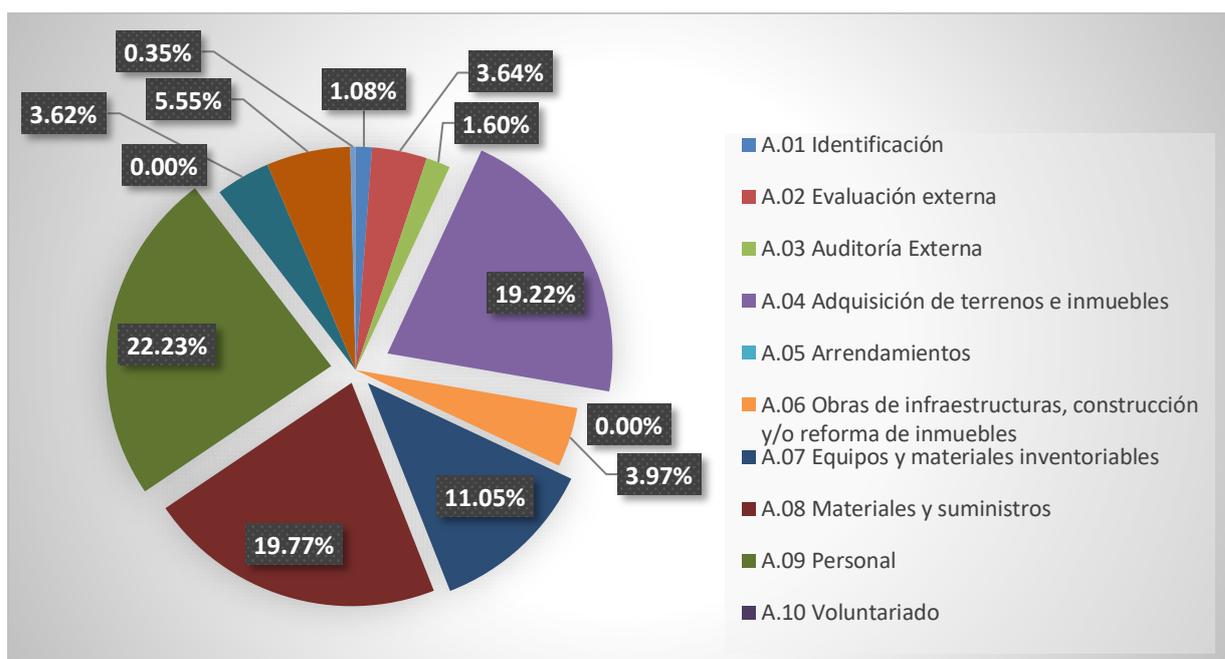
El análisis de la eficiencia tiene por objeto valorar el nivel del alcance de los objetivos en relación con los recursos destinados para ello (materiales, humanos, y financieros). De esta manera, se trata de analizar económicamente el proyecto, y conocer el uso correcto o no respecto a las actividades y acciones. Asimismo, en este análisis se incluye también el

cumplimiento del cronograma previsto y las desviaciones que se hayan podido dar tanto en tiempo como en recursos.

Tal y como se muestra en el gráfico 1, el 22% de la ejecución del gasto corresponde a personal, el 19% a materiales y suministros, el 3% a otros servicios técnicos, 5% a viajes, alojamientos y dietas, el 11% a equipos y materiales y el resto se distribuye en otras partidas como obras e infraestructura, la evaluación y la auditoría.

Se considera que la ejecución ha tenido una eficiencia alta ya que un alto porcentaje del proyecto, alrededor de un 63% se corresponde a la ejecución de actividades (materiales y suministros, viajes y alojamiento, obra e infraestructura y otros servicios técnicos) y más en un contexto donde es complicado la implementación de las mismas por las condiciones de seguridad, así como por la situación variable de COVID y Ébola. El 22% se ha destinado a personal local y expatriado y se corresponde directamente con la implementación directa del proyecto. En el siguiente gráfico se muestra la distribución de la ejecución presupuestaria según las líneas presupuestarias establecidas por el financiador.

Gráfico 1. % de gasto por línea presupuestada sobre el total ejecutado



El presupuesto ha sido ejecutado al 100% y no ha habido cambios importantes en el cronograma previsto, solamente la solicitud de extensión de 3 meses que fue comunicada y aprobada por la Generalitat Valenciana.

La ejecución del presupuesto ha presentado desviaciones insignificantes con respecto al presupuesto inicial, poniendo de relieve una buena previsión presupuestaria de las actividades así como la ejecución de las actividades conforme al presupuesto.

CONCEPTOS	% DE EJECUCION CON RESPECTO AL PRESUPUESTO INICIAL
A.01 Identificación	99,72%
A.02 Evaluación externa	100,00%
A.03 Auditoría Externa	100,00%
A.04 Adquisición de terrenos e inmuebles	100,00%
A.05 Arrendamientos	0,00%
A.06 Obras de infraestructuras, construcción y/o reforma de inmuebles	
A.07 Equipos y materiales inventariables	100,00%
A.08 Materiales y suministros	104,53%
A.09 Personal	106,12%
A.10 Voluntariado	0,00%
A.11 Otros servicios técnicos	86,72%
A.12 Viajes, alojamientos y dietas	87,92%
A.13 Gastos bancarios	104,76%
TOTAL	100,00%

Los supervisores de salud de la DPS en Beni consultados afirman que los recursos locales se han aprovechado y el proyecto ha realizado acciones de fortalecimiento con el personal de salud, las consejeras comunitarias, y los CLDH de las ES; así como a nivel comunitario con las asociaciones locales, los líderes y los jueces asociados a cada zona de salud. Este aspecto se analizará con mayor profundidad en el criterio de fortalecimiento de las capacidades locales. Asimismo, consideran que se han cumplido los plazos previstos para la implementación del proyecto.

8.3. Parteneriado y coordinación

El criterio de partenariado y coordinación analiza si los mecanismos de coordinación internos (entre Farmamundi y PPSSP) y externos (con las organizaciones locales, nacionales e internacionales) han contribuido a los resultados de la intervención. Este criterio de evaluación incluye el **Criterio 6 de la NHE: La respuesta humanitaria está coordinada y es complementaria.**

En este apartado se incluye un análisis de los mecanismos de gestión, así como de los espacios de coordinación que han contribuido a hacer más eficiente la intervención y se identifica aquellos factores que han facilitado y/o dificultado esta cooperación y complementariedad.

En relación a los mecanismos de **coordinación y gestión**, se han podido identificar los siguientes niveles:

- **Entre PPSSP y Farmamundi:** Existen mecanismos de coordinación que son bien valorados por las dos partes y que han permitido tener una comunicación fluida. PPSSP y Farmamundi realizan la planificación del proyecto de manera conjunta y mantienen

reuniones semanales para coordinar la implementación del mismo. Además, se elaboran informes de seguimiento de dos tipos: mensuales sobre las actividades realizadas y trimestrales sobre el seguimiento de los indicadores que sirven como insumos para realizar los informes semestrales de seguimiento para la Generalitat Valenciana. Farmamundi cuenta con personal local en terreno localizado en Butembo que realiza visitas periódicas para monitorear el grado de ejecución de actividades y apoyar en el seguimiento y en la gestión del proyecto. Asimismo, se realiza un seguimiento constante de la situación del contexto, tanto a nivel epidemiológico como de seguridad a través de los informes realizados por las autoridades sanitarias del país y el clúster de salud liderado por OCHA

- **Entre PPSSP, DPS, Zonas y Estructuras de salud**, se establecen reuniones de coordinación de manera bilateral, es decir, PPSSP se reúne con la DPS, Zonas y ES para la planificación e implementación de las acciones. PPSSP forma parte del Comité de gestión de la DPS y del Comité de Salud de la Zona de Salud, pero no se ha podido identificar un espacio conjunto en el que se reúnan todos los niveles. De manera general, la interlocución de Farmamundi con la DPS es a través del socio local, ya que PPSSP es un socio privilegiado y reconocido por la DPS en materia de salud y es una estrategia tanto de apropiación como de fortalecimiento de su socio local. Es importante también mencionar que algo que se ha valorado positivamente es la coordinación directa y constante realizando visitas mensuales, que ha tenido PPSSP con las estructuras de salud la cual ha permitido y facilitado la implementación de las acciones. Esta coordinación directa que ha resultado muy beneficiosa durante la implementación deja entrever que, a pesar del apoyo recibido por parte del proyecto, la DPS sigue teniendo dificultades para la supervisión de las ES, que será analizada en el apartado de fortalecimiento de capacidades locales.
- **Entre las ES y el personal comunitario**. Hay comités mensuales de salud para la gestión de la salud Además, tanto los líderes comunitarios y jueces costumbristas, las consejeras como los miembros del CLDH y los profesionales sanitarios valoran en su mayoría el mecanismo de coordinación entre los mismos como muy bueno o bueno.
- **Entre PPSSP, Farmamundi y actores locales, nacionales e internacionales**: PPSSP y Farmamundi asisten a las reuniones del Cluster de Salud y Nutrición y a las reuniones del Subcluster de VbG. Así mismo participan de los espacios de coordinación de otros organismos como OCHA y de autoridades locales como el ayuntamiento. El Subcluster de VbG es un espacio en el que los diferentes agentes que trabajan en la zona y en el sector comparten experiencias y presentan y consensuan herramientas del trabajo. La valoración que se hace del subcluster es que, si bien es un espacio que permite conocer lo que realizan el resto de agentes, no está sirviendo como elemento coordinador ya que este liderazgo actualmente lo tiene OCHA. Asimismo, PPSSP, además de participar en las reuniones del SubCluster de VbG, también contribuye en el reporte de los datos de la VbG obtenidos en las ES. UNFPA cuenta con una herramienta estandarizada llamada GVBISM que sirve para recoger, almacenar, analizar y compartir de forma eficaz y segura los datos relacionados con los incidentes de VbG. PPSSP reporta mensualmente los casos de VbG que permite al SubCluster consolidarlos y codificarlos en GVBISM.

Uno de los factores que ha dificultado la coordinación entre los diferentes agentes que trabajan en la zona ha sido el impacto derivado de la pandemia del COVID en cuanto a las medidas de restricción que han limitado las agrupaciones de personas y que ha obligado a

realizar las reuniones de OCHA en formato online. Este hecho ha limitado la participación y asistencia de algunos agentes por problemas de conexión de internet y cortes de energía. No obstante, las organizaciones envían actualizaciones de sus planificaciones a OCHA y de esta manera hay un conocimiento de las actividades realizadas por parte de los diferentes actores.

La intervención de Farmamundi y PPSSP es complementaria con las acciones de las autoridades locales y nacionales y de otras organizaciones humanitarias, y así lo han constatado los supervisores de salud de Beni al ser entrevistados. En el caso de la institución titular de obligaciones, PPSSP ha firmado acuerdos de colaboración con las estructuras sanitarias y se ha informado a las autoridades de todo lo realizado en la ES.

Asimismo, el proyecto se ha presentado a las autoridades locales. La oficina central de la DPS apoya las acciones de PPSSP e incluso ha puesto a disposición un facilitador para la realización de las formaciones. En este sentido según los supervisores de salud de Beni entrevistados, este proyecto ha contribuido al fortalecimiento institucional de la zona de salud y de las estructuras sanitarias.

8.4. Fortalecimiento de capacidades locales

Este criterio hace referencia al **Criterio 3 de la NHE. La respuesta humanitaria refuerza las capacidades locales y evita y previene los efectos negativos.**

La **sociedad civil y los grupos organizados de mujeres** de Beni han reforzado su capacidad de incidencia en las políticas públicas para exigir a las autoridades locales y provinciales derechos sexuales y reproductivos y una vida libre de violencia en el contexto de un brote de ébola. Este logro se puede atribuir a las sesiones de sensibilización, las formaciones y el acompañamiento realizado por PPSSP y Farmamundi así como por el fortalecimiento realizado en el marco del proyecto a los CLDH. Con estas acciones se ha podido identificar una alta satisfacción por parte de las personas que participan en las organizaciones de la sociedad civil (OSC) y en los CLDH señalando que de esta manera se ha contribuido a fortalecer y a ampliar el tejido asociativo y han logrado establecer canales de comunicación con instituciones que antes no existían.

En los cuestionarios realizados en el marco del proceso de evaluación a las OSC, 33 (97%) de los 34 representantes manifiestan haber recibido formación en el marco del proyecto sobre SSR, VbG, VS, prevención de infecciones (ébola) y 14 de ellos la valoran como muy buena, 18 como buena, y solo 1 como “regular”. En las fuentes de verificación se ha podido constatar que fueron 34 las personas formadas, pero se desconoce si la persona que dice que no recibió formación en el cuestionario, procedente de Kanzulnzuli puede ser un miembro del CLDH que no participó pero sí lo hicieron otros de esta ES.

Además, estas 33 personas afirman haber participado en acciones de sensibilización y de incidencia en las temáticas mencionadas y concretamente sobre planificación familiar y sexualidad, embarazos precoces y no deseados, cómo reaccionar en caso de identificar un caso de violencia sexual y cómo referir. La totalidad afirma también haber escuchado las emisiones de radio de sensibilización sobre los temas citados, 21 consideran los spots como “muy

buenos”, 19 como “buenos” y 2 como “regular”. No obstante, manifiestan necesitar un apoyo para acompañar estos procesos de incidencia.

En relación al **fortalecimiento de los servicios de salud** el proyecto ha contribuido a:

- Aumentar las **capacidades del personal de salud** en la atención de salud sexual y reproductivas y violencia a través de acciones formativas en las que ha participado como facilitador personal del Plan Nacional de lucha contra el sida. El hecho de contar entre las personas formadoras con personal del sistema de salud ha contribuido también tanto a la apropiación como a la sostenibilidad de las acciones. Asimismo, en las entrevistas realizadas con el personal de salud se pudo confirmar que el nivel de satisfacción es muy alto así como el aumento en los resultados del pre test y postest de dichas formaciones que incrementó en 10 puntos porcentuales y con una nota media de 9 sobre 10 en el postest.
- Aumentar la **capacidad de seguimiento** de PPSSP en las ES. PPSSP realiza seguimiento continuo con las ES realizando visitas en las que observa la situación a nivel de equipamiento e insumos y distribuye plantillas que son completadas por las ES y posteriormente las recoge.
- Mejorar la **calidad de los servicios de salud** a través de la difusión del protocolo de atención a la violencia sexual estatal en las ES. Durante la realización del trabajo de campo se ha podido confirmar que este es conocido por el personal de salud de las ES que fueron visitadas (5 ES) y que se conocen y se han podido visualizar los documentos elaborados para su difusión. Asimismo, la cartelería elaborada para las ES que recoge de forma gráfica el circuito de atención de la MSVS contribuye a mejorar la calidad de la misma y las derivaciones.
- Mejorar las **capacidades del personal comunitario**, en concreto:
 - o Con las **consejeras comunitarias** de las 6 áreas de salud en violencia basada en el género (VbG), violencia sexual (VS), género y atención sanitaria de urgencia.
 - o Con los **jueces costumbristas**, a través de la sensibilización sobre la violencia sexual que ha contribuido a que su rol de mediadores y su liderazgo en la comunidad contribuya al abordaje de la VS y promueva una atención basada en los derechos humanos.
 - o Con las **OSC**, mejorando su capacidad de incidencia e interlocución con los titulares de obligaciones.
- Mejorar la **dotación y el equipamiento para el ébola**.

La estrategia de salida de Farmamundi y PPSSP está basada en la continuidad de proyectos de cooperación y en el refuerzo de capacidades tanto de titulares de obligaciones como de responsabilidades. El contexto de la provincia de Kivu Norte es un contexto de emergencia en el que resulta muy complicado diseñar una estrategia de salud a corto o medio plazo. Algunas de las recomendaciones recogidas en este sentido están relacionadas con continuar con el refuerzo de autoridades locales, construcción de una casa de mujeres y promover un mayor vínculo con las organizaciones o medidas de reinserción socioeconómica para las MSVS.

8.5. Apropiación y participación (NHE Criterio 4)

La apropiación es el liderazgo efectivo que las instituciones y entidades de los países socios ejercen sobre sus políticas y estrategias de desarrollo y coordinación de las actuaciones de los donantes y la participación es la determinación de las/os agentes que han sido implicados en las diferentes etapas de la planificación y la evaluación, valorando su incidencia en la toma de decisiones.

Las instituciones locales, los titulares de responsabilidades (personal de salud, OSC y agentes comunitarios) y la población titular de derechos ha participado tanto en la identificación del proyecto como en la realización de la línea de base. Asimismo, la participación de las ES ha sido también constante durante toda la implementación del proyecto y fue además formalizada con la firma de un convenio con cada una de ellas. Además, el proyecto ha contado con la participación de otras instituciones.

No obstante, en las entrevistas grupales realizadas con 12 profesionales de salud de las ES, se ha constatado que su nivel de implicación en el proyecto ha sido irregular, manifestando la mayoría de ellos haber participado y otros haberlo hecho solo en las acciones formativas pero no tener un conocimiento más profundo de la totalidad del proyecto.

Se identifican algunas acciones que han contribuido a generar una mayor apropiación:

- El hecho de trabajar conjuntamente con las ES respetando el copago de la atención, pero garantizando que esta sea gratuita para la población más vulnerable entre la que se encuentra las personas con VIH, la población desplazada y las víctimas de violencia sexual (MSVS).
- Las coordinaciones directas y constantes entre PPSSP y las ES que ha contribuido a la apropiación de las mismas.

8.6. Mecanismos de quejas y denuncias

Este criterio hace referencia al Criterio 5 de la NHE. Quejas bien recibidas y gestionadas.

En las ES hay buzones de quejas y sugerencias disponibles para las personas usuarias del servicio. Hay un comité que da seguimiento a las quejas y sugerencias presentadas, aunque no se ha podido profundizar en su funcionamiento ya que los informantes que han participado en la evaluación no tenían mucho conocimiento sobre él.

La valoración que han realizado en el proceso de evaluación los y las profesionales sanitarios y el personal comunitario (líderes y jueces costumbristas) y las MSVS ha sido en su mayoría positiva aunque una parte de ellos manifestó que las quejas se recibían pero la gestión de las mismas no era tan buena, y solo una persona afirmó no conocer este buzón de quejas y sugerencias.

En este sentido, se ha mencionado el rol que cumple la CAC (Célula de Animación Comunitaria) de la que forman parte los relais o agentes comunitarios como un espacio donde se pueden transmitir las sugerencias y quejas con respecto a los servicios de salud.

8.7. Eficacia

Realización progresiva del acceso a los Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, tal y como se ha planteado en los resultados y objetivos específicos, al igual que la mejora de las capacidades de Titulares de Obligaciones y de Derechos apoyadas por el proyecto.

El criterio de eficacia hace referencia al **Criterio 2 de la NHE. Respuesta humanitaria eficaz y proporcionada**

Para valorar el logro de los resultados del proyecto, se han medido los avances en los indicadores complementándolos con un análisis cualitativo de las opiniones y valoraciones de los informantes clave al respecto, así como también de la revisión de documentación facilitada. El análisis de eficacia también ha valorado la ejecución de las actividades previstas y su contribución al logro de los resultados, así como la identificación de las principales dificultades encontradas durante la ejecución.

Se presenta a continuación la información organizada por los resultados del proyecto:

R1. Seis (6) Estructuras de Salud (ES) en Beni han reforzado sus capacidades de respuesta a los casos de violencia basada en el género (particularmente la atención de MSVS) y los servicios de salud sexual y reproductiva con un enfoque de género durante todo el ciclo vital en un contexto de brote del virus del ébola

Con el fin de mejorar el acceso a la atención sanitaria se han fortalecido las capacidades del personal de salud de las 6 ES de la Zona de salud de Beni a través de la formación de profesionales en atención a la violencia sexual, en counselling y planificación familiar, en la elaboración del protocolo de acogida y referenciación de las MSVS y en la mejora de la atención en consultas prenatales y postnatales y planificación familiar.

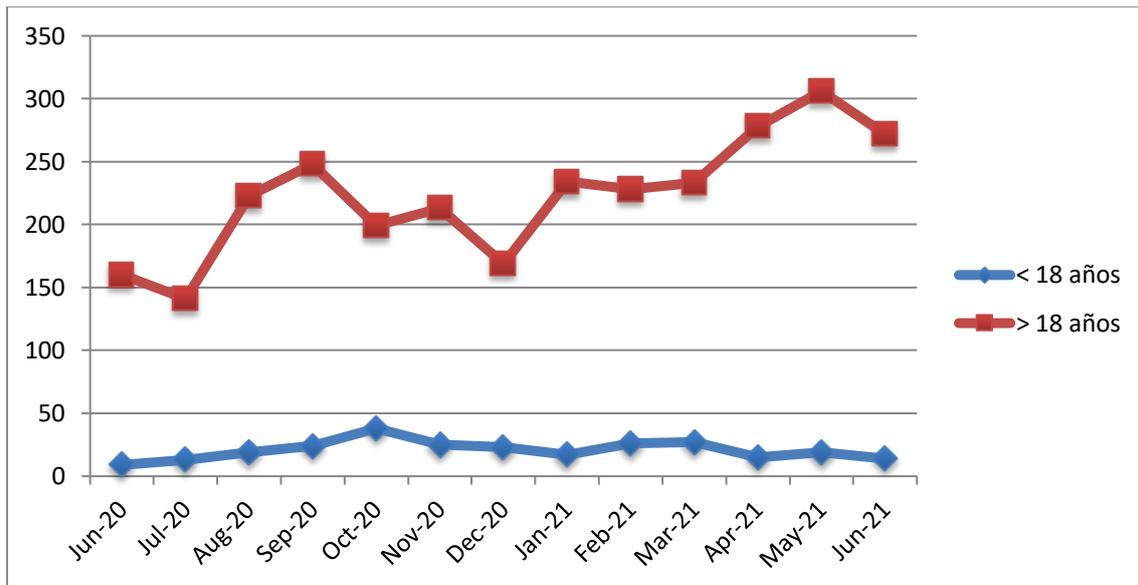
La formación al personal de salud de las 6 ES en VbG y VS ha sido realizada por un total de 12 personas (8 mujeres y 4 hombres) y por los 3 supervisores de la Zona de Salud de Beni y ha sido valorada de manera muy positiva con una puntuación promedio de 9 sobre 10 y registrando un incremento de 10 puntos porcentuales entre el pretest y el postest. En el caso de la formación relacionada con la atención prenatal, la transmisión vertical del VIH, ITS, la asistencia al parto, los cuidados obstétricos de emergencia y la planificación familiar, se ha valorado muy positivamente tanto por la persona formadora como por los y las profesionales participantes. En este último caso la valoración ha sido de un 9 sobre 10 y la diferencia entre el pretest y postest de 6 puntos porcentuales. Con esta formación se ha aumentado también el personal de las 6 ES formado en VS, VbG y DSR pasando de un 15,65% a un 28%.

Todas las formaciones dirigidas al personal de salud se han realizado de manera conjunta con la DPS contando con personal vinculado a la misma y al Ministerio de salud como formador.

Este hecho ha contribuido a la apropiación de la institución sobre la mejora de las capacidades de su propio personal, así como al alineamiento de las mismas con las políticas públicas locales.

En relación a la atención, se ha podido constatar un aumento de la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva gracias a la mejora en la dotación de equipamiento y medicamentos tal y como se puede ver a continuación:

Gráfico 2. Evolución de la cobertura del CPN en las 6 ES



Como se puede observar en el gráfico 2, la cobertura del CPN ha ido en aumento durante la implementación del proyecto y se ha realizado un total de 3117 visitas. Esta cobertura ha aumentado de manera generalizada en todas las ES aunque no de la misma manera tal y como se muestra en el gráfico 3.

A pesar de no contar con datos para contrastar, se ha podido identificar también durante el proceso de evaluación que la mortalidad materna en las áreas de salud de las ES incluidas en el proyecto se ha reducido a cero. Se identifica también como un cambio generado por el proyecto el hecho de que algunas de las ES no pudieran atender partos a pasar a atender entre 45-60 al mes durante los últimos meses y ser centro de referencia como es el caso de Mavivi.

En las encuestas realizadas a 39 mujeres que estaban embarazadas el año pasado, el 66,6% (26) manifestaron haber asistido al CPN 3 veces, 7 de ellas, el 17,9% lo hicieron 2 veces, 4 (10,2%) asistieron sólo 1 vez y 2 (5,1%) no asistieron. El 84,5% de las mujeres valoró la atención como muy buena y buena, el 7,6% la evaluaron como mala, siendo todas ellas de la ES de Mavivi y el 7,6% valoraron la atención como regular, todas mujeres que procedían de Tamende y de Mavivi.

En relación a la Planificación Familiar (PF), se han realizado un total de 646 consultas entre junio de 2020 y junio de 2021, de las cuales el 97,7% han sido a personas mayores de 18 años. Existe una percepción generalizada entre los diferentes agentes de que ha aumentado la participación de los hombres en la misma, sin embargo, al no contar con datos desagregados por sexo esta percepción no se ha podido confirmar. En este sentido, por un lado, los datos recogidos en el cuestionario de evaluación a las mujeres usuarias muestran que un 56% afirman haber acudido a PF con su pareja y, por otro lado, aproximadamente el 50% de ellas, como la mitad de los y las profesionales de salud y de las consejeras comunitarias afirman que se ha mejorado la disponibilidad de anticonceptivos y de otros medicamentos en el último año.

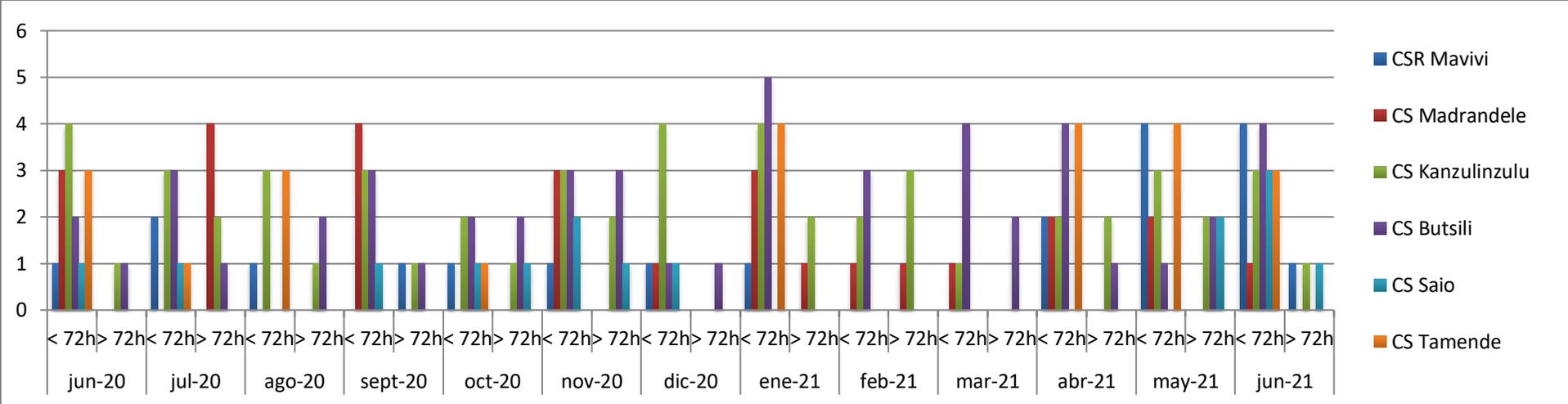
La cobertura de la atención a supervivientes de la violencia sexual (SVS) ha superado el indicador previsto que eran 144 mujeres ya que se han atendido un total de 188, de las cuales casi el 77% (144) fueron atendidas antes de las 72 horas, tal y como se puede observar en el gráfico 4, superando de esta manera el indicador de que al menos el 25% de los casos fueran atendidos de manera temprana (antes de las 72 horas).

Se resalta también como uno de los cambios generados por el proyecto el hecho de poder brindar esta atención ya que antes del proyecto no se podía ofrecer por falta de capacidad en estas ES, las mujeres eran derivadas a otras ES pero el precio del transporte era una barrera para que finalmente pudieran acceder a la atención. En este mismo sentido, si comparamos la situación identificada en la línea de base del proyecto con la de junio de 2021, observamos que se ha pasado de atender a 13 MSVS en los 3 meses anteriores a 188 MSVS entre junio de 2020 y junio de 2021.

Con respecto al protocolo de atención y derivación de casos de VS, las ES afirman en su mayoría que lo conocen y que les resulta de gran utilidad. En cuanto a la derivación de las MSVS, el personal sanitario y comunitario (líderes comunitarios y jueces costumbristas) afirma que ha mejorado en el último año y las mujeres MSVS manifiestan estar satisfechas con la atención.

Por último, destacar que la dotación de medicamentos e insumos para la SSR ha contribuido también al aumento de la cobertura ya que se destaca como uno de los cambios generados por las sensibilizaciones realizadas que serán analizadas en el resultado 2 que han servido para informar a la población que las ES estaban en funcionamiento y que contaban con medios para la atención. En este sentido, durante el proceso de evaluación se ha recogido también la preocupación de la falta de insumos en las ES que reciben a población desplazada ya que la provisión está calculada en base a la población que atienden, aunque se ha podido verificar que esta dotación se calcula en base al aumento de la población.

Gráfico 4. Evolución de la atención a las MSVS por ES (junio 2020- junio 2021)



R2. Redes comunitarias incorporan la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en sus acciones para mejorar la identificación de casos de violencia basada en el género y evitar la estigmatización de las supervivientes.

Con el fin de fortalecer las redes comunitarias se han llevado a cabo acciones formativas con las consejeras de salud para el refuerzo de capacidades de counselling sobre derechos sexuales y reproductivos y técnicas de planificación familiar y con los jueces costumbristas en relación a la VbG y la VS.

Las consejeras han realizado sesiones de sensibilización a mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil y varones sobre las ventajas del CPN, los cuidados psicosociales para mujeres embarazadas, la importancia de la planificación familiar y prevención de la VS, Ébola y COVID, qué hacer en caso de violación y sobre el aborto. Se han llevado a cabo un total de 1.292 sesiones de sensibilización durante la implementación del proyecto en la que han participado un total de 31.414 personas, 24.889 de ellas han sido mujeres. De esta manera se ha superado el indicador previsto que era de 1.152 sesiones.

De las mujeres usuarias que respondieron al cuestionario de evaluación, el 69% de ellas afirmó haber participado en acciones de sensibilización y de ellas, el 39% las valoró como muy buenas, el 56% como buenas y el 4% como regular. Además, como ya se ha mencionado, estas sesiones de sensibilización han servido para acercar los servicios de salud a la población y aumentar la cobertura. En este sentido, el 84,5% de las mujeres encuestadas afirmaron haber recibido apoyo de las consejeras para el control del embarazo y el 25,6% manifestaron que les habían informado sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Además, el equipo evaluador considera como otro impacto positivo de la intervención el empoderamiento y refuerzo de capacidades del propio equipo local de PPSSP, al haberse producido un trasvase de conocimientos entre Farmamundi y PPSSP, lo cual supone un apoyo estratégico para su funcionamiento organizativo.

Durante el proceso de evaluación se ha podido confirmar que el rol de las consejeras es conocido por las mujeres y la comunidad y que han realizado acciones de sensibilización, derivación, identificación, seguimiento psicosocial de las MSVS / SVS. A pesar de ello, en el cuestionario se ha identificado que 8 mujeres afirmaron no tener conocimiento de ello y que casi el 72% de ellas habían acudido a una consejera por temas relacionados con la SSR y el CPN.

Los CLDH también han llevado a cabo sesiones de sensibilización con el profesorado, alumnado, jueces costumbristas y líderes comunitarios, en total 610 sesiones en las que han participado 14,652 personas, de las cuales 9.967 eran mayores de edad y 4.985 menores de 18 años. Concretamente, en el caso del profesorado y el alumnado, la huelga de profesorado limitó la posibilidad de realizar sesiones con ellos y por ello, se realizaron fuera de las escuelas. Una vez reabrieron las escuelas, se llevaron a cabo 164 sesiones con alumnado y 97 con profesorado.

Asimismo, La valoración que realizan los jueces costumbristas y los líderes comunitarios de las sesiones es muy positiva y el 94,1% de los miembros de las OSC que respondieron al cuestionario evaluación muy bien estas acciones de sensibilización.

En relación a los mensajes transmitidos por la radio, se han realizado 24 emisiones de radio según las fuentes de verificación consultadas: 2 sobre los factores de la VS, 4 sobre las infracciones de la VS, 4 sobre ITS, 2 sobre kit PEP, 2 sobre las causas y factores de la VS, 2 sobre la PF en general y 4 sobre las píldoras anticonceptivas, 2 sobre prevención COVID y 2 sobre violencia doméstica. Las mujeres usuarias encuestadas mencionan la SSR y el VIH como temas escuchados en las emisiones de radio. Las personas representantes de las OSC indican haber oído sobre la SSR y concretamente los embarazos no deseados, el aborto, la fístula, ITS...; sobre la VbG y en concreto sobre la VS (prevención, tipos de VS como la violación) y sobre la PF. La valoración que realizan las OSC, las mujeres encuestadas, las MSVS, las consejeras comunitarias y los líderes comunitarios y jueces costumbristas sobre estos mensajes radiofónicos es muy buena.

Se resalta por parte de los actores consultados como uno de los cambios promovidos por el proyecto el trabajo integral a nivel comunitario de las partes interesadas, creando sinergias entre consejeras, proveedores de servicios, jueces y jefes tradicionales con miembros de la sociedad civil y el CLDH. Los miembros del CLDH, las consejeras y los líderes comunitarios valoran en su mayoría el fortalecimiento de las redes comunitarias en el último año. Además, las relaciones y la coordinación de las estructuras sanitarias con las redes comunitarias de salud (RECOSA) fueron muy bien valoradas por supervisores de zona.

En relación a los grupos de autoayuda para SVS, una iniciativa pionera en estas ES impulsada por el proyecto, han sido conducidos por la psicóloga de PPSSP y han sido muy bien valorados por las mujeres que participan en ellos en todas las ES. Las mujeres encuestadas afirman conocer en su mayoría la existencia de estos grupos, aunque 6 de ellas no sabían de su existencia. Concretamente, las mujeres que no conocen proceden de Madrandele, Butsili y Kanzulinzuli, por lo que sería importante su labor de difusión y sensibilización en las comunidades. Asimismo, identifican otras asociaciones comunitarias donde las mujeres participan, en concreto en Mavivi la asociación de aldeanas de ahorro y crédito AVEC en la que participan unas 25 mujeres y recomiendan mapear en cada zona de salud grupos conformados por mujeres que puedan constituir un grupo de apoyo como tal.

R3. Reforzadas las capacidades de incidencia en políticas públicas entre la sociedad civil y los grupos de mujeres organizados en Beni para demandar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y una vida libre de violencias ante las autoridades locales y provinciales en un contexto de brote de ébola.

El proyecto ha contribuido a reforzar las capacidades de la sociedad civil a través de la formación de los CLDH que ha sido muy bien valorada y ha generado capacidades para que desde los CLDH se realicen acciones de incidencia sobre la vulneración del derecho a la salud y la situación de violencia. La formación ha sido facilitada por GADHOP, una plataforma de

asociaciones locales de la provincia de Kivu Norte con experiencia contrastada en el ámbito de la incidencia política en Goma y Butembo.

Como resultado directo de estas formaciones los CLDH han elaborado informes que han enviado a autoridades locales. Durante el proceso de evaluación se ha podido identificar que:

- Se han revitalizado y reforzado los CLDH como espacios de identificación de necesidades y vulneraciones de derechos y se les ha dotado de herramientas para mejorar su interlocución con las instituciones públicas.
- Se ha fortalecido en número y en capacidad a las OSC y su interlocución con las instituciones públicas.
- Los CLDH han participado en acciones de sensibilización y en la elaboración de informes y, manifiestan que a pesar de haber presentado los informes estos han tenido poco seguimiento y respuesta por parte de las autoridades locales, aunque valoran positivamente que se les haya abierto este canal de comunicación.

Además se ha elaborado un documento de denuncias y recomendaciones sobre SSR que incluye una definición de lo que es la SSR, los derechos sexuales y reproductivos, las violencias basadas en género, la violencia sexual, la atención y protección y recomendaciones para cada uno de los actores. Este documento es conocido y bien valorado por los actores comunitarios, cuenta con un díptico resumen que se ha distribuido y es considerado muy útil para la sensibilización de los agentes comunitarios y la incidencia a titulares de obligaciones.

8.8. Conectividad y enfoques transversales

Grado en el que las actividades de respuesta a una emergencia a corto plazo se llevan a cabo en un contexto que toma en cuenta problemas interrelacionados y a más largo plazo. Sustituye el criterio de sostenibilidad que se utiliza en la evaluación de programas de desarrollo. En este apartado se analizan también la incorporación de los enfoques de género y de derechos durante la implementación del proyecto.

Durante el trabajo de campo se han podido identificar algunos factores que han favorecido la conectividad con el medio y largo plazo, como son:

- El **uso y optimización de los recursos locales** disponibles (materiales, equipamiento, etc.) revierte positivamente sobre las distintas dinámicas organizacionales. Una vez retirada la ayuda externa, las estructuras sanitarias existentes en la zona de intervención siguen funcionando gracias al último suministro de medicamentos y el equipo con el que se aprovisionó las estructuras. No obstante, los 3 supervisores de la zona de salud de Beni y el personal sanitario de las 5 ES visitadas afirmaron que la ayuda externa seguirá siendo necesaria por la debilidad de las ES y afirmaron que el equipo y los suministros puestos a disposición de la población en este proyecto estaban bien adaptados al contexto de la intervención.
- El **aumento de capacidades del personal de salud**, ya que esta mejora de las capacidades queda en el sistema y contribuye a aumentar la calidad de la atención.

- La **normativa local se ha respetado en la realización de las actividades**: Se han tenido en cuenta las diferentes leyes, estrategias y planes relativas a la salud y a la violencia de género de RDC: el Plan de Desarrollo Sanitario (PNDS) 2016- 2020; la estrategia de Refuerzo del Sistema de Salud (SRSS-de sus siglas en francés, 2006); la estrategia Nacional de Lucha contra la Violencia basada en el Género (2009); la Ley contra la Violencia Sexual Nº 06/018 del Código Penal de la RDC; y la Ley Nº 15/013 de Derechos de la Mujer y la Paridad. En este sentido es importante mencionar que no solo se han tenido en cuenta, sino que el proyecto ha contribuido a aterrizar las políticas públicas en la zona de intervención que, como ya se ha mencionado, cuenta con muchas dificultades y poco apoyo institucional e internacional para abordar la SSR. La normativa local se respetó de manera adecuada en la ejecución de las actividades del proyecto, hecho que fue confirmado también por los 3 supervisores de salud de Beni.
- Las **directivas gubernamentales en cuanto a las medidas preventivas del Ébola y la COVID** han sido integradas en las actividades de Farmamundi y PPSSP, tanto en las formaciones, como en las visitas de seguimiento y supervisión, manteniendo las distancias, reforzando el lavado de manos, etc...
- Farmamundi y PPSSP tienen **conocimiento y aplican las guías IASC**, aunque, dado el gran número de documentos producidos por el IASC, es difícil confirmar en qué medida han sido aplicadas de manera concreta, y especialmente adaptadas para ser compartidas a nivel comunitario.
- Aunque se ha tenido en cuenta la relación entre emergencia, rehabilitación y desarrollo, el acompañamiento a las estructuras de salud y al socio local sigue siendo necesario para generar estrategias de salida que permitan la gestión autónoma de las distintas entidades implicadas en la ejecución de este tipo de proyectos. La demanda mostrada en distintas entrevistas para cubrir necesidades a largo plazo pone de manifiesto una necesidad de continuidad del trabajo en la línea de vincular emergencia, rehabilitación y desarrollo.

En cuanto a los **enfoques transversales** se pueden mencionar los siguientes puntos:

- Se han integrado en la intervención las perspectivas **de género y de edad**. El proyecto ha hecho una apuesta por incorporar a los hombres en las acciones y servicios de SSR aun sabiendo el reto que esto supone, se ha logrado que participen un 30% de hombres. Esta integración del enfoque de género y edad está también promovida por el Cluster de VbG en Beni.
- **Los CLDH cuentan con miembros hombres y mujeres**. Tal y como se aprecia en la siguiente tabla, Madrandele es la ES más paritaria teniendo 3 hombres y 3 mujeres. Kanzulinzuli y Butsili son las ES con menos o ninguna mujer; 5 hombres vs 1 mujer y 6 hombres, respectivamente. En las entrevistas realizadas, los miembros de Butsili recomiendan integrar mujeres en el comité.

Tabla 4. Miembros de los CLDH desagregados por sexo

Zona de Salud	Hombre	Mujeres	Total
Kazunlinzuli	5	1	6
Saiyo	2	4	6
Mavivi	3	2	5
Butsili	6	0	6
Mandrandele	3	3	6
Tamende	10	6	16
Total	29	16	45

- Se ha **fortalecido a las consejeras comunitarias**, tanto a nivel de capacidades como de reconocimiento de su labor en las comunidades.
- El **enfoque basado en DDHH** ha sido integrado en las formaciones y en las sensibilizaciones haciendo siempre foco en la reivindicación de sus derechos con énfasis en el derecho a la salud y a una vida libre de violencia. La sensibilidad ante los conflictos y la cultura de paz han sido integrados también en las formaciones a los profesionales de salud.
- En cuanto al **enfoque intercultural**, las acciones de sensibilización adoptan mensajes en las dos lenguas más utilizadas por la población (swahili y kinande) para garantizar el acceso a la información en salud para la toma de decisión sin discriminación.
- En términos **medioambientales**, el proyecto utiliza medicamentos genéricos y su uso racional, contribuyendo a una menor generación de residuos farmacéuticos, y se realizan las adquisiciones exclusivamente en el mercado local y de proximidad, para dinamizar la economía local y reducir la huella ecológica asociada a las distribuciones que implicarían las compras en el mercado nacional o internacional.

8.9. Impacto

Repercusión del proyecto sobre políticas y legislación en los niveles local y/o provincial que den muestra de un compromiso de cambio y análisis de otro tipo de efectos para la comunidad.

El impacto de un proyecto de estas características es difícil de medir de manera precisa por la falta de información disponible sobre violencia sexual por parte del sistema de información sanitario público a nivel descentralizado así como por la debilidad en el recogida de otros datos relacionados con la SSR por parte del sistema de salud incluyendo no solo la cobertura de las ES sino el ámbito comunitario, tales como mortalidad materna, demanda de PF, atención al parto institucionalizado y domiciliar, etc.

No obstante, se puede afirmar que el proyecto ha tenido un claro impacto positivo en el sistema de salud de la zona reforzando capacidades asistenciales dirigidas a población

vulnerable a través de mejoras en la provisión de material e insumos y del fortalecimiento de capacidades de profesionales sanitarios dada la situación del contexto y la debilidad específica de las ES en la zona de intervención.

Se ha podido constatar que existe una percepción por parte de los titulares de obligaciones de que ha habido una mejora en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva de la población más desfavorecida de la ciudad de Beni después de la epidemia de ébola, en particular a través de la prevención y la gestión de la violencia sexual en las 6 ES de la zona de salud de Beni

En todas las entrevistas individuales y grupales realizadas así como en los cuestionarios, se han resaltado como impactos positivos los siguientes elementos clave:

- El aumento de las capacidades del personal sanitario de las estructuras sanitarias apoyadas por el proyecto.
- La integración de los jueces y líderes tradicionales como referentes comunitarios como punto de apoyo para la sensibilización e identificación de situaciones de violencia sexual y su derivación a los prestatarios de servicios.
- El aumento de la visibilidad de la violencia sexual, especialmente a través de emisiones de radio, como flagrante violación de los derechos humanos de las mujeres en las zonas donde interviene el proyecto.
- Un aumento de número de casos atendidos de urgencia por debajo de las 72 h. después de haber sufrido la agresión, ya mencionado en el apartado de eficacia.
- Existe una percepción por parte de algunos de los actores consultados de que el número de violencias sexuales y de embarazos precoces se ha reducido. Los datos de CPN no muestran una variación entre las menores de 18 años a lo largo del proyecto y estas representan el 9,3% del total de las consultas, aunque se desconoce si el estigma asociado puede hacer que acudan menos al CPN que las mujeres mayores de edad en caso de embarazo.
- Una mayor concientización de la población sobre la SSR (importancia de acudir a la CPN y CPON, y la Planificación familiar) y la VS (importancia de acudir antes de las 72h).
- La mayor implicación de los hombres en la planificación familiar así como la percepción de un pequeño cambio en las creencias reduciéndose un poco la visión de la sexualidad y la violencia de género como tabú.

9. CONCLUSIONES

Se presentan a continuación las conclusiones por cada uno de los criterios:

La **pertinencia** del proyecto está asegurada tanto por la trayectoria de trabajo conjunto entre PPSSP y Farmamundi que asegura un conocimiento compartido del contexto y la situación de violencia sexual, como por la realización de la realización de una línea de base que ha permitido verificar y profundizar en las necesidades y problemas que fueron identificadas durante la formulación del proyecto así como facilitar el proceso de seguimiento y evaluación del mismo. Asimismo, el proyecto se alinea con los documentos de estrategia y planificación de las políticas públicas en VbG y SSR y Farmamundi es una de las pocas organizaciones que trabajan en Beni en SSR, en un contexto en situación de conflicto, con un sistema de salud muy débil que enfrenta retos muy importantes por la coexistencia de la epidemia del ébola, la pandemia del COVID y la situación de violencia sexual.

La ejecución del proyecto ha tenido una alta **eficiencia** por el uso y aprovechamiento de los recursos locales implicando a todos los actores comunitarios, así como por el porcentaje destinado a la ejecución de actividades (materiales y suministros, viajes y alojamiento, obra e infraestructura y otros servicios técnicos) y más en un contexto donde es complicado la implementación de las mismas por las condiciones de seguridad, así como por la situación variable de COVID y Ébola y por la buena ejecución del gasto.

Los mecanismos y espacios de **coordinación** establecidos y/o utilizados por el proyecto han resultado útiles, principalmente la coordinación entre PPSSP con Farmamundi, con los otros actores en la zona participando activamente en el subcluster de VbG y entre PPSSP y las ES que ha facilitado y contribuido al éxito de la implementación. La coordinación con PPSSP y la Zona de Salud de Beni es muy buena y han participado en todas las fases de implementación del proyecto, supervisando indicadores y actividades realizadas.. El personal comunitario y las ES manifiestan haber mejorado su coordinación durante la implementación del proyecto.

La incorporación del **enfoque de derechos** en el proyecto trabajando con todas las titularidades ha facilitado el **fortalecimiento de las capacidades locales**, tanto a nivel del sistema de salud como comunitario. Se destaca como los principales logros del proyecto en este sentido los siguientes: (1) la mejora de la capacidad de incidencia de las OSC y de los CLDH así como su interlocución con los titulares de obligaciones, (2) la mejora de las capacidades del personal de salud, (3) la mejora de la capacidad de seguimiento de PPSSP con las ES y, (4) la mejora de las capacidades comunitarias (consejeras comunitarias, jueces costumbristas y líderes comunitarios).

En relación a la **participación**, las instituciones locales, principalmente las ES, los titulares de responsabilidades (personal de salud, OSC y agentes comunitarios) y la población titular de derechos ha participado tanto en la identificación del proyecto como en la realización de la línea de base y en la implementación del proyecto. Asimismo, la **apropiación** se ha visto mejorada gracias a acciones como el trabajo conjunto y coordinado con la ES.

El proyecto ha contado con un **mecanismo de quejas y denuncias** que junto con la CAC han funcionado como espacios para la presentación de denuncias, aunque la gestión de las mismas no es conocida todos los actores participantes en el proceso de evaluación.

En relación a la **eficacia**, el proyecto ha contribuido significativamente a **reforzar las capacidades locales** para la atención de la SSR y de la VS a través de la mejora de las capacidades del personal de salud y del personal comunitario y de la dotación de insumos. El aumento de la cobertura es evidente en unas ES que antes del proyecto no brindaba atención a la VS y es de destacar que el 77% de las atenciones a MSVS se hayan realizado antes de las 72 horas.

El **fortalecimiento de las redes comunitarias** con la implementación del proyecto se ha constatado tanto por la mejora de sus capacidades, el número de sesiones implementadas, la incorporación en las formaciones de los jueces costumbristas como pieza clave para cambiar creencias y actitudes a nivel comunitario y el aumento de la atención a la SSR derivado del mayor conocimiento que han tenido las mujeres de los servicios gracias a las sesiones de sensibilización.

Las **capacidades de las OSC y de los CLDH en incidencia política** se han visto reforzadas por las formaciones, por la elaboración de informes sobre la situación de la SSR y por la interlocución con titulares de obligaciones que no tenían antes del proyecto.

El proyecto ha incorporado el **enfoque de género** desde su diseño con la incorporación de acciones para la mejora de la VS y la SSR en relación a su calidad, disponibilidad y aceptabilidad. Asimismo, en la implementación se han identificado algunas acciones como: (1) la incorporación de los hombres en las sesiones de sensibilización que ha ocasionado que acudan más hombres a los servicios de SSR (2) la promoción de la participación de mujeres en los CLDH y, (3) el fortalecimiento de las consejeras comunitarias, tanto a nivel de capacidades como de reconocimiento de su rol.

En relación al **impacto**, aunque es difícil medirlo en un corto período de tiempo, se destacan a continuación algunos elementos que van más allá de los resultados previstos en el proyecto, como son: (1) la integración de los jueces y líderes tradicionales como referentes comunitarios como punto de apoyo para la sensibilización e identificación de situaciones de violencia sexual y su derivación a los prestatarios de servicios que ayuda a cambiar creencias y actitudes sobre la VS y VbG, (2) el aumento de la visibilidad de la violencia sexual, especialmente a través de emisiones de radio, como flagrante violación de los derechos humanos de las mujeres en las zonas donde interviene el proyecto, (3) el aumento de número de casos de VS atendidos de urgencia por debajo de las 72 h y, (4) una mayor conciencia de la población de la necesidad de acudir a servicios de SSR.

La **estrategia de salida** de Farmamundi y PPSSP está basada en la continuidad de proyectos de cooperación y en el refuerzo de capacidades tanto de titulares de obligaciones como de responsabilidades. El contexto de la provincia de Kivu Norte es un contexto de emergencia en el que resulta muy complicado diseñar una estrategia de salud a corto o medio plazo. A pesar

de ello, se han identificado algunas acciones que contribuirán al mantenimiento de los logros conseguidos, como son: (1) el uso y la optimización de los recursos locales, (2) el aumento de las capacidades locales del personal de salud y comunitario y, (3) el alineamiento con las políticas y normativa local.

10. LECCIONES APRENDIDAS

Entendemos como lecciones aprendidas como los conocimientos generados por la reflexión sobre una experiencia o proceso, que pueden dar lugar a aprendizajes positivos (sobre lo que ha funcionado y sería replicable) y negativos, sobre lo que ha funcionado y habría que evitar.

Se presentan a continuación algunas lecciones aprendidas que han surgido de la reflexión, bien colectiva o bien del equipo evaluador sobre la implementación del proyecto.

En la fase de **formulación**:

- La elaboración de la línea de base de manera conjunta con PPSSP visitando las estructuras de salud ha permitido un mayor conocimiento de la situación inicial y la implicación de las ES desde el inicio.

En la fase de **implementación**:

- La sensibilización a través de la radio. La selección de Radio Grace, para la difusión de spots radios sobre la violencia sexual, la planificación familiar, y la salud sexual reproductiva en general, ha resultado muy acertada, al ser la radio más popular de Beni.
- Inclusión de los líderes tradicionales y jueces costumbristas en las actividades formativas del proyecto, tal y como se recomendó en una evaluación anterior de un proyecto de Violencia sexual en Beni y Lubero financiado por AACID y ejecutado entre diciembre de 2015 y marzo de 2018. La implicación de los jueces costumbristas por ser figuras importantes en la comunidad para la visibilización de la violencia.

En el **monitoreo y evaluación**:

- Supervisión regular y directa de PPSSP sobre las ES apoyadas por el proyecto. Esto ha permitido una mayor proximidad con el personal de salud y los CLDH que ha contribuido a una mejor atención en SSR y VbG.

11. RECOMENDACIONES

La presentación de las recomendaciones no se establece por orden de prioridad y se plantean como aspectos de posible mejora a debatir con las propias organizaciones/personas implicadas. En todo caso, se considera fundamental continuar con el apoyo a este tipo de proyectos de SSR incluyendo la VbG y la VS en contextos como el de Kivu Norte en la República Democrática del Congo, con el fin de mejorar la vida de muchas personas en uno de los peores lugares del mundo para nacer mujer.

Como recomendación inicial se propone crear un espacio de revisión de las recomendaciones de la evaluación en el que participen todos los actores involucrados (PPSSP y Farmamundi) con el fin de analizar y planificar su puesta en marcha.

A lo largo del informe de evaluación se ha querido dejar constancia de la alta relevancia de un proyecto de estas características para mejorar la vida de las mujeres en zonas de conflicto. Las recomendaciones que a continuación se presentan son orientaciones que consideramos pueden reforzar la eficacia de la ayuda y la asistencia técnica que brindan las personas involucradas en la ejecución del proyecto. Algunas hacen referencia a lo trabajado directamente en el proyecto y otras se refieren a aspectos relacionados que podrían ser ámbito de futuras intervenciones.

Recomendaciones sobre el proyecto

1. **Analizar las posibilidades para mejorar el registro de la información en las ES.** Se considera un logro del proyecto disponer de toda la información sobre la atención para su análisis pero, con el fin de seguir fortaleciendo el sistema de información se recomienda, por un lado, que la información de todas las consultas, incluida la de planificación familiar esté desagregada por sexo y, por otro, mejorar la trazabilidad de los datos de las consultas con el fin de poder contar con la información referida al número de consultas pero también al número de mujeres que participan en ellas. En el caso de las consultas de planificación familiar se ha registrado el tipo de métodos contraceptivos facilitados, pero no quién los ha recepcionado por lo que no sabemos quién ha acudió a la consulta.
2. **Realizar una devolución de los resultados de la evaluación a las ES.** Se recomienda, tal y como se incluye en el plan de socialización de la evaluación incluido en el apartado 12, en el marco del Comité de salud, realizar una sesión de devolución con el personal de salud y la Zona de Salud de Beni sobre las principales conclusiones y recomendaciones de la evaluación con el fin de dar feedback sobre el trabajo realizado, aumentar su conocimiento sobre la situación así como sus capacidades de análisis y tomar decisiones para continuar las acciones.
3. **Promover una mayor difusión del trabajo de los grupos de autoayuda así como mapear otros recursos o activos en las comunidades** en las que se trabaja con los que las SVS puedan contar.
4. **Diseñar acciones de apoyo y continuidad con las OSC** . Si bien se ha valorado muy positivamente las acciones de fortalecimiento dirigidas a las OSC y a los CLDH para la

incidencia política, existe una demanda manifiesta de un mayor apoyo para continuar en esa línea de trabajo. Por ello, se recomienda establecer reuniones de apoyo para trabajar (o continuar trabajando) en una metodología de, por un lado, identificación y sistematización de vulneración de DDHH y, por otro, de realización de campañas o mensajes para su denuncia.

Recomendaciones más allá del proyecto

5. **Extender la atención y el fortalecimiento del personal de salud en VS a más ES.** Una de las recomendaciones más comentadas en las encuestas, entrevistas individuales y grupales ha sido extender el apoyo a otras ES de Beni, ya que cuenta con 29 ES y el proyecto objeto de evaluación se ha centrado en 6. Aunque siempre todo proyecto debe priorizar unos temas, acciones y zonas, tal y como se ha hecho en este, se considera relevante ya que, por un lado muestra la pertinencia y necesidad del proyecto en la zona y, por otro, el hecho de contar con diferentes procesos en las distintas ES puede facilitar también el intercambio de aprendizajes entre las mismas.
6. **Estudiar la posibilidad de reforzar el control postnatal,** bien a través de consulta domiciliaria de manera combinada con las consejeras de salud o bien a través de los servicios de salud.
7. **Identificar/estudiar la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en las zonas de intervención.** El concepto de demanda insatisfecha de planificación familiar alude a la brecha entre el deseo reproductivo y de las mujeres y su comportamiento anticonceptivo. Este es un indicador del ODS 5, concretamente de la meta 5.6 que pretende asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen. El indicador concretamente es: Indicador: 5.6.1 Proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad que toman sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva. En este contexto se entiende que recoger esta información contribuiría a orientar los servicios de planificación familiar así como las acciones de sensibilización tanto para mujeres como para hombres.
8. **Incluir en la sensibilización en relación a la violencia sexual a niños y hombres.** El proyecto aborda la implicación de hombres en la prevención y sensibilización, así como el acceso a la planificación familiar, lo cual debe ser continuado; si bien la herramienta de datos de SVS está desagregada por sexo, no hay casos de VS contra niños y hombres reportados y los informes sobre SVS no presentan un análisis específico sobre la violencia sexual contra los mismos. La organización humanitaria Médicos Sin Fronteras encontró que el 3,4% de los casos de violencia sexual tratados entre 2009 y 2014 en la RDC correspondían a hombres. Sin embargo, un estudio publicado en 2010 elevó la cifra a un 23,6% de hombres víctimas de violencia sexual. Dada la situación de conflicto que se perpetúa en RDC, y que la violencia sexual contra hombres está más invisibilizada que la violencia sexual contra mujeres, y que no se ha tratado a ningún hombre según la base de datos del proyecto, se recomienda incorporar mensajes de sensibilización que tengan el

objetivo de informar sobre la violencia sexual contra los niños y los hombres con el fin último de facilitar su acceso a la atención médica y psicosocial.

9. **Realizar evaluaciones mixtas en contextos de alta inseguridad.** En contextos en los que las condiciones de seguridad y salud no sean óptimas para la evaluación in situ por parte de un equipo externo evaluador, se recomienda considerar la posibilidad de hacer una evaluación mixta. En este sentido, se garantiza por un lado la contribución de un equipo externo y por otro, una recogida de datos más efectiva.

12. ACCIONES RECOMENDADAS PARA LA DIFUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

Una vez finalizado el presente informe se propone las siguientes acciones de difusión de los resultados que serán valoradas e incorporadas en el Anexo IV de Plan de comunicación que será entregado a la Generalitat Valenciana.

Se propone la difusión de los resultados de la evaluación en dos fases:

1. En la primera fase se presentarán los resultados a las organizaciones líderes del proyecto, Farmamundi y PPSSP, mediante una reunión por skype en la que se valore la incorporación de las recomendaciones.
2. En la segunda fase, con los aportes de las personas participantes de la primera fase, se recomienda las siguientes presentaciones y/o difusión de los resultados de la evaluación. Cabe resaltar que dicha difusión será responsabilidad de Farmamundi y PPSSP y el equipo evaluador participará en aquellas que se le solicite.
 - Presentación de los resultados al interior de Farmamundi en la que se invitará al personal de las diferentes áreas.
 - Presentación de los resultados de la evaluación en las organizaciones comunitarias con las que trabaja PPSSP, es decir con las Estructuras de salud y la Zona de salud de Beni. Esta presentación podrá ser realizada en el marco del Comité de salud.

Se incluye la descripción de cada una de las sesiones en la siguiente tabla:

Audiencia	Finalidad	Instrumentos y actividades de socialización	Plazo de ejecución	Personas responsables	Otros actores implicados
Responsables del proyecto de Farmamundi y PPSSP	Dar a conocer las conclusiones y trabajar conjuntamente las recomendaciones	Taller con exposición del proceso de evaluación y trabajo conjunto con las recomendaciones	Febrero-marzo 2022	Farmamundi PPSSP SANART	
Personal técnico de las diferentes áreas de Farmamundi	Dar a conocer el proceso de evaluación, las conclusiones y recomendaciones	Reunión con presentación del proceso y espacio para aportes y preguntas	Febrero-marzo 2022	Farmamundi	

Audiencia	Finalidad	Instrumentos y actividades de socialización	Plazo de ejecución	Personas responsables	Otros actores implicados
Personal de las Estructuras de Salud y Zona de salud de Beni	Compartir el proceso de evaluación con el fin de retroalimentar el trabajo realizado, que conozcan los avances de las diferentes ES y que puedan poner en marcha algunas de las recomendaciones.	Reunión en el Comité de Salud mensual	Marzo 2022	PPSSP	DPS (Zona de salud de Beni)

ANEXOS

Anexo I. Matriz de evaluación

Dimensión: DISEÑO			
Criterios de evaluación	Preguntas de evaluación	Indicadores de evaluación	Fuentes y herramientas de recolección de información
<p>PERTINENCIA (incluye NHE Criterio 1. La respuesta humanitaria es adecuada y pertinente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se corresponde la intervención con las prioridades y necesidades de la población participante? - ¿Es el diseño de la intervención (lógica vertical y horizontal) coherente y relevante en relación al contexto de la intervención? - ¿Se han tenido en cuenta los principios operativos de coordinación y complementariedad? - ¿Se han analizado las políticas de salud y género existentes a nivel estatal, local o de los actores que trabajan en el contexto y se han incluido en el proyecto? 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de la participación de las partes interesadas - Nº y tipo de intereses y necesidades identificadas para mujeres y hombres - Nº y tipo de mecanismos y técnicas para promover la participación - Nº y tipo de necesidades identificadas por las instituciones y abordadas por el proyecto. - Nº de actividades propuestas que han tenido que ser modificadas o eliminadas por no haber tenido en cuenta el contexto del lugar - Nº y tipo de medidas incorporadas de las políticas o estrategias de género identificadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (diagnóstico, línea de base, documento de identificación y del proyecto y otros) - Entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios y taller
Dimensión: PROCESOS			
Criterios de evaluación	Preguntas de evaluación	Indicadores de evaluación	Fuentes y herramientas de recolección de información
<p>EFICIENCIA (incluyendo el NHE Criterio 9. Los recursos se gestionan y usan de forma responsable para los fines previstos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se han respetado los presupuestos establecidos inicialmente en el documento? - ¿Se han respetado los cronogramas y tiempos previstos? - ¿Ha sido eficiente la transformación de los recursos en los resultados? - ¿Se han aprovechado y potenciado los recursos locales? - ¿En qué medida la colaboración institucional y los mecanismos de gestión articulados han contribuido a alcanzar los resultados de la intervención? - ¿De qué manera se ha considerado el impacto que se puede generar sobre el medio ambiente con la implementación de los proyectos? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº y tipo de procesos implementados para la gestión del proyecto - Nº y tipo de procesos de gestión en los que participan otros actores y/o instituciones. - Análisis de la formación y/o experiencia de los recursos humanos. - Análisis de la distribución presupuestaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (diagnóstico, línea de base, documento de identificación y del proyecto, sistema de seguimiento y evaluación, protocolos y proceso de gestión económica...) - Entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios y taller

<p>PARTENARIADOS Y COORDINACIÓN NHE Criterio 6: La respuesta humanitaria es coordinada y complementaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se han tenido en cuenta las estrategias y programas de desarrollo del país en el que se ejecuta la intervención? - ¿La intervención incluye medidas específicas para fortalecer las capacidades de las instituciones locales? ¿Se ha logrado? - ¿En qué medida se han establecido alianzas adecuadas con actores nacionales, internacionales y locales para prestar asistencia a las personas afectadas por las crisis? - ¿Las intervenciones de Farmamundi complementan las actuaciones de las autoridades locales y nacionales, así como las de otras organizaciones humanitarias? - ¿Qué mecanismos de coordinación interna (Farmamundi y PPSSP) y externa (con el resto de agentes se han utilizado)? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº y tipo de mecanismos y espacios implementados para la coordinación entre actores. - Análisis de la experiencia, áreas de trabajo de las contrapartes - Grado de alineamiento con las actuaciones de las autoridades locales y nacionales y con otras organizaciones comunitarias. - Nº y tipo de mecanismos de coordinación 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (protocolos, manuales para la coordinación, memorias, actas de las reuniones) - Entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios y taller - Revisión documental (protocolos de coordinación, informes, actas, ...) - Entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios
<p>NHE Criterio 3. La respuesta humanitaria fortalece las capacidades locales y evita causar efectos negativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Las intervenciones de Farmamundi se enfocan en fortalecer la resiliencia de las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias? - ¿Farmamundi utiliza análisis de riesgos y amenazas y planes de planes de preparación para orientar las actividades? - ¿Farmamundi planifica estrategias de transición o de salida en las etapas iniciales de las intervenciones de emergencia con el objeto de garantizar la persistencia de efectos positivos a largo plazo y reducir el riesgo de dependencia? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº y tipo de acciones orientadas a fortalecer la resiliencia de las comunidades y personas. - Nº y tipo de análisis de riesgos y amenazas. - Nº de planes de preparación elaborados. - Análisis del diseño de los planes de preparación elaborados. - Análisis del diseño de las estrategias de transición o salida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (planes de preparación, estrategia de salida) - Entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios y taller
<p>APROPIACIÓN Y PARTICIPACIÓN NHE Criterio 4. La respuesta humanitaria se basa en la comunicación, la participación y la retroalimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Farmamundi ha puesto en marcha mecanismos para que las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias expresen su nivel de satisfacción en lo que respecta a la calidad y eficacia de la ayuda que han recibido, prestando especial atención a las cuestiones de género, edad y diversidad de las personas que expresan su opinión? - ¿En qué medida han participado las entidades/instituciones locales en el diseño de la intervención? - ¿En qué medida participan las instituciones locales en la aplicación y gestión de la intervención? - ¿En qué medida y a través de qué medios y procedimientos ha participado la población titular de derechos en todo el proyecto? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº y tipo de mecanismos y espacios de información y participación de las personas titulares de derechos implementados. - Grado de satisfacción de las personas titulares de derechos sobre la información recibida y la participación - Nº y tipo de mecanismos implementados para la retroalimentación a la población titular de derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (documentos y protocolos de información y participación y otros generados en el proceso) - Entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios y taller
<p>NHE Criterio 5. Las quejas son bien recibidas y gestionadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Farmamundi ha implementado un sistema de gestión de quejas para recibir y aceptar las quejas de las comunidades y personas afectadas las emergencias? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº y tipo de mecanismos para comunicar quejas de las comunidades y personas afectadas por las emergencias. - Nº y tipo de mecanismos para la solución y respuesta a las quejas de las comunidades y personas afectadas por las emergencias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (documentos y protocolos del sistema de quejas, informes, etc.) - Entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios y taller

Anexo II. Guiones entrevistas, grupos y cuestionarios

E1. ENTRETIEN DPS

Nom

Présentation, fonctions et position

RELEVANCE

1. Quels sont les principaux problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive et à la violence sexuelle dans la ville de Beni ?
2. L'intervention correspond-elle aux priorités et aux besoins de la population participante ?
3. Existe-t-il une politique ou une stratégie de santé sexuelle et reproductive au niveau national, provincial ou local ? Si c'est le cas, le projet est-il aligné sur celui-ci ?

EFFICACITÉ

4. Les ressources locales ont-elles été exploitées et mises à profit ?
5. Les délais et les échéances ont-ils été respectés ?
6. Quels mécanismes de coordination et de gestion ont été utilisés entre le PPSSP et le DPS ? Entre le PPSSP et les structures de santé ?
Ont-ils été utiles ?

PARTENARIATS ET COORDINATION

7. Le projet a-t-il contribué au renforcement institutionnel des DPS et des structures de santé ?
8. Les interventions de Farmamundi sont-elles complémentaires aux actions des autorités locales et nationales, ainsi qu'à celles des autres organisations humanitaires ?

EFICACITÉ

9. Est-ce qu'il y a amélioré l'exercice du droit à la santé sexuelle et reproductive de la population la plus défavorisée de la ville de Beni après l'apparition du virus épidémique Ebola, notamment par la prévention et la prise en charge des violences sexuelles dans 6 Structures de Santé du Nord Kivu ? Comment pensez-vous que cet exercice a amélioré ?
10. Le projet a-t-il renforcé le réseau communautaire (conseillers communautaires, leaders, jeunes coutumiers, etc.) et comment ?
11. Quelles sont les relations et la coordination des structures de santé avec le réseau de santé communautaire ?

CONNECTIVITÉ

12. Les réglementations locales ont-elles été respectées dans la mise en œuvre des activités ? Veuillez donner un exemple.
13. Les équipements et fournitures mis à la disposition de la population sont-ils adaptés au contexte d'intervention ?
14. Une fois l'aide extérieure (le projet est terminé) est retirée, les structures sanitaires en place sont-elles toujours fonctionnelles ?

IMPACT

15. Quelles sont les trois principales réalisations du projet que vous mettriez en avant ?
16. Considérez-vous que l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et l'attention portée à la violence sexuelle se sont améliorés l'année dernière
17. Quelles recommandations avez-vous à faire pour continuer à promouvoir les droits sexuels et reproductifs et une vie sans violence à Beni ?
18. Veuillez commenter toute question que vous jugez importante et sur laquelle nous ne vous avons pas interrogé.

E2. ENTRETIEN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Nom

Présentation, fonctions et position

RELEVANCE

1. Quels sont les principaux problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive et à la violence sexuelle dans ce domaine de la santé ?
2. L'intervention correspond-elle aux priorités et aux besoins de la population participante ?

PROPRIÉTÉ ET PARTICIPATION

3. Comment ont-ils été impliqués dans la conception du projet et pendant sa mise en œuvre ?
4. Existe-t-il un mécanisme permettant de recueillir les recommandations, les plaintes et le niveau de satisfaction de la population utilisant les services de santé ?
5. Existe-t-il un mécanisme de coordination avec le réseau de santé communautaire (conseillers communautaires, animateurs, CLDH, ...) ?

EFFICACITÉ

6. Comment pensez-vous que les services de santé sexuelle et reproductive et la prise en charge des violences sexuelles se sont améliorés l'année dernière ?
7. Comment l'épidémie d'Ebola et le COVID ont-ils affecté la santé sexuelle et reproductive et la prise en charge des violences sexuelles l'année dernière ?
8. Avez-vous participé à une formation, sur quels sujets, et quelle est votre évaluation ?
9. La disponibilité de la contraception, des médicaments d'urgence pour les victimes de violences sexuelles et pour les IST et Ebola s'est-elle améliorée l'année dernière ?
10. La couverture des soins prénatals s'est-elle améliorée l'année dernière ? Quels sont les principaux problèmes d'accès aux soins prénatals ?
11. Disposez-vous d'un protocole pour la prise en charge et l'orientation des Violences sexuelles ? Comment ce protocole a-t-il été mis en œuvre ? S'avère-t-il utile ?
12. Les cas de violence sexuelle sont-ils orientés vers une forme quelconque d'aide sociale ou juridique ?
13. Savez-vous comment fonctionnent les groupes de soutien mutuel pour les femmes ?

CONNECTIVITÉ

14. Une fois l'aide extérieure retirée (le projet est terminé), les structures sanitaires en place sont-elles toujours fonctionnelles ?

IMPACT

15. Quelles sont les trois principales réalisations du projet que vous mettriez en avant ?
16. Quelles recommandations avez-vous à faire pour continuer à promouvoir les droits sexuels et reproductifs et une vie sans violence à Beni ?
17. Veuillez commenter toute question que vous jugez importante et sur laquelle nous ne vous avons pas interrogé.

FDG1. Groupes de Discussion (FGD) Victimes de VS

Explication du groupe de discussion : l'objectif est de recueillir votre opinion sur les services de santé et les soins que vous avez reçus et de recevoir vos recommandations pour les améliorer.

1. Comment évaluent-ils les soins qu'ils ont reçus, se sont-ils sentis bien traités et écoutés ?
2. Avez-vous été orienté vers des services de soutien social ou juridique ? Comment les jugez-vous ?
3. Savez-vous s'il existe un mécanisme permettant de recueillir les recommandations, les plaintes et le niveau de satisfaction de la population utilisant les services de santé ?
4. Participez-vous à un groupe de soutien mutuel pour femmes, et comment l'évaluez-vous ?
5. Avez-vous participé à des activités de sensibilisation dans la communauté ? Comment les évaluez-vous ?
6. Avez-vous écouté des spots ou des messages radio sur la santé sexuelle et reproductive et/ou la prévention de la violence sexuelle ?
7. Recommandations pour améliorer les soins.
8. Veuillez commenter toute autre question relative aux soins qui n'a pas été mentionnée.

E3. Entretien avec Comité Local de Droits Humaines

Explication du focus group : l'objectif est de connaître votre avis sur les actions menées par le projet pour renforcer le CLDH. Les informations que vous nous donnez sont confidentielles et anonymes. Elles ne seront pas diffusées mais contribueront uniquement à améliorer les services de santé sexuelle et reproductive dans la région.

Merci de vous présenter et de préciser votre rôle au sein du CLDH.

1. Veuillez nous dire ce qu'est le comité local des droits de l'homme, qui en fait partie et quelles sont ses fonctions.
2. Combien y a-t-il de membres dans le CLDH, combien d'hommes et combien de femmes ?
3. Quels sont les principaux problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive et à la violence sexuelle dans ce domaine de la santé ?
4. Comment le CLDH a-t-il été renforcé l'année dernière ?
5. Avez-vous participé à une formation ? Si oui, sur quels sujets et comment les évaluez-vous ?
6. Le CLDH a mené des actions de sensibilisation auprès des juges coutumiers et leaders communautaires, comment se sont déroulées ces séances, quels sujets ont-ils abordés, comment les évaluez-vous ?
7. Avez-vous entendu des spots ou des messages radio sur la santé sexuelle et reproductive et/ou la prévention de la violence sexuelle ?
8. Savez-vous comment fonctionnent les groupes de soutien mutuel des femmes ?
9. Existe-t-il un mécanisme de coordination entre le CLDH, les conseillers et animateurs communautaires et le personnel de santé ? Comment l'évaluez-vous ?
10. Avez-vous produit un rapport sur la situation de la santé sexuelle et de la violence sexuelle à présenter aux autorités ou une campagne de sensibilisation ? Comment l'avez-vous évalué ?
11. Quelles sont les trois principales réalisations que vous souligneriez du projet/des améliorations en matière de santé sexuelle et reproductive et de violence et de prévention sexuelles au cours de l'année écoulée ?
12. Quelles recommandations avez-vous à faire pour continuer à promouvoir les droits sexuels et reproductifs et une vie sans violence à Beni ?
13. Commentez toute question que vous jugez importante et sur laquelle nous ne vous avons pas interrogé.

FDG2. FGD Conseillères communautaires

Explication du focus group : l'objectif est de connaître votre opinion sur les actions menées par le projet pour renforcer la santé sexuelle et reproductive dans les services de santé et la prévention dans les communautés. Les informations que vous nous donnez sont confidentielles et anonymes. Elles ne seront pas diffusées mais contribueront uniquement à améliorer les services de santé sexuelle et reproductive dans la région.

Veillez-vous présenter en indiquant votre nom et votre domaine d'activité.

1. Parlez-nous des fonctions des Conseillères communautaires.
2. Quels sont, selon vous, les principaux problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive et à la violence sexuelle dans ce domaine de la santé ?
3. Comment votre travail en tant que Conseillers Communautaires a-t-il été renforcé l'année dernière ?
4. Avez-vous participé à une formation ? Si oui, sur quels sujets et comment les évaluez-vous ?
5. Pensez-vous que les services de santé sexuelle et reproductive et l'attention portée à la violence sexuelle se sont améliorés l'année dernière ?
6. Comment l'épidémie d'Ebola et de COVID a-t-elle affecté la santé sexuelle et reproductive et la prise en charge des violences sexuelles au cours de l'année écoulée ?
7. La disponibilité de la contraception et des médicaments d'urgence pour les victimes de violences sexuelles et pour les IST et Ebola s'est-elle améliorée au cours de l'année dernière ? Quels sont les principaux problèmes d'accès et d'acceptation du planning familial ?
8. La couverture des soins prénatals s'est-elle améliorée l'année dernière ? Quels sont les principaux problèmes d'accès aux soins prénatals ?
9. Avez-vous mené des activités de sensibilisation à l'intention des enseignants et des élèves ? Comment se sont déroulées ces séances ? Quels sujets ont-elles abordé ? Comment les évaluez-vous ?
10. Avez-vous mené des activités de sensibilisation des femmes enceintes dans les communautés ? Comment se sont déroulées ces séances ? Quels sujets ont-elles abordé ? Comment les évaluez-vous ?
11. Avez-vous écouté des spots ou des messages radio sur la santé sexuelle et reproductive et/ou la prévention de la violence sexuelle ?
12. Pensez-vous que la prise en charge d'urgence des femmes victimes de violences sexuelles s'est améliorée au cours de l'année dernière ? Donnez quelques exemples de cette amélioration.
13. Savez-vous comment fonctionnent les groupes de femmes soutien mutuel ?
14. Existe-t-il un mécanisme de coordination entre le CLDH, les conseillers et animateurs communautaires et le personnel de santé ? Comment l'évaluez-vous ?

15. Quelles sont les trois principales réalisations que vous souligneriez du projet/des améliorations en matière de santé sexuelle et reproductive et de prévention et de violence sexuelle au cours de l'année écoulée ?
16. Quelles recommandations avez-vous à faire pour continuer à promouvoir les droits sexuels et reproductifs et une vie sans violence à Beni ?
17. Veuillez commenter toute question que vous jugez importante et sur laquelle nous ne vous avons pas interrogé.

FGD3. FGD Leaders communautaires et Juges coutumières

Explication du groupe de discussion : l'objectif est de recueillir votre opinion sur les services de santé et les soins que vous avez reçus et de recevoir vos recommandations pour les améliorer. Les informations que vous nous donnez sont confidentielles et anonymes. Elles ne seront pas diffusées mais contribueront uniquement à améliorer les services de santé sexuelle et reproductive dans la région

Veillez-vous présenter en indiquant votre nom et votre domaine d'activité.

1. Parlez-nous des rôles des Leaders communautaires et des juges coutumiers.
2. Quels sont, selon vous, les principaux problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive et à la violence sexuelle dans ce domaine de la santé ?
3. Comment votre travail en tant que Leaders communautaires et juges coutumiers a-t-il été renforcé l'année dernière ?
4. Existe-t-il un mécanisme de coordination entre le CLDH, les conseillers et animateurs communautaires et le personnel de santé ? Comment l'évaluent-ils ?
5. Ont-ils participé à une formation ? Si oui, sur quels sujets et comment l'évaluent-ils ?
6. Avez-vous appliqué les connaissances acquises dans les situations réelles ? Comment ?
7. Avez-vous orienté des cas de MSVS vers des services de santé, de soutien social ou juridique ? Quelles sont les problèmes principaux pour le référencement des cas de violence sexuelle ? Est-ce qu'ils ont améliorés ?
8. Avez-vous participé de séances de sensibilisation menées par les comités locaux sur les droits de l'homme (CLDH) ? Comment ces sessions se sont-elles déroulées ? Quels sujets ont-elles couvert ? Comment les évaluez-vous ?
9. Avez-vous noté de l'amélioration des services de santé dans la dernière année ? Quelles améliorations exactement ? Pensez-vous que la prise en charge d'urgence des femmes victimes de violences sexuelles s'est améliorée l'année dernière ? Donnez quelques exemples de cette amélioration.
10. Savez-vous comment fonctionnent les groupes de femmes soutien mutuel ?
11. Comment l'épidémie d'Ebola et le COVID ont-ils affecté les soins de santé sexuelle et reproductive et la violence sexuelle l'année dernière ?
12. Savez-vous s'il existe un mécanisme permettant de recueillir les recommandations, les plaintes et le niveau de satisfaction de la population utilisant les services de santé ?
13. Avez-vous écouté des spots ou des messages radio sur la santé sexuelle et reproductive et/ou la prévention de la violence sexuelle ?
14. Recommandations pour améliorer les soins.
15. Veuillez commenter toute autre question relative aux soins qui n'a pas été mentionnée.

ENTREVISTA PERSONAL TÉCNICO DE FARMAMUNDI

Presentación, cargo y tiempo que lleva en él.

1. ¿Cómo fue el diseño del proyecto? ¿quién participó?
2. ¿Consideras que la intervención se corresponde con las prioridades y necesidades de la población participante?
3. ¿Cómo fue la elaboración de la línea de base? ¿ha resultado útil?
4. ¿De qué manera se ha alineado el proyecto o se han tenido en cuenta las políticas/estrategias/planes de salud y género existentes a nivel estatal, local?
5. ¿La intervención ha incluido medidas específicas para fortalecer las capacidades de las instituciones locales? ¿Se ha logrado?
6. ¿La intervención es complementaria a otras acciones de las autoridades locales y nacionales, así como a las de otras organizaciones humanitarias?
7. ¿Qué mecanismos de coordinación internos (Farmamundi y PPSSP) y externos (con otros actores) se han utilizado?
8. ¿Participa Farmamundi en el Subcluster de violencia basada en género? ¿Qué tipo de coordinación se genera en este espacio?
9. ¿En qué medida han participado las instituciones locales en la implementación y gestión de la intervención? ¿De qué manera ha participado la población destinataria del proyecto?
10. ¿En qué medida se han fortalecido las capacidades de las 6 estructuras de salud en la atención a la salud sexual y reproductiva y la atención a la violencia de género y sexual?
11. ¿Cómo ha afectado la epidemia del ébola en el proyecto y, en particular en las capacidades de las estructuras de salud? ¿y la del COVID-19?
12. ¿En qué medida se ha fortalecido a las redes comunitarias para integrar la defensa de los derechos sexuales y reproductivos en sus acciones para mejorar la identificación de casos de violencia de género y evitar la estigmatización de las sobrevivientes?
13. ¿De qué manera se ha fortalecido la capacidad de la sociedad civil y los grupos de mujeres organizados en Beni para abogar por políticas públicas para exigir el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y una vida libre de violencia por parte de las autoridades locales y provinciales en el contexto de una epidemia de ébola?
14. ¿Se ha previsto alguna estrategia de transición o salida para asegurar la persistencia de efectos positivos a largo plazo y reducir el riesgo de dependencia?
15. ¿Qué medidas se han utilizado para garantizar la incorporación la perspectiva de género?
16. ¿Cuáles son los tres principales logros del proyecto?
17. Si quieres añadir alguna cosa que haya salido en la conversación

Anexo III. Listado de participantes en el proceso de evaluación

Cargo	Organización
Responsables del proyecto en sede	Farmamundi
Técnico expatriado	Farmamundi
Coordinador de proyecto	PPSSP
Técnico de Proyectos	PPSSP
Departamento de Género y Familia (Cluster VbG)	Municipalidad
Supervisores de la Zona de Salud de Beni	Ministerio de Sanidad
Profesionales de Salud Kanzulinzuli	Ministerio de Sanidad
Profesionales de Salud Butsili	Ministerio de Sanidad
Profesionales de Salud Tamende	Ministerio de Sanidad
Profesionales de Salud Saiyo	Ministerio de Sanidad
Profesionales de Salud Mavivi	Ministerio de Sanidad
Profesionales de Salud Madrandele	Ministerio de Sanidad
CLDH Kanzulinzuli	Actores comunitarios
CLDH Butsili	Actores comunitarios
CLDH Tamende	Actores comunitarios
CLDH Saiyo	Actores comunitarios
CLDH Mavivi	Actores comunitarios
CLDH Madrandele	Actores comunitarios
Consejeras Kanzulinzuli	Actores comunitarios
Consejeras Butsili	Actores comunitarios
Consejeras Tamende	Actores comunitarios
Consejeras Saiyo	Actores comunitarios
Consejeras Mavivi	Actores comunitarios
Consejeras Madrandele	Actores comunitarios
Representantes de la sociedad civil Kanzulinzuli	Actores comunitarios
Representantes de la sociedad civil Butsili	Actores comunitarios
Representantes de la sociedad civil Tamende	Actores comunitarios
Representantes de la sociedad civil Saiyo	Actores comunitarios
Representantes de la sociedad civil Mavivi	Actores comunitarios
Representantes de la sociedad civil Madrandele	Actores comunitarios
Líderes tradicionales y jueces Kanzulinzuli	Actores comunitarios
Líderes tradicionales y jueces Butsili	Actores comunitarios
Líderes tradicionales y jueces Tamende	Actores comunitarios
Líderes tradicionales y jueces Saiyo	Actores comunitarios
Líderes tradicionales y jueces Mavivi	Actores comunitarios
Líderes tradicionales y jueces Madrandele	Actores comunitarios

Anexo IV. Ficha CAD

Título	“Disponibilidad, calidad y acceso a la salud sexual y reproductiva (SSR) ante el deterioro de la situación humanitaria y el brote de ébola en Beni- Kivu Norte, RDC” Ref.: SOLHUM/2019/001	Lugar	Kivu Norte, República Democrática del Congo (RDC)
Sector	Sector CRS: 12110 -Política sanitaria y gestión administrativa Sector CAD: 130 -Programas/políticas sobre población y salud reproductiva	Subsectores	2111003 Cobertura Universal / Protección Social 1302001 Apoyo a víctimas de violencia de género
Tipo de evaluación	Final, externa, de objetivos y proceso.	Coste (€)	374.688,34 €
Fecha de la intervención	01 de junio de 2020 - 31 de agosto de 2021	Agente ejecutor	Farmamundi y PPSSP
Fecha de la evaluación	Septiembre – noviembre de 2021	Agente evaluador	SANART el arte de hacer salud- Inma Gisbert Civera y Ana Zamacona Mulas, junto con Fifi Soki Musubaho
Antecedentes y objetivo general de la intervención	Según Naciones Unidas, la provincia de Kivu Norte de la República Democrática del Congo, en adelante RDC, está considerada el peor lugar del mundo para nacer mujer al concentrar el mayor número de agresiones sexuales del planeta, desde que fuera identificada la importante riqueza minera que se encuentra en su territorio a finales de la década de los 90. La RDC ha sido también una zona endémica de Ébola y en los últimos tiempos ha vivido el segundo brote más letal (66% de letalidad) del mundo que ha durado más de dos años. La pandemia del COVID-19 también ha afectado en la RDC siendo uno de los países más afectados de África Subsahariana y siendo la provincia de Kivu Norte calificada de alto riesgo por su carácter fronterizo con Uganda y Ruanda. La debilidad del sistema de salud unida a la situación de violencia y de desplazamiento forzoso hace que los derechos sexuales y reproductivos sean vulnerados y que responder al brote del Ébola y al COVID-19 resulte muy complejo. Farmamundi lleva trabajando desde el año 2003-2004 en la RDC y, concretamente con PPSSP desde hace 14 años en el ámbito de la violencia sexual, fundamentalmente contra las mujeres y las niñas, tanto en la prevención como en la atención física y psicológica y en la minimización de los efectos socioeconómicos de las víctimas y sus familias, que se materializa en el diseño de una estrategia conjunta en el año 2017.		
Principios y objetivos de la evaluación	La evaluación tenía como objetivo general verificar el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos por el IV Plan Director de la Cooperación Valenciana 2017-2020, y como objetivos específicos: (1) Analizar el grado de cumplimiento de la planificación prevista en este proyecto, desde la pertinencia, eficacia, eficiencia, cobertura, impacto, viabilidad, participación y coherencia con un enfoque de género, derecho a la salud, diversidad cultural y utilidad de la evaluación, y (2) Identificar lecciones aprendidas y recomendaciones para mejorar la práctica del seguimiento y las estrategias de intervención.		

Metodología y herramientas	<p>Para la recogida de información se ha utilizado un enfoque principalmente cualitativo que ha permitido la aproximación a las experiencias individuales y al conocimiento de diferentes aspectos de la realidad utilizando como herramientas la revisión documental, la entrevista, los grupos de discusión y un taller de teoría de programa. La evaluación ha incorporado los enfoques de derechos humanos y de género para el diseño de instrumentos para la recogida de información, en el proceso de recogida de la misma y en su posterior análisis. Las preguntas de evaluación se han incluido en una matriz organizada por los siguientes criterios: pertinencia, eficiencia, partenariado, coordinación, fortalecimiento de capacidades locales, apropiación, participación, mecanismos de quejas y denuncias, eficacia, conectividad, enfoques transversales e impacto.</p> <p>Se han realizado un total de 5 entrevistas semi estructuradas individuales a socios y titulares de obligaciones y responsabilidades; 13 entrevistas grupales (5 entrevistas grupales a MSVS en 5ES, 6 entrevistas grupales a profesionales de salud y 1 entrevista grupal a consejeras de 6 ES y 1 entrevista grupal a jueces y líderes de 3ES), 65 cuestionarios dirigido a mujeres usuarias de los servicios de salud (titulares de derechos) en 5 ES, y a OSC, y a CLDH en 6ES (53 mujeres y 12 hombres); y un taller de teoría de programa.</p>
Conclusiones	<p>PERTINENCIA</p> <p>La pertinencia del proyecto está asegurada tanto por la trayectoria de trabajo conjunto entre PPSSP y Farmamundi que asegura un conocimiento del contexto y de la situación de violencia sexual, como por la realización de la realización de una línea de base que ha permitido verificar y profundizar en las necesidades y problemas que fueron identificadas durante la formulación del proyecto, así como facilitar el proceso de seguimiento y evaluación. el proyecto se alinea con los documentos de estrategia y planificación de las políticas públicas en VbG y SSR y Farmamundi es una de las pocas organizaciones que trabajan en Beni en SSR, en un contexto en situación de conflicto, con un sistema de salud muy débil que enfrenta retos muy importantes por la coexistencia de la epidemia del ébola, la pandemia del COVID y la situación de violencia sexual.</p> <p>EFICIENCIA</p> <p>La ejecución del proyecto ha tenido una alta eficiencia por el uso y aprovechamiento de los recursos locales implicando a todos los actores comunitarios, así como por el porcentaje destinado a la ejecución de actividades y más en un contexto donde es complicado la implementación de las mismas por las condiciones de seguridad, así como por la situación variable de COVID y Ébola y por la buena ejecución del gasto.</p> <p>PARTENARIADO Y COORDINACIÓN</p> <p>Los mecanismos y espacios de coordinación han resultado útiles, principalmente la coordinación entre PPSSP con Farmamundi, con los otros actores en la zona participando activamente en el subcluster de VbG y entre PPSSP y las ES que ha facilitado y contribuido al éxito de la implementación. La coordinación con PPSSP y la Zona de Salud de Beni ha sido muy estrecha durante todo el proyecto, participando y dando seguimiento a todas las actividades del proyecto gracias a la dotación de equipos informáticos que facilitó el proyecto. El personal comunitario y las ES manifiestan haber mejorado su coordinación durante la implementación del proyecto</p> <p>FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES LOCALES</p> <p>La incorporación del enfoque de derechos en el proyecto trabajando con todas las titularidades ha facilitado el fortalecimiento de las capacidades locales, tanto a nivel del sistema de salud como comunitario. Se destaca como los principales logros: (1) la mejora de la capacidad de incidencia de las OSC y de los CLDH, y su interlocución con los titulares de obligaciones, (2) la mejora de las capacidades del personal de salud, (3) la mejora de la capacidad de seguimiento de PPSSP con las ES y, (4) la mejora de las capacidades comunitarias (consejeras comunitarias, jueces costumbristas y líderes comunitarios).</p>

	<p>APROPIACIÓN Y PARTICIPACIÓN</p> <p>La participación, las instituciones locales, principalmente las ES, los titulares de responsabilidades (personal de salud, OSC y agentes comunitarios) y la población titular de derechos ha participado tanto en la identificación del proyecto como en la realización de la línea de base y en la implementación del proyecto. Asimismo, la apropiación se ha visto mejorada gracias a acciones como el trabajo conjunto y coordinado con la ES.</p> <p>MECANISMOS DE QUEJAS Y DENUNCIAS</p> <p>El proyecto ha contado con un mecanismo de quejas y denuncias que junto con la CAC han funcionado como espacios para la presentación de denuncias, aunque la gestión de estas no es conocida todos los actores participantes en el proceso de evaluación.</p> <p>EFICACIA</p> <p>El proyecto ha contribuido significativamente a reforzar las capacidades locales para la atención de la SSR y de la VS a través de la mejora de las capacidades del personal de salud y del personal comunitario y de la dotación de insumos. El aumento de la cobertura es evidente en unas ES que antes del proyecto no brindaba atención a la VS y es de destacar que el 77% de las atenciones a MSVS se hayan realizado antes de las 72 horas. El fortalecimiento de las redes comunitarias se ha constatado tanto por la mejora de sus capacidades, el número de sesiones implementadas, la incorporación en las formaciones de los jueces costumbristas como pieza clave para cambiar creencias y actitudes a nivel comunitario y el aumento de la atención a la SSR derivado del mayor conocimiento que han tenido las mujeres de los servicios gracias a las sesiones de sensibilización. Las capacidades de las OSC y de los CLDH en incidencia política se han visto reforzadas por las formaciones, por la elaboración de informes sobre la situación de la SSR y por la interlocución con titulares de obligaciones que no tenían antes del proyecto.</p> <p>CONECTIVIDAD Y ENFOQUES TRANSVERSALES</p> <p>La estrategia de salida de Farmamundi y PPSSP está basada en la continuidad de proyectos de cooperación y en el refuerzo de capacidades tanto de titulares de obligaciones como de responsabilidades. Se han identificado algunas acciones que contribuirán al mantenimiento de los logros conseguidos: (1) el uso y la optimización de los recursos locales, (2) el aumento de las capacidades locales del personal de salud y comunitario y, (3) el alineamiento con las políticas y normativa local.</p> <p>El proyecto ha incorporado el enfoque de género desde su diseño con la incorporación de acciones para la mejora de la VS y la SSR en relación a su calidad, disponibilidad y aceptabilidad. Asimismo, en la implementación se han identificado algunas acciones como: (1) la incorporación de los hombres en las sesiones de sensibilización que ha ocasionado que acudan más hombres a los servicios de SSR (2) la promoción de la participación de mujeres en los CLDH y, (3) el fortalecimiento de las consejeras comunitarias, tanto a nivel de capacidades como de reconocimiento de su rol.</p> <p>IMPACTO</p> <p>Aunque es difícil medirlo en un corto período de tiempo, se destacan a continuación algunos elementos que van más allá de los resultados previstos en el proyecto, como son: (1) la integración de los jueces y líderes tradicionales como referentes comunitarios como punto de apoyo para la sensibilización e identificación de situaciones de violencia sexual y su derivación a los prestatarios de servicios que ayuda a cambiar creencias y actitudes sobre la VS y VbG, (2) el aumento de la visibilidad de la violencia sexual, especialmente a través de emisiones de radio, como flagrante violación de los derechos humanos de las mujeres en las zonas donde interviene el proyecto, (3) el aumento de número de casos de VS atendidos de urgencia por debajo de las 72 h y, (4) una mayor conciencia de la población de la necesidad de acudir a servicios de SSR.</p>
Recomendaciones	<p>Recomendaciones sobre el proyecto</p> <p>1. Analizar las posibilidades para mejorar el registro de la información en las ES. Se recomienda mejorar la trazabilidad de los datos de las</p>

	<p>consultas con el fin de poder contar con la información referida al número de consultas, pero también al número de mujeres que participan en ellas. Este último dato es especialmente relevante en el control prenatal y en el postnatal con el fin de conocer cuantas visitas está realizando cada mujer en el embarazo y postparto.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Realizar una devolución de los resultados de la evaluación a las ES. 3. Diseñar acciones de apoyo y continuidad con las OSC. Existe una demanda manifiesta de un mayor apoyo para continuar en esa línea de trabajo. Por ello, se recomienda establecer reuniones de apoyo para trabajar (o continuar trabajando) en una metodología de, por un lado, identificación y sistematización de vulneración de DDHH y, por otro, de realización de campañas o mensajes para su denuncia. 4. Sensibilización para mejorar el acceso a la atención de violencia sexual incluyendo a niños y hombres. El proyecto aborda la implicación de hombres en la prevención y sensibilización, así como el acceso a la planificación familiar, lo cual debe ser continuado. Dada la situación de conflicto que se perpetúa en RDC, y que la violencia sexual contra hombres está más invisibilizada que la violencia sexual contra mujeres, y que no se ha tratado a ningún hombre según la base de datos del proyecto, se recomienda incorporar mensajes de sensibilización que tengan el objetivo de informar sobre la violencia sexual contra los niños y los hombres con el fin último de facilitar su acceso a la atención médica y psicosocial. 5. Promover una mayor difusión del trabajo de los grupos de autoayuda, así como mapear otros recursos o activos en las comunidades en las que se trabaja con los que las SVS puedan contar. <p>Recomendaciones más allá del proyecto</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Extender la atención y el fortalecimiento del personal de salud en VS a más ES. 7. Estudiar la posibilidad de reforzar el control postnatal, bien a través de consulta domiciliaria de manera combinada con las consejeras de salud o bien a través de los servicios de salud. 8. Identificar/Estudiar la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en las zonas de intervención. El concepto de demanda insatisfecha de planificación familiar alude a la brecha entre el deseo reproductivo y de las mujeres y su comportamiento anticonceptivo. Se recomienda la aplicación del indicador 5.6.1 de la meta 5.6 del ODS 5: Proporción de mujeres de 15 a 49 años que toman sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva. Recoger esta información contribuiría a orientar los servicios de planificación familiar, así como las acciones de sensibilización tanto para mujeres como para hombres. 9. Realizar evaluaciones mixtas en contextos de alta inseguridad.
Agentes que han intervenido	Farmamundi, PPSSP, DPS, Personal de las Zonas de Salud de Kanzulizunli, Tamende, Saiyo, Mavivi y Madrandele, mujeres SVS, consejeras, líderes tradicionales y jueces costumbristas, representantes de organizaciones de la sociedad civil y Comités Locales de Derechos Humanos (CLDH).