

**INFORME PRELIMINAR DE EVALUACIÓN FINAL EXTERNA
DEL PROYECTO
SOLHUM/2020/0001**

“Atención integral a las necesidades específicas de género y edad de la población refugiada y residente en los asentamientos informales de Nairobi en un contexto de emergencia de salud pública y naturalización de la VSyVGB”

FARMACÉUTICOS MUNDI (FARMAMUNDI)- FOUNDATION FOR HEALTH AND SOCIAL ECONOMIC DEVELOPMENT AFRICA (HESED- AFRICA), COFINANCIADO POR LA GVA



7 DE MARZO DE 2023



SANART-el arte de hacer salud

Equipo formado por:

Inma Gisbert Civera – Leire López Delgado

AGRADECIMIENTOS

El trabajo de evaluación no se hubiese podido llevar a cabo sin el apoyo del equipo técnico del equipo de Farmamundi y HESED África, que han contribuido al diseño y desarrollo de este ejercicio de evaluación.

Nos gustaría agradecer también a todas las personas que han participado en entrevistas y/o grupos de discusión, tanto del Sub-condado de Kamukunji, los servicios de salud, las organizaciones comunitarias y la población titular de derechos, por compartir con nosotras sus experiencias, tiempo y reflexiones. Todas ellas han permitido la realización de este proceso de evaluación y han enriquecido las recomendaciones que se incluyen en este informe.

RELACIÓN DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACNUR	Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados
AGI	Actividades Generadoras de Ingresos
AEC	Asistencia en efectivo y cupones
AH	Acción Humanitaria
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE
CHC	Comité Comunitario de Salud (Community Health Comitee en inglés)
CPN	Control prenatal
DAS	Derecho a la Salud
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
FM	Farmacéuticos Mundi (Farmamundi)
GVA	Generalitat Valenciana
HESED	Foundation for Health and Social Economic Development Africa (HESED – AFRICA)
IASC	Inter-Agency Standing Committee
ITS	Infección de transmisión sexual
LDB	Línea de base
MGF	Mutilación Genital Femenina
NHIF	National Hospital Insurance Fund
NHE	Norma Humanitaria Esencial
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
PMA	Programa Mundial de Alimentos
RCK	Refugee Consortium of Kenya
RRHH	Recursos Humanos
SIS	Sistema de Información en Salud
SSR	Salud sexual y reproductiva
VBG	Violencia Basada en Género

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	4
EXECUTIVE SUMMARY	12
1. INTRODUCCIÓN	19
1.1. ANTECEDENTES	20
1.2. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	21
2. BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE EVALUACIÓN Y SU CONTEXTO	22
3. ENFOQUE METODOLÓGICO	25
3.1. ENFOQUES TRANSVERSALES	26
3.2. PRINCIPIOS ORIENTADORES	27
3.3. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DE LA EVALUACIÓN	27
3.4. ACTORES INVOLUCRADOS EN PROCESO EVALUATIVO Y TÉCNICAS IMPLEMENTADAS	28
3.5. CONDICIONANTES DE LA EVALUACIÓN REALIZADA	29
4. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN	30
4.1. DISEÑO - ADECUACIÓN Y PERTINENCIA	30
4.2. ESTRUCTURA - EFICIENCIA	33
4.3. PROCESOS – APROPIACIÓN Y PARTICIPACIÓN	39
4.4. RESULTADOS – EFICACIA	41
4.5. RESULTADOS – CONECTIVIDAD	63
4.6. RESULTADOS – IMPACTO	64
4.7. RESULTADOS – IMPACTO	65
5. RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN	68
6. PLAN DE DIFUSIÓN/SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS.	72

RESUMEN EJECUTIVO

La evaluación final externa del proyecto “Atención integral a las necesidades específicas de género y edad de la población refugiada y residente en los asentamientos informales de Nairobi en un contexto de emergencia de salud pública y naturalización de la VSyVBG” (SOLHUM/2020/0001) se ha llevado a cabo durante los meses de septiembre de 2022 a marzo de 2023.

Los objetivos del proceso de evaluación han sido:

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

El enfoque metodológico que se ha utilizado durante el proceso ha sido principalmente cualitativo y se ha orientado desde una aproximación sistémica en la que se han tenido en cuenta las interacciones entre las dimensiones de estructura, procesos y resultados a través de las que se han organizado los criterios de evaluación.

La metodología aplicada ha sido participativa, en total han participado 115 personas, de las cuales 80 son mujeres y 35 hombres, y se han generado 23 espacios durante el proceso evaluativo. Se ha llevado a cabo una revisión documental, un taller sobre Teoría del Programa, 5 entrevistas individuales, 7 entrevistas grupales y 6 grupos de discusión.

Como resultado del análisis de los hallazgos del proceso de evaluación se han elaborado las siguientes conclusiones:

DISEÑO

- La relación de trabajo sostenida entre Farmamundi y HESED desde 2007 es un valor en la intervención al haber creado un vínculo sólido y de confianza que permite el desarrollo de las actividades con autonomía, pero también con un seguimiento cercano. Asimismo, el arraigo de la socia local en el territorio y su red de relaciones ha permitido un análisis del contexto y de las necesidades de la población muy aterrizado.

- El contexto es complejo y las necesidades múltiples, ello ha dificultado la priorización en la intervención siendo ésta muy ambiciosa en sus alcances (temáticos y poblacionales principalmente), siendo además su marco temporal de 18 meses. Es principalmente evidente en el RE3, que podría contemplar una intervención superior a 12 meses en sí mismo.
- La elaboración de la LdB, y más desde un enfoque participativo y coordinado entre ambas entidades, fue muy útil para actualizar y concretar necesidades y expectativas y ha contribuido a la posterior implementación y seguimiento.
- El proyecto está altamente alineado con los marcos locales, nacionales e internacionales relativos a los derechos de las mujeres, el DAS y los derechos de la población refugiada. Asimismo, esta adecuación también es elevada respecto a los Planes Directores de la GVA y los documentos internos de ambas organizaciones.
- El diseño del proyecto, respecto a su lógica horizontal y vertical presenta alguna incoherencia respecto a la consecución de actividades, las metas y la elección de los indicadores que, aunque se han orientado de manera adecuada a la medición de resultados y no de actividades, no han permitido visibilizar todos los resultados del proyecto.

ESTRUCTURA

- Han sido múltiples las herramientas y espacios de coordinación entre HESED y FARMAMUNDI para la implementación y seguimiento de la intervención. Además, ambas valoran dichos mecanismos, así como su relación de trabajo conjunto, de forma muy positiva.
- El proyecto ha generado espacios de coordinación entre HESED y el resto de agentes a diferentes niveles (institucional, comunitario y con otras ONG que trabajan en el ámbito de la violencia de género y sexual) y todos ellos son muy bien valorados por todas las partes y han contribuido notablemente a facilitar la implementación y dotarla de un valor añadido.
- La implicación y apropiación por parte de las autoridades locales es clara y evidente y muestra de ello es la cesión del terreno en el que se construyó la nueva unidad y el pago de los salarios del personal de la misma al término del proyecto.
- El equipo de HESED es amplio y mantiene una oficina de trabajo en el territorio de intervención para formaciones, sesiones, talleres, reuniones, etc. que le permite mantener presencia y conocer directamente la situación del contexto y la evolución de las necesidades.
- Es elevada la implicación de la comunidad en la intervención. Además de las diversas organizaciones de base con las que se coordina, los equipos voluntarios de salud, de defensoras de género o de paralegales son personas del asentamiento que brindan asistencia, levantan necesidades y hacen derivaciones y seguimientos de casos, por mencionar algunas de sus múltiples funciones.
- Existe una voluntad de rendición de cuentas a la comunidad que se evidencia en los buzones, pero sobre todo en la cartelería que cubre las paredes del centro de salud con datos e indicadores previstos. De igual modo se destaca la importancia que se le está dando al seguimiento realizando informes de todas las formaciones realizadas, así como pretest y post-test como herramientas de valoración de los

conocimientos adquiridos y contando con algunas experiencias de análisis de situación para definición de mejoras. Sin embargo, son necesarios también espacios para el análisis de todos los datos generados y la toma de decisiones a partir de los mismos incorporando el enfoque de género.

PROCESOS

- La apropiación del proyecto es alta por parte del Sub-Condado de Kamukunji que ha demostrado su compromiso e implicación en la implementación de este y este a su vez forma parte de la planificación del Sub-Condado.
- Los mecanismos y espacios de participación, así como las acciones de fortalecimiento a organizaciones comunitarias han promovido la implicación de la población en la gestión de los servicios de salud, así como la cultura de rendición de cuentas.

RESULTADOS

- La disponibilidad, acceso y calidad de los servicios se han mejorado con la puesta en marcha de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, la atención a las mujeres supervivientes de violencia y la consulta específica para población adolescente, servicios que son muy bien valorados por la población. En el caso de esta última, al ser la única en el Sub-condado puede convertirse en una referencia para el sistema nacional de salud, de la que extraer lecciones aprendidas y recomendaciones para otras unidades en el territorio.
- La incorporación de la perspectiva de género en la práctica clínica se ha visto reforzada con la capacitación del personal de salud y con la puesta en marcha de prácticas que garantizan la intimidad y privacidad en la atención. Asimismo, el proyecto ha incorporado el enfoque de derechos, diversidad y participación en sus acciones.
- La aceptabilidad de los servicios de salud, así como la información en salud sexual y reproductiva ha aumentado considerablemente en la población joven siendo su principal fuente de información la unidad de SSR.
- La mejora de las capacidades comunitarias ha permitido la realización de diálogos comunitarios y otras acciones de promoción de la salud que han visibilizado la VbG a nivel comunitario y la SSR así como han contribuido a promover la participación comunitaria y mejorar la identificación y derivación de casos a nivel comunitario.
- El fortalecimiento del programa de nutrición ha contribuido a lograr mejores resultados en salud, la mejora de las capacidades en la preparación de alimentos para lograr tener una dieta balanceada y la alta satisfacción de las personas cuidadoras, en su mayoría madres, por los resultados y por la información recibida por parte del personal.
- Las acciones en las escuelas y con la población joven han supuesto una evidente mejora en sus conocimientos con respecto a su SSR y relaciones de buentrato y la Unidad de SSR para población joven es la referencia para informarse sobre estos temas que tiene la mayor parte de la población joven que ha participado en la evaluación.

- El abordaje del circuito integral de los 4 sectores (apoyo psicosocial, asistencia jurídica, atención sanitaria y generación de ingresos) ha ofrecido un enfoque centrado en la supervivencia, pero también ha estado orientado a una mejora de las condiciones de vida y las necesidades prácticas e intereses estratégicos de las mujeres. Sin embargo, aunque el proyecto sí ha ampliado las oportunidades, todavía existen debilidades en el acceso a la justicia, en la disponibilidad de “casas seguras” y en poder asegurar una generación de ingresos sostenidos que permita a las mujeres una mayor autonomía económica y, con ello lograr una restitución de derechos.
- En relación con este último ámbito, las AGI, se han orientado hacia actividades económicas que generan pocos ingresos y se ubican en un mercado saturado. Además, varias de las mujeres contaban con negocios en los ámbitos de alimentación y ropa, pudiéndose haber reforzado estas actividades ya iniciadas. En este sentido es importante mencionar que, si bien las actividades fueron identificadas por las propias mujeres, pensar en otro tipo de actividades requiere un proceso de trabajo más largo. Asimismo, también sería interesante abordar el cuidado de menores y poder plantear algunas estrategias más colectivas, tanto para los cuidados como para el inicio de las actividades económicas.
- Si bien no se ha generado un protocolo específico que se haya difundido, existen y funcionan los mecanismos de derivación y el trabajo de HESED es ampliamente valorado por el resto de las entidades que forman parte del mismo.
- Es evidente el funcionamiento del enfoque integral en el trabajo con el colectivo de mujeres supervivientes y estas valoran el apoyo recibido y reconocen el funcionamiento del circuito y la generación de “las redes de seguridad”.
- El apoyo de las transferencias en efectivo es notable y ha permitido aliviar las cargas de las mujeres durante unos meses, pero es poco sostenible siendo además que las AGI no han permitido suplir dicha ayuda tras los meses de inicio de los negocios.
- Los sistemas de registro y el seguimiento de casos deben sistematizarse y desagregarse en función de las necesidades de información para la toma de decisiones operativas. Además, es necesario mantener el anonimato y la confidencialidad en su manejo para cumplir con los estándares de protección.
- Se trabaja estrechamente con distintas organizaciones comunitarias, internacionales y con autoridades locales. Respecto a estas últimas se han realizado acciones de sensibilización y difusión de las acciones, pero existe todavía la necesidad de definir acciones de incidencia política orientadas a que las autoridades asuman sus obligaciones y vele por el cumplimiento de los derechos de la población en general.
- Las acciones de información y sociabilización del proyecto han contribuido a promover la apropiación, pero presentan áreas de mejora en la promoción de la incidencia política con autoridades locales.
- Los procesos formativos a diferentes niveles, así como el propio proceso de evaluación ha sido un espacio de fortalecimiento de capacidades y aprendizajes para la socia local y las organizaciones comunitarias.
- El proyecto se ha enmarcado y ha fortalecido las políticas locales y se ha enmarcado en la normativa local para la ejecución de las actividades.

- El proyecto ha mejorado el acceso y disponibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y la aceptabilidad de la población adolescente y de las mujeres.

Y fruto de estas conclusiones se elaboran las siguientes **recomendaciones**:

En relación con el proyecto:

- **Reforzar registros.** Los sistemas de seguimiento de casos deben sistematizarse y desagregarse en función de las necesidades de información para la toma de decisiones operativas y mantener el anonimato y la confidencialidad en su manejo para cumplir con los estándares de protección. Se recomienda incorporar códigos en el sistema de información de las actividades que se realizan con las mujeres supervivientes de violencia de género y sexual y registrar, en el centro de SSR y, más concretamente en la Unidad de atención variables como el tipo de violencia, origen de la mujer, atención antes o después de las 72 horas...y todas las atenciones que recibe, PEP, counselling, acompañamientos, AGI, etc. Este registro permitirá visibilizar el enfoque integrado de atención, contar con datos y estadísticas fiables sobre mujeres en general, y refugiadas en particular contribuirán a sustentar y monitorear las acciones implementadas. Una vez definido el registro se recomienda diseñar espacios y/o aprovechar los existentes para revisar la información, analizarla e identificar aprendizajes. Dada la experiencia acumulada y el interés manifestado por la recogida de información se recomienda incorporar en estos espacios tanto personal de salud como organizaciones y líderes comunitarios como el Comité Comunitario de Salud (CHC).
1. **Análisis y toma de decisiones.** El proyecto ha generado mucha información tanto cualitativa, como cuantitativa. Con el fin de aprovechar toda esta información, será necesario establecer espacios de análisis, más allá de los de seguimiento de ejecución, para poder promover el aprendizaje y la mejora.
 2. **Mapeo y protocolo.** Realizar un mapeo de servicios específicos para atender a supervivientes de VS/VBG en el marco el clúster (casas seguras, apoyo psicosocial, apoyo legal, atención médica, formación), para su difusión y, a partir del cual elaborar un protocolo propio en Eastliegh.
 3. **Explorar AGI no tradicionales.** Es parte de la socialización de género orientarse hacia actividades económicas tradicionales de las mujeres (belleza, limpieza, cuidados, alimentación, etc.), pero generalmente estas actividades suelen estar saturadas en los mercados y los ingresos que generan suelen ser bajo. Hay experiencias exitosas internacionales de entidades que tratan de romper con estas barreras, como por ejemplo la “red de medios de vida no tradicionales” en India <https://ntlnetwork.in/about-us/> Se recomienda realizar la exploración y promover un proceso paralelo de empoderamiento de las mujeres para que ellas mismas puedan pensar en otro tipo de actividades.

4. **Realizar seguimiento a los grupos de terapia que finalizan.** Se recomienda realizar una reunión trimestral con los grupos de terapia que han finalizado las sesiones con el fin de ver la evolución y las necesidades y programar alguna sesión de seguimiento respondiendo a estas.
5. **Realizar incidencia, más allá de la sensibilización.** Es clara la necesidad de trabajar más acciones de incidencia con los titulares de obligaciones, con el fin de diseñar estrategias y planes realistas y efectivos que vayan cerrando las brechas existentes principalmente respecto al acceso a alojamiento, a la justicia, a actividades generadoras de ingresos, etc. para poder avanzar en la restitución de los derechos vulnerados.

En relación con proyectos y procesos futuros:

6. **Tratar de focalizar.** A pesar de que el contexto es muy complejo y las necesidades son muchas, sería interesante establecer un diálogo para focalizar las acciones y no diluir los impactos. Como ya se ha mencionado en el análisis del diseño, el proyecto incluye fortalecimiento de servicios de salud, comunitario y económico, pero incorporando a muchos actores y acciones en diferentes temas (SSR, nutrición, mejora del agua, mejora de capacidades, promoción de la salud a nivel comunitario, trabajo con escuelas...), por poner un ejemplo, el RE3 del proyecto sería una intervención en sí misma de larga duración. Si bien es cierto que todas las acciones son pertinentes, focalizar en alguna o algunas de ellas dado el alcance temporal limitado de los proyectos permitiría también analizar y poder sistematizar los procesos iniciados con un mayor alcance temporal.
7. **Explorar la red y/o las opciones de casas seguras.** La falta de disponibilidad de casas seguras para mujeres supervivientes de VbG y VS se ha identificado como una gran debilidad en el proceso de evaluación, Se propone realizar un diagnóstico en profundidad sobre las opciones de casas seguras y las plazas disponibles con el fin de valorar las posibilidades de convenir con ellas y/o la necesidad de construcción de un albergue o un espacio habitacional seguro para las mujeres.
8. **Identificación de la VbG y VS en todos los servicios de SSR.** Se recomienda diseñar unas preguntas para transversalizarlas en todos los protocolos de atención de los servicios de SSR con el fin de identificar posibles casos de VbG y/o VS en las consultas de nutrición, control prenatal, planificación familiar u otras a las que acuden las mujeres y se consideren interesantes.
9. **Mejorar las capacidades del personal sanitario en la elaboración de informes forenses.** Se recomienda formar al personal sanitario para mejorar los informes que realizan de los casos de VbG y VS con el fin de que sean útiles para los procesos de denuncia y los juicios. Se recomienda valorar la incorporación de un formato de informe o de una aplicación, se incluye información sobre la evaluación de una aplicación.

<https://www.elrha.org/researchdatabase/evaluating-the-effectiveness-of-a-mobile-application-to-improve-the-quality-collection-and-usability-of-forensic-documentation-of-sexual-violence/>

10. Mejorar y fortalecer el flujo de información y derivación entre los y las voluntarios/as comunitarios de salud, el CHC y los centros de salud. Se recomienda revisar los protocolos de derivación, formar a los voluntarios y voluntarias y definir el flujo de referencia y contrarreferencia de los centros de salud a los CHC.
11. Promover habilidades sociales con población joven. Se recomienda aprovechar el trabajo realizado y la relación creada entre la población adolescente y el equipo de HESED y de la Unidad de atención a población adolescente para reforzando las habilidades sociales, el autocuidado, la corresponsabilidad en los cuidados y en la SSR. En estas sesiones se podrá también abordar la prevención del abuso de sustancias, que es un tema que se ha identificado como una necesidad durante el proceso de evaluación.
12. Incluir en las acciones comunitarias a otros agentes comunitarios como los líderes religiosos y el profesorado. Se recomienda seguir promoviendo la participación comunitaria incorporando en las acciones de promoción de la salud a los líderes religiosos, que ya forman parte del CHC, y al profesorado, por ser figuras de referencia para diferentes colectivos de la comunidad. En el caso concreto del profesorado la demanda es poder contar con más habilidades de counselling para acompañar al alumnado.
13. Incorporar sesiones de supervisión y cuidado del personal de HESED y personal sanitario. Las situaciones con las que trabajan todos los días el personal de salud es muy complicada y más en el acompañamiento de casos de VbG y VS, por ello, se recomienda generar espacios de supervisión y cuidado en la que ellos y ellas puedan expresar sus necesidades, preocupaciones y soltar parte de la carga emocional que acumulan con los procesos de acompañamiento.
14. Sistematizar el proceso y experiencia de la Clínica para adolescentes como modelo de atención con enfoque de género y edad. La clínica de salud dirigida a población adolescente es la primera de este tipo en Nairobi y, teniendo en cuenta que la valoración que realiza la población usuaria es muy positiva, se recomienda sistematizar el proceso de puesta en marcha y de atención con el fin de presentar el modelo ante el Condado de Nairobi.
15. Implementar la distribución de *maternity kits* para incentivar la participación en las consultas de control prenatal. Se recomienda identificar el contenido del kit en relación con los suplementos y materiales necesarios adaptados a la población durante el proceso de embarazo, parto y postparto.
16. Fortalecer al CHC. Se recomienda fortalecer al Comité en relación con sus capacidades para el registro, análisis de la información y la incidencia política,

así como con la posibilidad de que cuenten con un espacio para reuniones y actividades.

17. **Promover la información en las comunidades de la disponibilidad de los servicios de SSR.** A pesar de que la cobertura ha mejorado, en el proceso de evaluación se ha identificado que los servicios no son tan conocidos por toda la comunidad, por ello, se recomienda realizar más difusión de los servicios de SSR.
18. **Identificar espacios para trabajar con hombres corresponsabilidad en el cuidado de la SSR y sobre masculinidad positiva.** Se recomienda identificar los espacios comunitarios que pueden ser importantes y aceptados por los hombres de los diferentes orígenes y creencias religiosas para trabajar estos temas poniendo especial interés en aquellos que acuden menos a los servicios de salud como son los hombres somalíes.

EXECUTIVE SUMMARY

The final external evaluation of the project "Comprehensive attention to the gender and age specific needs of the refugee and informal settlement population in Nairobi in a context of public health emergency and naturalization of GBV and SGBV" (SOLHUM/2020/0001) has been carried out during the months of September 2022 to March 2023.

The objectives of the evaluation process were:

- To assess the adequacy and relevance of the intervention design in relation to the context.
- To assess the levels of achievement of the planned results of the intervention. It is of interest to know to what extent the activities carried out have made it possible to achieve the expected results.
- To assess the implementation practice of the actors involved, especially regarding the collaboration between Farmamundi and HESED with attention to communication, coordination, and decision-making procedures to facilitate the transfer of good practices.
- Assess the participation of rights-holders in the management of the project and to what extent the experience has contributed to strengthening their protagonism and leadership of local development.

The methodological approach used during the process was mainly qualitative and was based on a systemic approach that considered the interactions between the dimensions of structure, processes, and results through which the evaluation criteria were organized.

The methodology applied was participatory; a total of 115 people participated, of whom 80 were women and 35 men, and 23 spaces were created during the evaluation process. A documentary review, a workshop on Programme Theory, 5 individual interviews, 7 group interviews and 6 discussion groups were carried out.

As a result of the analysis of the findings of the evaluation process, the following conclusions have been drawn:

DESIGN

- The sustained working relationship between Farmamundi and HESED since 2007 is an asset in the intervention, as it has created a solid and trusting link that allows the development of activities with autonomy, but also with close monitoring. Likewise, the local partner's experience in the territory and its network of relationships has allowed for a very accurate analysis of the context and the needs of the population.
- The context is complex, and the needs are multiple, which has made it difficult to prioritize the intervention, as it is very ambitious in its scope (mainly thematic and population-based) and has a timeframe of 18 months. This is particularly evident in the result 3, which could contemplate an intervention of more than 12 months.
- The elaboration of the Baseline, and more from a participatory and coordinated approach between both entities, was very useful to update and specify needs and

expectations and has contributed to the subsequent implementation and monitoring.

- The project is highly aligned with local, national, and international frameworks on women's rights, right to health and refugee rights. It is also highly aligned with the GVA Master Plans and internal documents of both organizations.
- The design of the project, in terms of its horizontal and vertical logic, shows some incoherence regarding the achievement of activities, goals and the choice of indicators which, although they have been adequately oriented to the measurement of results and not activities, have not made it possible to make all the results of the project visible.

STRUCTURE

- There have been multiple tools and spaces for coordination between HESED and FARMAMUNDI for the implementation and monitoring of the intervention. Furthermore, both value these mechanisms, as well as their joint working relationship, very positively.
- The project has generated spaces for coordination between HESED and the other stakeholders at different levels (institutional, community and with other NGOs working in the field of gender and sexual violence) and all of them are highly valued by all parties and have contributed significantly to facilitating implementation and providing it with added value.
- The involvement and ownership of the local authorities is clear and evident, as evidenced by the transfer of the land on which the new unit was built and the payment of the salaries of the unit's staff at the end of the project.
- HESED team is large and maintains a working office in the field for training, sessions, workshops, meetings, etc., which allows it to maintain a presence and be directly aware of the situation in the context and the evolution of needs.
- Community involvement in the intervention is high. Community health volunteers, gender defender or paralegal, are involved in the assistance, needs identification and make referrals and follow up on cases, to mention just a few of their many functions.
- There is a willingness to be accountable to the community, which is evident in the mailboxes, but above all in the posters that cover the walls of the health center with data and indicators. Likewise, the importance given to follow-up is highlighted, with reports on all training sessions carried out, as well as pre- and post-tests as tools for assessing the knowledge acquired and some experiences of analyzing the situation to define improvements. However, there is also a need for spaces for the analysis of all the data generated and decision making based on the same, incorporating the gender perspective.

PROCESSES

- The ownership of the project is high in Kamukunji Sub-County, which has demonstrated its commitment and involvement in the implementation of the project and this in turn is part of the planning of the Sub-County.
- Participation mechanisms and spaces, as well as actions to strengthen community organizations have promoted the involvement of the population in the management of health services, as well as a culture of accountability.

RESULTS

- The availability, access and quality of services have been improved with the implementation of the Sexual and Reproductive Health Unit, the attention to women survivors of violence and the specific consultation for the adolescent population, services that are highly valued by the population. In the case of the latter, as it is the only one in the Sub- County, it can become a reference for the national health system, from which to draw lessons learned and recommendations for other units in the territory.
- The incorporation of the gender perspective in clinical practice has been reinforced with the training of health personnel and with the implementation of practices that guarantee privacy and intimacy in care. The project has also incorporated a focus on rights, diversity, and participation in its actions.
- The acceptability of health services and information on sexual and reproductive health has increased considerably in the young population, with the SRH unit being their main source of information.
- The improvement of community capacities has allowed the implementation of community dialogues and other health promotion actions that have made GBV and SRH visible at the community level and have contributed to promote community participation and improve the identification and referral of cases at the community level.
- The strengthening of the nutrition programme has contributed to better health outcomes, improved skills in food preparation to achieve a balanced diet and the high satisfaction of caregivers, mostly mothers, with the results and information received from staff.
- The actions in schools and with the young population have led to a clear improvement in their knowledge regarding SRH and relationships of good treatment, and the SRH Unit for the young population is the reference for information on these issues for most of the young population that participated in the evaluation.
- The integrated circuit approach of the 4 sectors (psychosocial support, legal assistance, health care and income generation) has offered a survival-centered approach but has also been geared towards improving the living conditions and practical needs and strategic interests of the women. However, while the project has expanded opportunities, there are still weaknesses in access to justice, in the availability of "safe houses" and in ensuring sustained income generation to enable women to become more economically autonomous and thereby achieve restitution of rights.

- In relation to this last area, the IGAs have been oriented towards economic activities that generate little income and are in a saturated market. In addition, several of the women had businesses in the areas of food and clothing, which could have reinforced these activities that were already underway. In this sense, it is important to mention that, although the activities were identified by the women themselves, thinking about other types of activities requires a longer process of work. It would also be interesting to address childcare and to be able to come up with some more collective strategies, both for care and for the initiation of economic activities.
- Although a specific protocol has not been created and disseminated, the referral mechanisms exist and work, and the work of HESED is highly valued by the rest of the organizations that form part of it.
- The functioning of the integrated approach is evident in the work with the group of women survivors, and they value the support received and recognize the functioning of the circuit and the generation of "safety nets".
- The support of cash transfers is notable and has eased women's burdens for a few months, but it is not very sustainable given that IGAs have not been able to make up for this support after the months of starting up businesses.
- Registration systems and case tracking should be systematized and disaggregated according to information needs for operational decision-making. In addition, anonymity and confidentiality must be maintained in their handling to comply with protection standards.
- Work is carried out closely with various community and international organizations and with local authorities. Regarding the latter, awareness-raising and dissemination actions have been carried out, but there is still a need to define political advocacy actions aimed at ensuring that the authorities assume their obligations and ensure compliance with the rights of the population in general.
- The project's information and socialization actions have contributed to promoting ownership, but there are areas for improvement in the promotion of political advocacy with local authorities.
- The training processes at different levels, as well as the evaluation process itself, have been a space for capacity building and learning for local partners and community organizations.
- The project has been framed and has strengthened local policies and has been framed within local regulations for the implementation of activities.
- The project has improved access and availability of sexual and reproductive health services and acceptability to the adolescent population and women.

As a result of these findings, the following **recommendations** are made:

In relation to the project:

1. **Strengthen registers.** The case monitoring systems should be systematized and disaggregated according to the information needs for operational decision-making and to maintain anonymity and confidentiality in their handling to comply with protection standards. It is recommended to incorporate codes in the information system of the activities carried out with women survivors of gender-

based and sexual violence and to register, in the SRH center and more specifically in the Care Unit, variables such as the type of violence, the woman's origin, care before or after 72 hours... and all the care she receives, post-exposure prophylaxis, counselling, accompaniment, IGA, ... This register will make the integrated approach to care more visible and will provide reliable data and statistics on women in general, and on refugees, which will help to support and monitor the actions implemented. Once the register has been defined, it is recommended to design spaces and/or take advantage of existing spaces to review the information, analyze it and identify lessons learned. Given the accumulated experience and the interest shown in the collection of information, it is recommended that both health personnel and community organizations and leaders such as the Community Health Committee (CHC) be included in these spaces.

2. **Mapping and protocol.** Mapping of specific services for SGBV/GBV survivors within the cluster (safe houses, psychosocial support, legal support, medical care, training), for dissemination and from which to develop a protocol for Eastleigh.
3. **Explore non-traditional IGA.** It is part of gender socialization to focus on women's traditional economic activities (beauty, cleaning, care, food, etc.), but these activities are usually saturated in the markets and the income they generate is often low. There are successful international experiences of entities that try to break down these barriers, such as the "non-traditional livelihood network" in India <https://ntlnetwork.in/about-us/>. It is recommended to explore and promote a parallel process of empowerment of women so that they themselves can think about other types of activities.
4. **Follow up the therapy groups.** It is recommended to hold a quarterly meeting with the therapy groups that have finished the sessions to see the evolution and needs and schedule a follow-up session in response to these.
5. **Advocacy beyond awareness-raising.** There is a clear need for more advocacy work with duty-bearers to design realistic and effective strategies and plans to close the existing gaps, especially with regard to access to housing, justice, income-generating activities, etc., in order to make progress in the restitution of violated rights.

In relation to future projects and processes:

6. **Try to focus.** Although the context is very complex and the needs are many, it would be interesting to establish a dialogue to focus the actions and not dilute the impacts. As already mentioned in the design analysis, the project includes strengthening health, community, and economic services, but incorporating many actors and actions in different themes (SRH, nutrition, water improvement, capacity building, health promotion at community level, work with schools...), to give an example, the result 3 of the project would be an intervention of long duration. While it is true that all actions are relevant, focusing on one or some of them given the limited temporal scope of the projects would also allow for the analysis and systematization of processes initiated over a longer time span.
7. **Explore the network and/or safe house options.** The lack of availability of safe houses for women survivors of GBV and SGBV has been identified as a major

weakness in the assessment process. It is proposed to carry out an in-depth assessment of safe house options and available places to assess the possibilities for agreement with them and/or the need for the construction of a shelter or safe living space for women.

8. **Identification of GBV and SV in all SRH services.** It is recommended that questions be designed to cut across all SRH service care protocols to identify possible cases of GBV and/or SV in nutrition, prenatal control, family planning or other consultations that women attend and that are considered interesting.
9. **Improve the skills of health workers in forensic reporting.** It is recommended that health personnel be trained to improve their reporting of GBV and SGBV cases so that they are useful for prosecution and trial processes. It is recommended that the incorporation of a reporting format or application be considered, including information on the evaluation of an application. <https://www.elrha.org/researchdatabase/evaluating-the-effectiveness-of-a-mobile-application-to-improve-the-quality-collection-and-usability-of-forensic-documentation-of-sexual-violence/>
10. **Improve and strengthen the flow of information and referral between community health volunteers, CHC and health centers.** It is recommended to review referral protocols, train volunteers, and define the referral and counter-referral flow from health centers to CHCs.
11. **Promote social skills with young people.** It is recommended to take advantage of the work done and the relationship created between the adolescent population and the HESED team and the Adolescent Care Unit to reinforce social skills, self-care, co-responsibility in care and SRH. These sessions will also address substance abuse prevention, which is an issue that has been identified as a need during the evaluation process.
12. **Include other community agents such as religious leaders and teachers in community actions.** It is recommended to continue promoting community participation by including religious leaders, who are already part of the CHC, and teachers in health promotion actions, as they are reference figures for different groups in the community. In the specific case of teachers, the demand is to have more counselling skills to accompany students.
13. **Incorporate supervision and care sessions for HESED staff and health staff.** The situations with which health personnel work every day are very complicated and even more so in the accompaniment of cases of GBV and SV, therefore, it is recommended to create spaces for supervision and care in which they can express their needs, concerns, and release some of the emotional burden that they accumulate with the accompaniment processes.
14. **Systematize the process and experience of the Adolescent Clinic as a model of care with a gender and age focus.** The adolescent health clinic is the first of its kind in Nairobi and, considering the very positive feedback from the user population, it is recommended that the process of implementation and care be systematized to present the model to the County of Nairobi.
15. **Implement the distribution of maternity kits to encourage participation in antenatal care consultations.** It is recommended to identify the contents of the kit in relation to the necessary supplements and materials adapted to the population during the pregnancy, delivery, and postpartum process.

16. **Strengthen the CHC.** It is recommended that the Committee be strengthened in relation to its capacities for registration, information analysis and advocacy, as well as the possibility of having a space for meetings and activities.
17. **Promote information in communities on the availability of SRH services.** Although coverage has improved, the evaluation process has identified that the services are not well known by the entire community, so it is recommended that SRH services be more widely disseminated.
18. **Identify spaces to work with men on co-responsibility in SRH care and positive masculinity.** It is recommended to identify community spaces that can be important and accepted by men from different backgrounds and religious beliefs to work on these issues, with special interest in those who attend health services less often, such as Somali men.

1. INTRODUCCIÓN

A continuación, se presenta el informe final externo de la evaluación del proyecto “Atención integral a las necesidades específicas de género y edad de la población refugiada y residente en los asentamientos informales de Nairobi en un contexto de emergencia de salud pública y naturalización de la VSyVGB” (SOLHUM/2020/0001).

El proyecto ha sido implementado por la Foundation for Health and Social Economic Development Africa – HESED África –, y Farmacéuticos Mundi – FARMAMUNDI –, y ha contado con la cofinanciación de la Generalitat Valenciana a través de la convocatoria de subvenciones de Acción Humanitaria de 2020.

<i>Título de la intervención</i>	“Atención integral a las necesidades específicas de género y edad de la población refugiada y residente en los asentamientos informales de Nairobi en un contexto de emergencia de salud pública y naturalización de la VSyVGB” Expediente SOLHUM/2020/0001
<i>Entidades</i>	Foundation for Health and Social Economic Development África – HESED África Farmacéuticos Mundi – FARMAMUNDI
<i>Principal cofinanciador</i>	Generalitat Valenciana convocatoria de subvenciones de Acción Humanitaria de 2020
<i>Alcance geográfico</i>	Sub-condado de Kamukunji, asentamiento de Eastliegh North, Nairobi, Kenia.
<i>Alcance temporal</i>	Del 16 de abril de 2021 al 30 de septiembre de 2022 (18 meses)
<i>Presupuesto total de la intervención</i>	381.401,70€
<i>Subvención GVA</i>	300.000,00€
<i>Tipo de evaluación</i>	Final, externa, formativa, sumativa y criterial
<i>Periodo de la Evaluación</i>	noviembre 2022 – febrero 2023
<i>Equipo Evaluador</i>	SANART – el arte de hacer salud. Equipo: Inma Gisbert Civera y Leire López Delgado
<i>Presupuesto global de la evaluación</i>	13.000 euros

El objetivo principal de este informe es dar a conocer los principales alcances, conclusiones y recomendaciones extraídas del proceso de evaluación, que se ha llevado a cabo entre los meses de noviembre de 2022 a febrero de 2023, con el trabajo de campo del 23 al 28 de enero de 2023, en relación proyecto mencionado. Se pretende con este documento contar con una herramienta de trabajo que sea útil para la organización y permita plantear algunos aspectos de mejora y aprendizaje.

El informe se divide en cinco capítulos principales; en este primero se explican los antecedentes y objetivos de la evaluación. En el segundo capítulo se presenta una descripción del proyecto objeto de evaluación, de personas y grupos implicados, de su implementación y del contexto en el que se ha llevado a cabo. El tercer capítulo recoge el enfoque metodológico y las técnicas implementadas. El cuerpo central del informe se concentra en el cuarto capítulo que analiza la información y establece hallazgos y conclusiones en base a las dimensiones y criterios de análisis. Finalmente, en el quinto capítulo se proponen una serie de recomendaciones

orientadas por actores y en el sexto se recoge una propuesta de plan de difusión y socialización de resultados.

1.1. Antecedentes

HESED – África es una organización no lucrativa constituida en el 2004 que trabaja con los sectores más vulnerables en el acceso al derecho a la salud y en el desarrollo de capacidades sociales y económicas. Realiza su trabajo en zonas rurales y en diferentes asentamientos en Nairobi. Por su parte, Farmamundi está presente en Kenia desde 2007, y desde 2008 mantiene una presencia sostenida y continuada en el país trabajando fundamentalmente con población desplazada interna, en particular en los campamentos de refugiados somalíes.

Las primeras intervenciones conjuntas de ambas entidades iniciaron en 2008, centradas en la población desplazada interna, en el marco de la violencia post-electoral de 2007 y tras las inundaciones periódicas que tuvieron lugar en el noreste del país. Desde entonces han implementado proyectos tanto en los campamentos de Dadaab y Kakuma, en los asentamientos limítrofes y posteriormente en los de Nairobi, generados tras la crisis por hambruna del Cuerno de África de 2011 y la posterior migración a la capital en 2015, tras el anuncio del cierre de Dadaab y la repatriación de toda la población somalí a su país de origen, anuncio que tras el cambio de gobierno no fue llevado a la práctica.

En el año 2020 se identifica el proyecto objeto de evaluación, en el marco del inicio de la pandemia del COVID-19, siendo además que la población objetivo de la intervención sobrevive hacinada y se enfrenta a importantes barreras de acceso a los servicios y suministros básicos. Así, la propuesta surge de la experiencia de trabajo conjunto y de la reflexión colectiva con los distintos colectivos (población en general, organizaciones comunitarias, autoridades locales, etc.) con los que ambas entidades trabajan en Nairobi desde el año 2015.

A lo largo de estos años las intervenciones han estado centradas principalmente en el acceso a los servicios de atención primaria a la salud y a la salud materno-infantil, el fortalecimiento de capacidades del personal sanitario centradas en la mejorar la calidad y pertinencia cultural y de género, la prevención de la desnutrición, la distribución de artículos de primera necesidad, la mejora de las condiciones de higiene a nivel domiciliar, la promoción de los DSR de mujeres y niñas, y la atención a la VBG.

1.2. Objetivos de la evaluación

Los TdR del presente proceso evaluativo establecieron un objetivo general y cuatro específicos, que el equipo de evaluadoras asumió como propios.

Objetivo general valorar el desempeño de la intervención y aportar conclusiones y recomendaciones con las que retroalimentar el acompañamiento a los procesos de desarrollo local.

Para ello, se proponen cuatro *objetivos específicos*:

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

En este mismo sentido, FARMAMUNDI afirma asumir la definición de evaluación en la acción humanitaria (EHA) establecida por ALNAP donde la evaluación se entiende como un “examen sistemático y objetivo de una intervención humanitaria para determinar el valor o la significación de una actividad, a fin de extraer conclusiones y recomendaciones que permitan mejorar las prácticas que se están llevando a cabo en el ámbito humanitario y reforzar los procesos de rendición de cuentas”. (ALNAP, 2016, p. 27)¹. Así, las evaluaciones de la AH se orientan fundamentalmente en el aprendizaje y la rendición de cuentas.

¹ [Guía para la evaluación de la Acción Humanitaria. ALNAP, 2016.](#)

2. BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE EVALUACIÓN Y SU CONTEXTO

La presente intervención se localiza en el asentamiento informal de **Eastliegh North**, en el barrio de Eastliegh, sub-condado de Kamukunji, condado de Nairobi², Kenia. Este es uno de los principales asentamientos informales donde se ha ido ubicando progresivamente la población refugiada, mayoritariamente procedente de Somalia, que huye de la situación de violencia, inseguridad y hambruna que persiste en los países de la región desde hace décadas, y que se ha agudizado en los últimos años. A la ciudad también llegan tras su salida de los campos de población refugiada gestionados por el gobierno keniano del norte del país. Así, la población desplazada que se ubica en la capital procede de países terceros y de áreas rurales, pero el éxodo también procede de los campos de población refugiada del norte (Daadab y Kakuma) dado el colapso, la inseguridad y violencia, y la falta de oportunidades de subsistencia que se da en los propios campos.



Según las estadísticas de ACNUR (Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados) de octubre de 2022³, Kenia acoge a un total de 568.325 **personas refugiadas y solicitantes de asilo registradas**. Cabe señalar el fenómeno de urbanización de la población refugiada, que se establece principalmente en la capital y que se ha consolidado en los últimos años y aumenta progresivamente, siendo actualmente un 16% del total. Puede observarse dicha tendencia clara en el siguiente gráfico:

² A nivel administrativo y desde el año 2013, la distribución territorial del país se configura en 47 condados. El condado de Nairobi se divide a su vez en nueve sub-condados o distritos. El sub-condado de Kamukunji, en la parte central de la capital, se divide en cinco grandes áreas: Pumwami, Área Base, California, Eastliegh South y Eastliegh North, donde se localiza la presente intervención.

³ <https://www.unhcr.org/ke/wp-content/uploads/sites/2/2022/11/Kenya-Refugee-Population-Statistics-Package-31-October-2022.pdf>



Siguiendo con los datos de ACNUR, las últimas estadísticas recogen 90.313 personas refugiadas en Nairobi, siendo en su mayoría población refugiada procedente de Somalia (53,4%), seguida de población de Sudan del Sur (25,1%) y de RDC (8,9%). Es necesario resaltar la infravaloración del dato al haber muchas personas que no acceden a los servicios de registro disponibles.

Atendiendo a la población asentada en entorno urbano (90.313 personas) el 52% son hombres y un 48% mujeres. El 16,3% son niñas y adolescentes menores de 18 años y el 17,2% niños y jóvenes. Así, el 81,5% son mujeres y menores.

Los informes internacionales alertan de la **emergencia** de la sequía, la peor en 40 años, que vuelve a asolar el cuerno de África, como parte de la emergencia climática mundial, y que recrudece la situación de inseguridad alimentaria aguda que afecta principalmente Etiopía, Kenia y Somalia. El PMA estimaba en abril del 2022 que *hasta 20 millones de personas podrían pasar hambre este año en la región del Cuerno de África debido a las recientes sequías y la falta de suministros ocasionado por la guerra en Ucrania*⁴. A estos hechos se añaden la violencia y los conflictos, así como los pagos de la deuda de los países y el aumento del precio de los alimentos.

Centrándonos en el Derecho a la salud (**DAS**), la accesibilidad a los servicios de salud en Eastleigh North se ve condicionada por la limitada capacidad del condado para garantizar una respuesta sanitaria adecuada a las necesidades de una población cada vez más numerosa. Por su parte la disponibilidad se ve comprometida, ya que, si bien el gobierno introdujo la gratuidad de la atención a menores 5 años y de los servicios de maternidad, una infradotación presupuestaria no ha permitido alcanzar las metas fijadas, de forma que los servicios enunciados continúan siendo abonados por las personas que los utilizan. Además, los pocos centros de salud disponibles enfrentan graves déficits a nivel de stock de medicamentos, equipamiento médico, mobiliario e incluso personal, siendo necesario el pago de los insumos previa a la atención. Por otro lado, la calidad de la atención del personal sanitario es un factor deficitario principalmente derivado de conductas y tratos discriminatorios y racistas hacia las personas que acceden a los servicios de salud, según el análisis que realizan HESED y FM del contexto. Además, son múltiples las barreras que enfrentan

⁴ <https://news.un.org/es/story/2022/04/1507382>
https://hungermap.wfp.org/?_ga=2.53639080.1253427292.1675716328-1294522567.1668793032

mujeres, jóvenes y personas con discapacidad a la hora de acceder a los servicios de salud, tales como el idioma, el analfabetismo y diferentes creencias religiosas.

Acorde a lo relatado, ambas entidades destacaban los siguientes aspectos en su diagnóstico del contexto:

- Incremento de la población refugiada en los asentamientos informales de Nairobi en situación de vulnerabilidad y deterioro de sus condiciones de salud.
- El impacto desigual de la crisis sobre las condiciones de salud de mujeres, niñas y niños limita el pleno ejercicio de sus DSR.
- Las mujeres y las niñas refugiadas enfrentan mayores riesgos de sufrir violencia sexual y violencia basada el género.
- Insuficiente capacidad de respuesta y cobertura de los servicios de salud integral, especialmente relevante en el marco de pandemia por COVID-19.
- Ineficacia y desconfianza en los servicios de protección y restitución de los derechos de las VVS y VBG.

Ante esta realidad el proyecto planteaba *Contribuir a garantizar el derecho a la salud integral y a una vida libre de violencias de mujeres y niñas refugiadas en Nairobi en un contexto de emergencia de salud pública global por COVID-19, y más concretamente Garantizar la atención de las necesidades específicas de género y edad entre la población refugiada y más vulnerabilizada de los asentamientos informales de Eastliegh North, Nairobi, bajo un enfoque de protección a la salud y restitución integral de derechos.* Para ello se diseñaron 3 resultados:

1. Ampliada la cobertura en salud básica, SSR y salud materno-infantil en los asentamientos informales de población refugiada de Eastliegh North, Nairobi, integrando el enfoque de género, la pertinencia cultural y la preparación ante situaciones de emergencia de salud pública en un contexto de pandemia por COVID-19.
2. Promovidos entornos saludables, seguros y sensibles a las necesidades específicas de género y edad entre la población refugiada en Nairobi, bajo un enfoque de corresponsabilidad y autocuidado para prevenir la propagación de brotes de enfermedades infectocontagiosas como la COVID-19.
3. Las mujeres y niñas supervivientes de VS y VBG refugiadas en Nairobi ven ampliadas sus oportunidades de reinserción comunitaria integral y de restitución de sus DESCAs y DSR vulnerados.

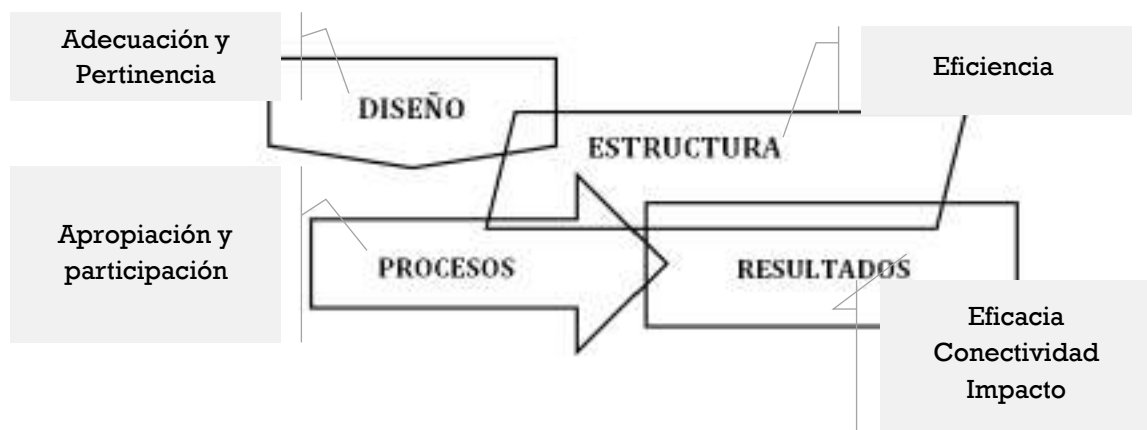
3. ENFOQUE METODOLÓGICO

Se ha orientado el proceso de evaluación desde una **aproximación sistémica** (Ligero⁵, 2011) en la que se han tenido en cuenta las interacciones entre las dimensiones de la intervención a la hora de explicar el grado de resultados alcanzados y se han identificado, de forma colectiva y consensuada, los diferentes elementos de la intervención que han favorecido o dificultando la consecución del proyecto. Con ello se ha buscado evaluar no solamente el logro de los resultados, sino también identificar los mecanismos causales que están conduciendo a ellos: “el propósito de la evaluación dirigida por la teoría (de programa)⁶ no es sólo valorar si la intervención funciona o no, sino también cómo y por qué lo hace” (Chen⁷, 2012:17).

Asimismo, el equipo de evaluación analiza, en el siguiente capítulo, los criterios de evaluación a partir de dimensiones de análisis desde una comprensión holística del proyecto en todas sus dimensiones: diseño, estructura, procesos y resultados, analizando el avance de los resultados previstos e indagando en las relaciones causales que se establecen entre todos los niveles de la matriz de intervención.

Por último, y con el fin de dar respuesta a los TdR, los **criterios de evaluación** propuestos se han incorporado en la matriz de evaluación⁸ en cada una de las **dimensiones de análisis** tal y como se detalla a continuación:

Gráfico 1: Perspectiva sistémica del programa



Fuente: Elaboración propia, a partir de Ligero Lasa J.A. (2009)⁹ y los TdR

⁵ Ligero Lasa, J. A. (2011). Dos métodos de evaluación: criterios y teoría del programa. Documento de trabajo, (15).

⁶ El término “teoría del programa” está relacionado con la descripción de la secuencia de eventos que generan cambios y las condiciones en las que estos se producen.

⁷ Chen, Huey T (2012). “Theory-driven evaluation: Conceptual framework, application and advancement”, in: Rainer Strobl, Olaf Lobermeier, and Wilhelm Heitmeyer (eds.): Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur [evaluation of programs and projects for a democratic culture]. Wiesbaden: Springer VS [publisher], pp. 17-40

⁸ Puede consultarse la matriz de evaluación en el anexo I

⁹ Ligero Lasa J.A. (2009). El análisis de contenido de un discurso. Literatura Gris. Magíster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas.

La metodología aplicada ha sido participativa, teniendo en cuenta la visión, percepción y opinión de todas y todos los agentes implicados durante todo el proceso de evaluación. La **participación** se ha convertido en un eje central en el discurso de la AH en torno a la participación de las personas afectadas en las decisiones que afecten sus vidas. Esta nueva aproximación ha sido acompañada del surgimiento de iniciativas para mejora de la calidad y de la responsabilidad de las acciones humanitarias, como es entre otras la Norma Humanitaria Esencial¹⁰. Por ello se han utilizado técnicas participativas en el proceso de recogida de información durante el trabajo de campo en la zona de intervención.

El trabajo con el equipo responsable del proyecto, tanto en sede como el terreno ha sido clave en todo el proceso de evaluación, colaborando en la definición del plan de trabajo, en la elaboración de la matriz de evaluación definitiva, facilitando y acompañando el trabajo de campo, así como en la discusión de todas las conclusiones obtenidas tras la recogida de información y análisis de la misma, con el fin de asegurar la correcta interpretación de los hallazgos obtenidos.

3.1. Enfoques transversales

Se ha trabajado atendiendo a los enfoques transversales, especialmente el enfoque de género, el enfoque de derechos humanos y antropológico. A estos enfoques, el equipo evaluador suma el de protección, los cuales resultan instrumentales al desarrollo de la evaluación y al análisis de los datos.

Para llevar a cabo la evaluación se ha promovido un **enfoque de evaluación participativa y de género** centrado y orientado hacia las personas y basado en sus **derechos**. El **enfoque antropológico** se ha incorporado asegurando la participación como medio para contar con la voz de las personas titulares de derecho y como fin para acompañar el enfoque impulsado en el proyecto de apropiación y fortalecimiento de las personas titulares de derechos respecto a los procesos de cambio social individual y estructural en los que están implicadas.

Para ello, se ha promovido durante el proceso de evaluación un entorno participativo, transparente y orientado al fortalecimiento de capacidades, a la reflexión y al aprendizaje colectivo, enfatizando la importancia de escuchar y valorar las múltiples voces, narrativas y riqueza de conocimiento que la diversidad de actores puede aportar a la evaluación, y teniendo el género como categoría de análisis. En este sentido, se ha puesto el énfasis en los diferentes puntos de vista de la población titular de derechos y de responsabilidades en la identificación y análisis del proyecto y de sus resultados.

También, se ha incorporado el **enfoque de protección** en el proceso, imprescindible en intervenciones como la presente. Con ello se ha buscado que tanto la información recogida en terreno, como la compartida con el equipo de HESED y FM durante el proceso, fuera a través de herramientas de comunicación seguras, de tal forma que

¹⁰ [La Norma Humanitaria Esencial en materia de calidad y rendición de cuentas](#). CHS Alliance, Group URD y el Proyecto Esfera, 2015

no se pusiera en riesgo a las mujeres y se protegiera la dignidad de las personas titulares de derechos.

3.2. Principios orientadores

La evaluación se ha realizado siguiendo un **sistemático y riguroso proceso de recopilación de la información**. En este sentido, ha sido fundamental el proceso de revisión previa de la información de que se disponía alrededor del proyecto, el análisis de la validez de los indicadores, la disponibilidad de las fuentes, así como las herramientas de recolección de información. La rigurosidad del proceso ha permitido obtener conclusiones demostrables y fiables al final del mismo.

Para garantizar la validez de la información recogida se ha aplicado **la triangulación de la información** y de los datos como un mecanismo que permite evitar posibles sesgos y llegar a resultados fiables. Se han desarrollado las siguientes triangulaciones:

- Triangulación de **personas**: se ha accedido a la información que brindan distintos agentes, con el objetivo de captar múltiples perspectivas sobre la implementación del proyecto.
- Triangulación **teórica**: se han analizado diversos documentos y marcos de trabajo para poder comparar y concretar los hallazgos de la evaluación con la teoría existente. También se han incorporados los marcos de Esfera, la Norma Esencial Humanitaria y el principio de “no causar daño”¹¹.
- Triangulación **metodológica**: se han aplicado diferentes técnicas de recogida de información desde un abordaje de métodos mixtos.

3.3. Comisión de Seguimiento de la evaluación

La evaluación ha estado planteada en todo momento hacia la utilidad y aprendizaje desde una mirada sistémica. Bajo estas premisas se han planteado tres sesiones de trabajo de la Comisión de Seguimiento: 1) presentación del plan de trabajo, 2) presentación de los hallazgos preliminares tras el trabajo de campo, y 3) presentación de los resultados finales. Además, la Comisión ha participado en el Taller de Teoría de Programa, que se explica en el apartado de técnicas. Es importante mencionar que el momento de presentación de este informe coincide con el período de formulación de un nuevo proyecto por lo que resulta especialmente útil el trabajo realizado en este Comité de seguimiento que se encargará también de incorporar las recomendaciones en la nueva propuesta.

Esta Comisión de Seguimiento ha estado conformada por:

- El personal de FM a cargo del proyecto.
- El personal de HESED a cargo del proyecto.
- Equipo de evaluadoras

¹¹ Anderson, Mary B., Do no harm. How can aid can support peace-or war, Lynne Rienner Publishers, Inc, Boulder Colorado, 1999.

Las funciones de esta comisión han sido las siguientes:

- Facilitar al equipo evaluador el acceso a toda la información y documentación relevante de la intervención, así como a los agentes e informantes clave que han participado en entrevistas individuales, grupales y grupos de discusión.
- Supervisar la calidad del proceso y los documentos e informes que se han ido generando (plan de trabajo, síntesis de hallazgos preliminares e informes) enriqueciéndolos con sus aportaciones y asegurando que dan respuesta a sus intereses y demandas de información y conocimiento sobre la intervención.
- Difundir los resultados de la evaluación, especialmente entre las organizaciones y entidades de su grupo de interés.

3.4. Actores involucrados en proceso evaluativo y técnicas implementadas

Han sido múltiples los actores que han participado durante la evaluación. En total han participado 115 personas, de las cuales 80 son mujeres y 35 hombres, y se han generado 23 espacios durante el proceso evaluativo.

A continuación, se recoge un resumen de los mismos por técnica aplicada para el levantamiento de información:

Técnica	Participantes
Revisión documental	Ver la relación de los documentos revisados en el anexo II
Taller sobre Teoría del Programa	HESED Farmamundi
Entrevistas individuales	Mama Fatuma Childrens Home Formadora y consultora de Solum Paralegal ACNUR Refugee Consortium of Kenya
Entrevistas grupales	Equipo de gestión y coordinación del Subcondado de Kamukunji Personal del centro de Salud de Eastliegh Dirección de Salud del Condado de Nairobi Refugee Point Escuela de Primaria New Eastliegh HIAS Equipo de HESED
Grupos de discusión	Equipo a cargo de la LdB del proyecto Usuaris del programa de nutrición Jóvenes hombres Jóvenes mujeres Mujeres del grupo de terapia Defensoras de género
Sesión de devolución de hallazgos preliminares	HESED, Equipo del Sub-condado de Kamukunji, paralegal, defensor de género y mujeres del proyecto
Observación participante	Centro de Salud de Eastliegh, nuevo módulo de atención a jóvenes y a supervivientes de VBG, zona de intervención.

3.5. Condicionantes de la evaluación realizada

El proceso de evaluación ha transcurrido sin incidencias y se ha completado la agenda prevista, gracias a HESED que ha coordinado todos los encuentros, desplazamientos y espacios. Sin embargo, sí ha habido dos aspectos menores, que han podido incidir en la recogida de información y amerita señalar.

1. Mayoritariamente se han realizado entrevistas grupales, lo cual enriquece los discursos al escuchar diversas narrativas, pero no permite profundizar, en algunos casos, al igual que en entrevistas individuales. Por otro lado, los grupos focales que normalmente suelen ser de unas 8 personas han sido generalmente del doble de participantes. Por un lado, este hecho muestra la capacidad de convocatoria de la organización y la respuesta amplia de la población con la que ha trabajado, pero dificulta generar una dinámica ágil. Este hecho, principalmente ocurrido con los grupos de mujeres y hombres jóvenes, se solventó aplicando una metodología basada en trabajo en grupos pequeños mediante tarjetas y la puesta en común en plenaria de las principales conclusiones. Si bien durante el proceso pudo perderse parte del debate interno, permitió observar la buena sintonía y la capacidad de trabajo conjunto que han desarrollado ambos colectivos.
2. En el grupo de mujeres supervivientes conviven diferentes orígenes y, por tanto, idiomas. Ello requirió la traducción múltiple (inglés, swahili, oromo y somalí) en ambas direcciones; de las preguntas y de las respuestas. En este proceso puede ocurrir cierta pérdida de información y, sobre todo, de matices. Sin embargo, este hecho, que para el equipo de evaluación resultó particular, es la forma habitual de gestionar el grupo y permitió observar la cercanía en la interacción, la naturalidad en la convivencia y las relaciones generadas entre mujeres diversas en sus orígenes, lenguas y religiones.

4. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

4.1. DISEÑO - Adecuación y Pertinencia

NHE Criterio 1. La respuesta humanitaria es adecuada y pertinente

La dimensión de diseño responde al objetivo de valorar la adecuación y pertinencia del diseño de la intervención en relación con el contexto.

El proyecto fue formulado en el primer semestre de 2020 en un **contexto** de inicio de la pandemia COVID – 19, siendo este hecho un factor determinante que obligó a enmarcar la propuesta de garantizar el derecho a la salud integral y a una vida libre de violencias de mujeres y niñas refugiadas en Nairobi en un contexto de emergencia de salud pública global. Tras la aprobación del proyecto se elaboró la LdB a partir de las indicaciones recogidas en la “Guía para el seguimiento y evaluación de proyectos financiados por la Generalitat Valenciana en el ámbito de la Cooperación al Desarrollo, 2018”.

Es claro y evidente el arraigo de la socia local en el territorio, tanto con la población destinataria como con organizaciones comunitarias y autoridades locales, aspecto que se abordará en el criterio de coordinación con mayor desarrollo, pero este hecho contribuye a que el diseño del proyecto haya sido ampliamente participado y, por tanto, se corresponda con las prioridades y necesidades del contexto. Durante el proceso de la LdB se revisó información estadística, fueron realizadas 147 entrevistas (123 mujeres / 24 hombres) y se llevaron a cabo un total de 16 grupos focales, en los que participaron un total de 173 personas (122 mujeres/51 hombres). Existe un consenso general en que el proceso de la LdB generó una matriz de planificación más aterrizada, que a su vez ha contribuido a la implementación y seguimiento del proyecto.

Como ya se ha mencionado en los antecedentes, ambas entidades **trabajan de forma conjunta** desde el año 2008 y el DAS se encuentra en la misión y objetivos institucionales de ambas. Así, el proyecto se inserta en un marco estratégico de intervención concertado entre ambas organizaciones. Por su parte, el proyecto es coherente con el Documento de Orientaciones Estratégicas 2016-2020 definidas por Farmamundi en Kenia, así como con el Plan Estratégico 2020-2023 de la entidad, y su documento de Orientaciones Estratégicas en Acción Humanitaria 2020-2023.

En relación al IV Plan Director de la **Cooperación Valenciana** 2017-2020¹², en el que se enmarcó la aprobación del proyecto, la intervención se alinea principalmente con el Eje 2 Personas, y concretamente con la Estrategia 2.1. Derecho a los bienes públicos globales (salud, educación y agua y saneamiento), la Estrategia 2.2. Derechos de las Mujeres y la Estrategia 2.5. Derechos de otros colectivos en situación de vulnerabilidad. Asimismo, también se encuentra en consonancia con el Eje 4: Paz; concretamente con la Estrategia 4.1. Derecho a la participación y a la gobernanza democrática. Si tenemos en cuenta el V Plan Director de la Cooperación Valenciana

¹² https://cooperaciovalenciana.gva.es/documents/164015995/164353785/IVPD_31_+05_+2017_.pdf/a9f6322c-c4ba-4053-85e9-e369db133356

2021-2024¹³, actualmente en vigor, también se mantiene el alineamiento con el Eje 2 Personas y el Eje 4 Paz. Por su parte la Estrategia de Acción Humanitaria de la Generalitat Valenciana 2018-2022¹⁴, asume los compromisos de la Cumbre Mundial Humanitaria celebrada en Estambul en 2016 organizada por las Naciones Unidas. Entre los compromisos básicos se encuentra el de garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, dando respuesta a la apuesta de transformar la acción humanitaria, dando un mayor protagonismo a mujeres y jóvenes en las respuestas a las crisis desde diversos enfoques como el de derechos, diferencial, de género, etario, etc.

Son varios los **marcos a nivel internacional, nacional y local** en relación con los derechos de la población refugiada, las mujeres, las violencias y la salud, principalmente. A continuación, se recogen algunas de ellas:

Internacional

Derecho Internacional Humanitario
 Convención relacionada con el Estatuto del Refugiado de Naciones Unidas (1951),
 Convención reguladora de los aspectos específicos de los problemas de la población refugiada en Africa, de Organización de la Unidad Africana (OAU), en 1969.
 Principios Rectores de los desplazamientos internos de las Naciones Unidas (1998)
 Política del ACNUR sobre la protección de los refugiados y las soluciones en zonas urbanas, 2009
 Marco de Respuesta Integral para los Refugiados, NNUU 2016
 Resolución 1617 sobre la salud de las personas migrantes adoptada por la OMS
 Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer o CEDAW (1979)
 Resolución de la Asamblea General sobre la Violencia Doméstica (A/RES/40/36) (1985)
 Convención de los Derechos del Niño (1989)
 Plataforma de Acción de Beijing (1995)

Resolución 1325 del Consejo de Seguridad (2000)

Protocolo a la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en el África (2003)

Nacional

Ley de la población refugiada del 2011
 Marco de Asistencia al Desarrollo 2018-2022 de NNUU para Kenia
 Programa “KENIA Visión 2030”
 Plan Estratégico Nacional de Inversión en el Sector de la Salud 2014-20183 (KHSSP).
 Estrategia de Cooperación País establecida por la OMS en Kenia para el horizonte 2014-2019
 Política Nacional Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes 2015
 Política Nacional de Salud Reproductiva 2022 – 2032
 Política Nacional para la prevención y respuesta a la VBG, 2014

Local

Plan de Desarrollo Integrado del condado de Nairobi 2018-2022
 Ley de prevención, respuesta y control de la violencia sexual y de género del condado de Nairobi, 2021

¹³ https://cooperaciovalenciana.gva.es/documents/164015995/172383338/VPDCV-V3.3_MAQUETACI%C3%93N+FINAL+CAST.pdf/33e9607e-582b-44fe-bdde-5158bddad4fc

¹⁴ <https://cooperaciovalenciana.gva.es/documents/164015995/164016762/EAH+GV+maquetado.pdf/45d097b4-d73d-4bff-928a-0d2ce53f3a6c>

Además, el proyecto también busca su inserción dentro de la [Norma Humanitaria Esencial](#) (CHS, por su nombre en inglés), la cual supone una evolución de la gestión de la calidad en el ámbito humanitario. Esta se articula en torno a 9 criterios, unidos a una serie de compromisos formulados por las organizaciones, como la referencia deseable para una respuesta de calidad. La presente evaluación vincula los criterios del CAD con la NHE, buscando dar coherencia al ciclo del proyecto.

Atendiendo al [diseño interno del proyecto](#) este presenta un 1 OG, 1 OE, 3 RE, 21 indicadores y 14 actividades, además de las relativas al seguimiento y la evaluación. Si bien, como ya se ha mencionado, el diseño de la intervención es coherente y relevante en relación con el contexto, la complejidad de este hace que las problemáticas y necesidades sean múltiples y complejas, resultando difícil su priorización. Así, el proyecto plantea tres RE que en sí mismos podrían ser intervenciones propias, más teniendo la intervención una duración de 18 meses. Si bien los RE serán analizados con mayor detalle en el apartado de eficacia, sí corresponde en este apartado reseñar lo ambicioso y amplio que fue el diseño al abordar diversas temáticas (cobertura y calidad de la salud básica, SSR y salud materno infantil, entornos saludables, seguros y sensibles a necesidades específicas de género y edad, y trabajo con mujeres refugiadas supervivientes de violencia sexual y/o de género). Ello ha supuesto también una multiplicidad de grupos y colectivos con los que se ha trabajado (personal sanitario, mujeres en edad fértil, defensoras de género, familias del programa de nutrición, escuelas, familias receptoras de artículos de higiene, organizaciones comunitarias, nacionales e internacionales, autoridades locales, mujeres supervivientes, etc.).

Por otro lado, y continuando con el diseño de la intervención, un análisis de la lógica vertical y horizontal del mismo, muestra ciertas incoherencias en la trazabilidad entre actividades, indicadores y metas. Si bien es cierto, que se identifica una clara tendencia de diseñar indicadores de resultado y no de actividad lo que se valora muy positivamente por el equipo evaluador, la elección de algunos indicadores no ha permitido visibilizar parte de las acciones que se han implementado. Ejemplo de ello el IOV1.1 que, si bien la actividad se centra en la puesta en marcha de la Unidad de SSR, el indicador menciona que el centro de salud cuenta con una unidad de SSR que oferta los servicios del Paquete Mínimo de Servicios de SSR en situaciones de crisis del IASC, pero la meta se concentra en el número de mujeres que acceden a los servicios de SSR. En este caso, no hay actividad vinculada a la implantación del Paquete Mínimo y la meta habla de acceso y no de la disponibilidad de los servicios ofrecidos y la calidad de los mismos.

CONCLUSIONES DE DISEÑO

- La relación de trabajo sostenida entre Farmamundi y HESED desde 2007 es un valor en la intervención al haber creado un vínculo sólido y de confianza que permite el desarrollo de las actividades con autonomía, pero también con un seguimiento cercano. Asimismo, el arraigo de la socia local en el territorio y su red de relaciones ha permitido un análisis del contexto y de las necesidades de la población muy aterrizado.
- El contexto es complejo y las necesidades múltiples, ello ha dificultado la priorización en la intervención siendo ésta muy ambiciosa en sus alcances (temáticos y poblacionales principalmente), siendo además su marco temporal de 18 meses. Es principalmente evidente en el RE3, que podría contemplar una intervención superior a 12 meses en sí mismo.
- La elaboración de la LdB, y más desde un enfoque participativo y coordinado entre ambas entidades, fue muy útil para actualizar y concretar necesidades y expectativas y ha contribuido a la posterior implementación y seguimiento.
- El proyecto está altamente alineado con los marcos locales, nacionales e internacionales relativos a los derechos de las mujeres, el DAS y los derechos de la población refugiada. Asimismo, esta adecuación también es elevada respecto a los Planes Directores de la GVA y los documentos internos de ambas organizaciones.
- El diseño del proyecto, respecto a su lógica horizontal y vertical presenta alguna incoherencia respecto a la consecución de actividades, las metas y la elección de los indicadores que, aunque se han orientado de manera adecuada a la medición de resultados y no de actividades, no han permitido visibilizar todos los resultados del proyecto.

4.2. ESTRUCTURA - Eficiencia

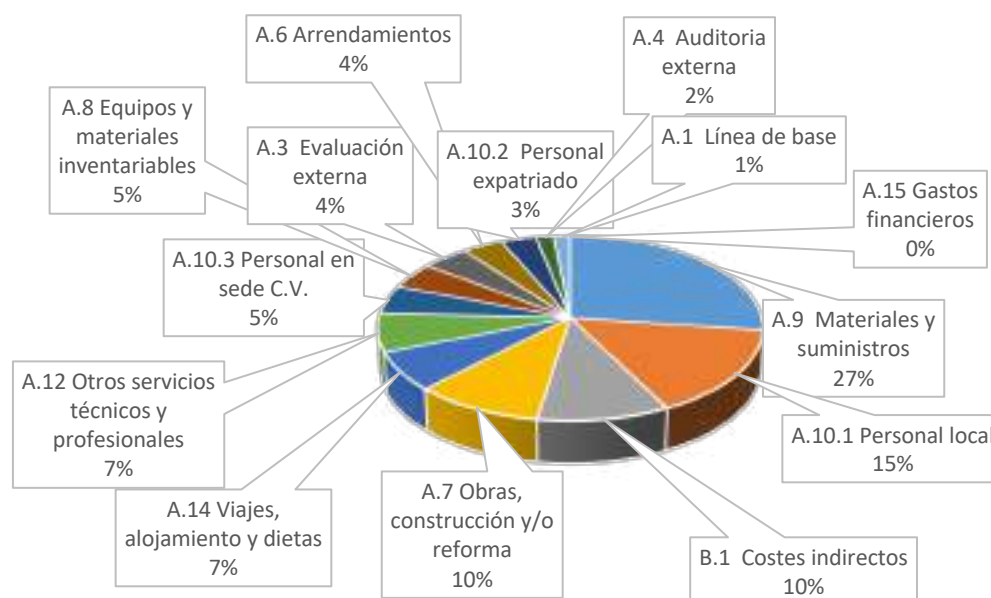
NHE Criterio 9. Los recursos se gestionan y usan de forma responsable para los fines previstos

NHE Criterio 6. La respuesta humanitaria es coordinada y complementaria.

La dimensión de estructura y, concretamente el criterio de eficiencia responde al objetivo de valorar la práctica de implementación de los actores involucrados, en especial en lo referente a la colaboración entre Farmamundi y HESED con atención a los procedimientos de comunicación, coordinación y toma de decisiones para facilitar la transferencia de buenas prácticas.

El presupuesto total de la intervención ha sido de 381.401,70€, de los cuales 300.000,00€ han correspondido a la subvención de la GVA otorgada en 2020.

A lo largo de la ejecución no ha habido desviaciones sustanciales ni cambios significativos respecto a los gastos previstos. A continuación, se presenta un gráfico que resume el **gasto de la subvención**:



Como puede observarse en el gráfico, los mayores costes del proyecto han estado conformados por materiales y suministros (27%) y el coste de personal local (15%) seguido por los gastos de construcción de la nueva Unidad de Salud Sexual y Reproductiva y de Atención a supervivientes de VBG (10%). Los gastos de materiales y suministros han estado muy vinculados a la compra de los equipos y materiales para la nueva unidad. En el caso de los gastos de personal local, cabe señalar que el equipo conformado por HESED es amplio (18 personas, 15 mujeres y 3 hombres) por la diversidad de actividades que ha desarrollado y, además, mantiene una oficina en Eastliegh para implementar sus acciones y dar respuesta a las necesidades detectadas.

En el presupuesto fue contemplada una **valorización** del terreno en el que fue construida la nueva unidad antes mencionada. La cesión de dicha parcela fue realizada por el Condado de Nairobi. Es destacable el apoyo y la implicación de las autoridades, tanto del condado como del Sub-condado de Kamukunji en dicha intervención, en la cesión del terreno, así como con la continuidad en el pago de los salarios del personal, que forma parte de la nueva unidad, como principales ejemplos.

El diseño presupuestario no incluyó la valorización del **trabajo voluntario** de la comunidad, pero es elevado el nivel de compromiso y el número de hombres, y sobre todo mujeres, que participan en las redes voluntarias de apoyo a la comunidad como es el caso de las defensoras de género, del comité de salud y el equipo de paralegales, por mencionar tres colectivos que han participado en la intervención. De igual modo, la red de apoyo a las supervivientes de violencias también sustenta buena parte de su accionar en el voluntariado y en la disposición de recursos y

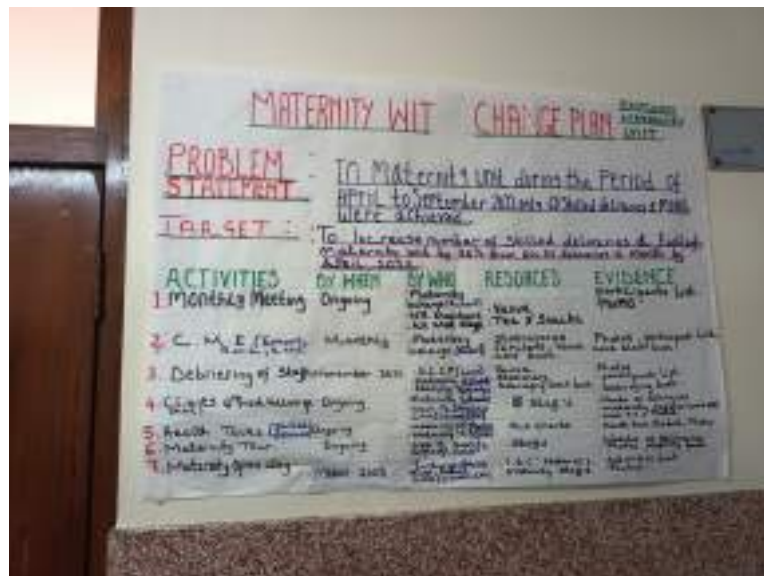
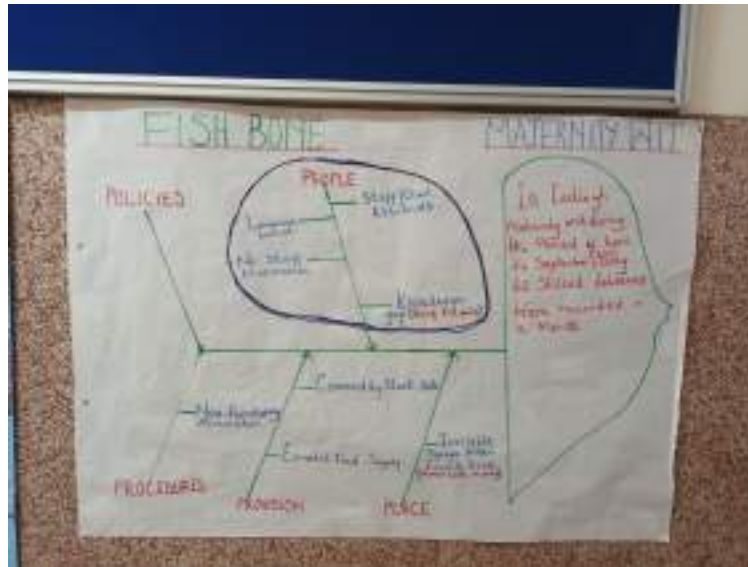
medios para contribuir a la mejora las necesidades prácticas de las mujeres (apoyo legal, alojamientos seguros, etc.)

Al igual que el presupuesto, el **cronograma** tampoco ha presentado desviaciones ni cambios sustanciales y se ha cumplido con el total de las actividades previstas. Además, se han realizado otras no contempladas inicialmente, como la participación en consultas regionales en la Región África Oriental-Cuerno de África-Grandes Lagos convocadas por ACNUR, la asistencia a la formación en reducción del riesgo de violencia de género, prevención y respuesta entre la población refugiada, la participación en campañas de incidencia política en los días internacionales en el marco del trabajo dentro del clúster de VBG y las propias reuniones del dicho grupo de trabajo técnico.

Ambas entidades han implementado una serie de herramientas conjuntas para el **seguimiento del proyecto** y la toma de decisiones durante la ejecución del mismo:

- Matriz de Planificación de Seguimiento
- Plan Operativo Anual
- Reuniones de planificación y coordinación entre sede y terreno (semanales)
- Informes quincenales de seguimiento técnico
- Informes mensuales de seguimiento técnico y económico
- Informes trimestrales de seguimiento técnico y económico
- Informes epidemiológicos
- Visitas de seguimiento en terreno
- Mecanismos de Participación Comunitaria y Rendición de Cuentas

Otro de las herramientas que se han puesto en marcha para el seguimiento de las acciones han sido los pretest y post-test de las actividades formativas que se han desarrollado en el marco de la intervención. Esta práctica ha sido habitual a la hora de evaluar los conocimientos adquiridos por los colectivos que han participado en distintos talleres y jornadas. Asimismo, es destacable la práctica desarrollada en los centros de salud de mostrar sus indicadores de cobertura, mencionada por los equipos como “talking walls”, paredes que hablan, y de realizar reuniones de presentación de resultados en el hospital. En opinión del equipo evaluador, estas prácticas muestran, por un lado, la transparencia ante la población titular de derechos y, por otro, la cultura del seguimiento de datos e indicadores. En este sentido se destaca también los ejercicios realizados y mostrados también en las paredes de análisis de la situación como es el caso de un diagrama de Ishikawa o de un plan de mejora ante una situación identificada que se muestra a continuación:



A pesar de ello, el personal de salud identifica como uno de los retos la calidad de los datos.

Se destacan además como elementos que la han facilitado el seguimiento del proyecto los siguientes:

- El establecimiento de un acuerdo al inicio del proyecto entre las dos entidades, así como compartir como herramientas de trabajo tanto la matriz de planificación del proyecto como la matriz de seguimiento elaborada en el proceso de línea de base.
- La realización conjunta de una planificación operativa anual (POA).
- La realización de reuniones bisemanales, visitas a terreno y contacto continuo para la gestión, ejecución y seguimiento del proyecto.

A lo interno de HESED, el equipo tiene reuniones semanales y realiza una planificación mensual. Asimismo, el equipo de protección social se reúne semanalmente.

En relación con la coordinación con otros agentes, se constituyó un Comité de seguimiento que se ha reunido con una periodicidad trimestral, que ha servido para realizar un seguimiento conjunto de las acciones entre HESED y el Sub-Condado de Kamukunji y que ha contado con presencia de agentes comunitarios.

Asimismo, se han generado otros mecanismos y espacios para la coordinación que han facilitado la implementación del proyecto, así como el alcance de los resultados, a diferentes niveles, como son:

- **Con el Sub-Condado de Kamukunji:** la valoración que realizan ambas instituciones sobre el trabajo realizado y la coordinación establecida es muy positiva; para HESED la coordinación con el Sub-Condado es esencial para promover el fortalecimiento de los servicios de salud y la coordinación con las diferentes responsables de área ha sido estratégica y, al mismo tiempo se han abordado todos aquellos aspectos operativos necesarios para la buena coordinación del proyecto. En el caso del Sub-Condado de Kamukunji la valoración que realizan es que HESED es un socio estratégico, que participa en la planificación y que ha contribuido a las políticas públicas relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva y la violencia de género y sexual, y que ha habido una coordinación constante para la ejecución de las acciones.
- Con los **servicios de salud**, la coordinación con HESED ha sido constante y se valora muy positivamente.
- Con el **resto de agentes** que trabajan en el contexto en el ámbito de la violencia de género y sexual, aunque se profundizará sobre ello en el criterio de eficacia, el espacio donde esta se ha dado ha sido en el grupo de trabajo técnico del clúster de violencia de género. La valoración que realizan todos los miembros que han participado en el proceso de evaluación es muy positiva y el grupo comparte información para facilitar la derivación de mujeres supervivientes de violencia de género y sexual en función de la especialización y los tipos de servicio que ofrecen cada uno de ellos. Se profundizará en ello en el análisis de eficacia en el resultado 3.
- Con las **organizaciones comunitarias**. Durante el trabajo de campo se ha podido constatar que HESED ha fortalecido las capacidades de organizaciones comunitarias y/o miembros de la comunidad como es el caso de las defensoras de género, los voluntarios comunitarios de salud (CHV) o los Comité de salud comunitario (Community Health Comitee-CHC)

Por último, se destaca como una práctica que ha favorecido la coordinación, así como la apropiación que se analizará en el siguiente apartado del proyecto, la actividad A2.6 en la que se realizaron unas jornadas de presentación de las acciones y los resultados del proyecto.

CONCLUSIONES DE ESTRUCTURA

- Han sido múltiples las herramientas y espacios de coordinación entre HESED y FARMAMUNDI para la implementación y seguimiento de la intervención. Además, ambas valoran dichos mecanismos, así como su relación de trabajo conjunto, de forma muy positiva.
- El proyecto ha generado espacios de coordinación entre HESED y el resto de agentes a diferentes niveles (institucional, comunitario y con otras ONG que trabajan en el ámbito de la violencia de género y sexual) y todos ellos son muy bien valorados por todas las partes y han contribuido notablemente a facilitar la implementación y dotarla de un valor añadido.
- La implicación y apropiación por parte de las autoridades locales es clara y evidente y muestra de ello es la cesión del terreno en el que se construyó la nueva unidad y el pago de los salarios del personal de la misma al término del proyecto.
- El equipo de HESED es amplio y mantiene una oficina de trabajo en el territorio de intervención para formaciones, sesiones, talleres, reuniones, etc. que le permite mantener presencia y conocer directamente la situación del contexto y la evolución de las necesidades.
- Es elevada la implicación de la comunidad en la intervención. Además de las diversas organizaciones de base con las que se coordina, los equipos voluntarios de salud, de defensoras de género o de paralegales son personas del asentamiento que brindan asistencia, levantan necesidades y hacen derivaciones y seguimientos de casos, por mencionar algunas de sus múltiples funciones.
- Existe una voluntad de rendición de cuentas a la comunidad que se evidencia en los buzones, pero sobre todo en la cartelera que cubre las paredes del centro de salud con datos e indicadores previstos. De igual modo se destaca la importancia que se le está dando al seguimiento realizando informes de todas las formaciones realizadas, así como pretest y post-test como herramientas de valoración de los conocimientos adquiridos y contando con algunas experiencias de análisis de situación para definición de mejoras. Sin embargo, son necesarios también espacios para el análisis de todos los datos generados y la toma de decisiones a partir de los mismos incorporando el enfoque de género.

4.3. PROCESOS – Apropiación y Participación

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.

La dimensión de procesos y, concretamente el criterio de apropiación y participación responde al objetivo de valorar la participación de los y las titulares de derechos en la gestión del proyecto y la contribución al fortalecimiento de su protagonismo y liderazgo en el desarrollo local.

HESED ha liderado el proyecto promoviendo en todo momento la apropiación por parte del Sub-Condado de Kamukunji del mismo, a través de su participación en su diseño y en el proceso de elaboración de la línea de base. Dicho proceso fue muy participado y permitió actualizar las necesidades por parte de la población, las organizaciones comunitarias, los y las profesionales de salud, el profesorado y las diferentes responsables de área del Sub-Condado (Nutrición, SSR, Salud Comunitaria, Salud escolar, Farmacia, ...).

Asimismo, el compromiso del Sub-Condado se ha puesto de manifiesto desde el inicio con la cesión de los terrenos para la construcción de la Unidad de atención a mujeres supervivientes de violencia de género y sexual y a la Unidad de atención en SSR a población adolescente, así como por asumir los salarios del personal que trabaja en ellas. Aspecto que ya se ha mencionado también en el apartado de eficiencia.

El proyecto ha promovido la participación de la población y de las organizaciones comunitarias mediante los siguientes mecanismos:

- Participación consultiva en los procesos de identificación y de línea de base, con la colocación de 10 buzones de sugerencias en distintos lugares estratégicos (escuela, centro de salud, etc.) y la realización de encuestas de satisfacción que han permitido a la población titular de derechos expresara sus opiniones.
- Participación por colaboración en los procesos de revisión de los buzones de sugerencias en los que se ha contado con los Comités de salud comunitarios y se ha dado respuesta a las mismas de manera colectiva. En total se han recibido casi 500 quejas, solicitudes y otros mensajes. Este aspecto se vincula directamente con la NHE y pone en práctica la n° 5 *Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias tienen acceso a mecanismos seguros y ágiles para gestionar las quejas*. A pesar de ello, el personal de salud manifiesta que es necesario seguir sensibilizando a la población sobre la importancia de su opinión.
- El fortalecimiento de capacidades de personas líderes de la comunidad como es el caso de las defensoras de género y los Comités de salud comunitarios. En este sentido, el proyecto ha pretendido también reforzar la coordinación entre estas

- organizaciones comunitarias y los servicios de salud a través de las acciones de sensibilización y promoción de la salud y de los diálogos comunitarios.
- La promoción de la rendición de cuentas destacando la cartelera vinculada al proyecto a las distintas intervenciones en el centro de salud. Las paredes de los espacios están cubiertas, o bien de mensajes clave de información a la ciudadanía (campañas, información sobre mecanismos de denuncia de violencias, lavado de manos, etc.) en su mayoría en inglés, pero también en swahili y somalí, y de cartulinas que recogen las principales metas y datos vinculados a los proyectos que se implementan en el centro.

Por último, se ha identificado por parte de agentes clave como una de las fortalezas del proyecto la capacidad de HESED de coordinarse a todos los niveles, así como de trabajar en red para complementar la atención de las mujeres supervivientes de violencia de género y sexual.

CONCLUSIONES DE PROCESOS

- La apropiación del proyecto es alta por parte del Sub-Condado de Kamukunji que ha demostrado su compromiso e implicación en la implementación del mismo y este a su vez forma parte de la planificación del Sub-Condado.
- Los mecanismos y espacios de participación, así como las acciones de fortalecimiento a organizaciones comunitarias han promovido la implicación de la población en la gestión de los servicios de salud, así como la cultura de rendición de cuentas.

4.4. RESULTADOS – Eficacia

NHE Criterio 2. La respuesta humanitaria es eficaz y proporcionada a tiempo.

En este apartado se realiza un análisis del avance de los indicadores, así como de los cambios generados a los que el proyecto ha contribuido y cómo se ha logrado alcanzar los resultados.

Se realiza un análisis por cada uno de los resultados:

R1. Ampliada la cobertura en salud básica, SSR y salud materno-infantil en los asentamientos informales de población refugiada de Eastliegh North, Nairobi, integrando el enfoque de género, la pertinencia cultural y la preparación ante situaciones de emergencia de salud pública en un contexto de pandemia por COVID-19.

Para este resultado el proyecto contaba con 4 actividades y 5 indicadores. A continuación, se analiza la evolución de los mismos.

IOV	LdB	Meta prevista	Meta alcanzada
1.1. Finalizado el proyecto, el centro de salud de Eastliegh cuenta con una Unidad de SSR que oferta los servicios del Paquete Mínimo de Servicios de SSR en situaciones de crisis del IASC	Al inicio del proyecto, el centro de salud de Eastliegh no cuenta con una unidad específica de SSR que oferta los servicios del Paquete Mínimo de Servicios de SSR en situaciones de crisis del IASC	2.160 mujeres en edad reproductiva acceden a los servicios de SSR en el centro de salud de Eastliegh	6.493 mujeres en edad reproductiva acceden a los servicios de SSR en el centro de salud de Eastliegh
1.2. El centro de salud de Eastliegh garantiza la atención primaria a la salud, diagnósticos y tratamientos oportunos a la población usuaria y se encuentra mejor preparado para responder emergencias sanitarias como la pandemia por COVID-19	Al inicio del proyecto 0 personas han sido atendidas, así como 0 personas han accedido a servicios de consulta prenatal y/o atención al parto	Al menos a 9.000 personas atendidas (el 70% mujeres y menores de 5 años) durante la ejecución del proyecto (60% población refugiada), 900 partos y 2.000 consultas prenatales	15.609 personas atendidas

En el proceso de la línea de base se identificaron las debilidades en los servicios de SSR en Eastliegh North principalmente relacionados con su calidad, disponibilidad, así como el enfoque de atención.

La construcción de una unidad de atención a las mujeres víctimas de violencia de género y sexual y de otra específica para atender las necesidades de SSR de la población joven unido a la mejora de capacidades y oferta de servicios del centro de SSR de Eastliegh North ha contribuido a mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios de SSR. Esta unidad es una de las 10 que existen en el Condado de Nairobi, pero la única que cuenta con un servicio de SSR específico para población joven.

En relación con la **disponibilidad**, el proyecto ha contribuido a garantizar suministros durante el período de ejecución cubriendo de esta manera esta necesidad y evitando la ruptura de stock. Además, la oferta de servicios del centro

de salud de Eastliegh cubre el paquete de servicios básicos garantizando el control prenatal y postnatal, la atención al parto, la detección precoz de VIH, ITS, cáncer cérvico uterino, atención a la violencia basada en género y sexual

En relación con la **calidad**, tanto en las entrevistas y grupos como en la observación realizada durante el trabajo de campo se ha podido constatar que:

- Las nuevas construcciones han tenido en cuenta la necesidad de intimidad y privacidad de las mujeres supervivientes de violencia de género y sexual dotando de un espacio que, compartiendo entrada con el resto del centro de SSR, cuenta con un espacio más apartado y una sala de espera específica cerrada para lograr que desde fuera no se vea las mujeres y que estas puedan estar en un espacio tranquilo y seguro.



Unidad de atención a la VbG y sexual y la clínica de atención a adolescentes

- El centro de SSR ha tenido en cuenta las diferentes necesidades de género y edad. La unidad de atención específica a jóvenes es un recurso muy bien valorado por la población de esta edad y durante la realización de los grupos de discusión se pudo confirmar que para muchos de ellos y ellas es la principal fuente de información cuando tienen preguntas o dudas sobre su SSR. Además, la persona responsable de la unidad es muy bien valorada por la población joven por su cercanía y por la relación de confianza establecida con ellos y ellas y desde el Sub-condado, así como desde otras organizaciones se pone en valor que es la única clínica de estas características en Nairobi. Por otro lado, y en relación con las diferentes necesidades, si bien es cierto que no se ha trabajado en el marco del proyecto en otras identificadas en la línea de base como las de las trabajadoras sexuales o la población LGTBI+, en el trabajo de campo se pudo

observar cómo al menos sí la no discriminación por orientación sexual se visibiliza en la cartelera.



Entrada Centro de Salud de Eastleigh

- Las principales barreras de acceso a la salud de la población identificadas al inicio del proyecto fueron las lingüísticas, la falta de información, los horarios y el miedo por carecer de documentos de identidad. El proyecto ha logrado incidir en ellas realizando difusión de los servicios, así como mejorando la información visual en los carteles del centro donde se puede ver claramente el horario y que no se discrimina a personas por ningún motivo. Durante el trabajo de campo se ha podido observar que se realizan tanto materiales como actividades en diferentes lenguas.



Entrada al centro de SSR de Eastliegh

Sin embargo, y a pesar de los avances, durante el trabajo de campo se han identificado otras barreras que serán incorporadas en las recomendaciones con el fin de poder orientar la continuidad del proyecto, como son: la mayor dificultad de acceso para trabajar SSR con los hombres somalíes y la necesidad de dar mayor difusión en el ámbito comunitario sobre la existencia de los servicios de SSR.

Los cambios producidos en los servicios de SSR han contribuido también a aumentar la asistencia logrando en el período de implementación del proyecto incrementar la meta prevista; los datos muestran que en un inicio la meta era que 2.160 mujeres en edad reproductiva accedieran a los servicios de SSR en el centro de salud de Eastliegh y finalmente han accedido 6.493 mujeres en edad reproductiva.

IOV	LdB	Meta prevista	Meta alcanzada
1.3. Finalizado el proyecto, el 75% personal sanitario del Sub-Condado de Kamukunji participante de las capacitaciones identifica los sesgos androcéntricos y culturalmente hegemónicos y manifiesta integrar enfoques más sensibles al género y la pertinencia cultural en su práctica sanitaria.	Al inicio del proyecto, el 0% del personal sanitario de del Sub-Condado de Kamukunji no consigue identificar, al inicio del proyecto, los prejuicios androcéntricos y culturalmente hegemónicos y declara no haber integrado en su práctica sanitaria enfoques más sensibles al género y culturalmente relevantes.	Al menos 15 profesionales sanitarios de los/las 20 participantes reconocen incorporar en la praxis elementos tratados en la formación.	0 profesionales sanitarios (14 mujeres, 6 hombres) participan en las capacitaciones para la atención específica a la población vulnerable con enfoque de género y pertinencia cultural, con énfasis en las gestión y manejo de casos de COVID-19.15 de ellas/ellos (el 75%) identifica sesgos androcéntricos y sexistas en la práctica sanitaria y el 100% se compromete en la integración de los enfoques aprendidos en su práctica sanitaria.

Las capacidades del personal de salud en relación con la incorporación del enfoque de género en la práctica clínica han sido reforzadas. La formación realizada incorporó los temas de análisis de género y enfoque cultural en SSR poniendo ejemplos de sesgos de género en la atención, y las causas, consecuencias, detección precoz y atención a la violencia de género. La comparación del pre y postest demostró que el 75% de los y las participantes podía identificar los sesgos androcéntricos en la práctica clínica.

Tanto las personas responsables de los programas en el Sub-Condado de Kamukunji como el personal de salud con el que se tuvo la oportunidad de hablar durante el trabajo de campo valoraron muy positivamente la formación recibida, poniendo en valor su calidad y mencionando algunos efectos de la misma como la importancia de garantizar la privacidad en la atención y cómo la mejora en el trato y en el respecto en la atención ha aumentado el número de partos atendidos, Asimismo, mencionan que animan a los hombres a acompañar a las mujeres en las consultas de CPN y aprovechan para hacerles la prueba del VIH a los hombres.

IOV	LdB	Meta prevista	Meta alcanzada
1.4. Las mujeres y niñas supervivientes de VS acceden a tratamientos de urgencia oportunos (profilaxis post-exposición para evitar el contagio de ITS) en el centro de salud de Eastliegh y son referenciadas a servicios de atención integral para su completa recuperación	Al inicio del proyecto, el 0% de las mujeres y niñas supervivientes de VS que acceden al centro de salud de Eastliegh acceden al tratamiento sanitario de urgencia adecuado (<72hrs)	El 100% de las mujeres y niñas supervivientes de VS que acceden al centro de salud de Eastliegh acceden al tratamiento sanitario de urgencia adecuado (<72 horas)	El 100% de las mujeres y niñas supervivientes de VS que acceden al centro de salud de Eastliegh acceden al tratamiento sanitario de urgencia adecuado (<72 horas)

Los registros del centro de salud de Eastliegh para los casos de violencia de género y violencia sexual están desagregados por tipo de violencia, siendo la más frecuente la física y encontrándose algún caso de violencia psicológica y algunos casos más de embarazo adolescente y violencia de género, los cuales, fueron atendidos en su mayoría antes de las 72 horas, pero no en su totalidad, aunque sí se alcanzó la meta prevista en el proyecto de distribución de 27 kits.

IOV	LdB	Meta prevista	Meta alcanzada
1.5. Finalizado el proyecto la población refugiada y local usuaria de los servicios de materno infantil y de SSR perciben una mejoría en la calidad de la atención y los servicios recibidos	0% de la población refugiada y local usuaria de los servicios de salud materno-infantil y de SSR perciben que la calidad de la atención y los servicios recibidos son adecuados.	El nivel de satisfacción con la calidad de los servicios de salud en el centro de salud de Eastliegh aumenta finalizado el proyecto.	La población que accede al centro de salud de Eastliegh ha participado en encuestas en las cuales expresan la mejora de su nivel de satisfacción con la calidad de los servicios del centro.

Durante los meses de abril a junio de 2022 se realizó una encuesta de satisfacción, tanto de población usuaria del centro de salud de Eastliegh como de la Unidad de SSR. Los resultados muestran en el caso de la Unidad de SSR:

- La valoración general es muy positiva, el 55% de las personas que respondieron la encuesta la valoraron como excelente, el 33% como muy buena, el 10% como buena y el 2% como razonable.
- Con respecto al trato, este fue valorado como excelente por el 25% de las personas que respondieron a la encuesta, muy bueno por el 65% y bueno por el 10%.
- La comunicación de los y las profesionales fue valorada como excelente en el 15% de los casos, muy buena en el 50%, buena en el 28% y razonable en el 7%.
- El tiempo de espera también obtuvo una valoración positiva; un 45% lo valoraron como excelente, un 40% como muy buena, un 13% como buena y un 2% como razonable.
- Los aspectos que fueron los que más valoró la población usuaria fueron el trato, la gratuidad de los servicios, la privacidad y no sentirse juzgadas y la limpieza.
- Y los aspectos que consideraron que se podrían mejorar fueron la provisión de medicamentos.

En el caso del centro de salud de Eastliegh, el 50% de las personas encuestadas hicieron uso de los servicios de maternidad y de salud materno-infantil.

- La valoración general fue muy positiva; un 27% la valoró como excelente, un 69% como muy buena y un 4% como buena.
- La oferta de servicios fue valorada como excelente en el 35% de los casos, muy buena en el 54% y buena en el 11%.
- La claridad de la información recibida fue valorada como excelente en el 37% de los casos, muy buena en el 50%, buena en el 12% y aceptable en el 1%.
- El tiempo de espera fue valorado como excelente en el 23% de los casos, muy bueno en el 66%, bueno en el 10% y aceptable en el 1%.
- Los aspectos que fueron los que más valoró la población usuaria fueron el trato, la calidad de los servicios, la gratuidad de los servicios, la privacidad y la accesibilidad (no colas, no mucha espera).
- Y los aspectos que consideraron que se podrían mejorar fueron la provisión de medicamentos.

Por otro lado, las organizaciones que trabajan en red en VbG y VS y que refieren a mujeres SVS a HESED valoran también muy positivamente la atención y el enfoque integrado y lo señalan como uno de los principales cambios a los que el proyecto ha contribuido.

R2. Promovidos entornos saludables, seguros y sensibles a las necesidades específicas de género y edad entre la población refugiada en Nairobi, bajo un enfoque de corresponsabilidad y autocuidado para prevenir la propagación de brotes de enfermedades infecto-contagiosas como la COVID-19.

Para este resultado el proyecto contaba con 6 actividades y 6 indicadores. A continuación, se analiza la evolución de los mismos.

IOV	LdB	Meta prevista	Meta alcanzada
2.1. Redes comunitarias coordinan acciones de promoción de los DDHH de la población refugiada, los DSR de mujeres y niñas y la masculinidad positiva en los asentamientos informales de Eastliegh North.	0 sesiones de sensibilización para la promoción de los DDHH, DSR y las masculinidades positivas al empezar el proyecto.	960 sesiones de sensibilización para la promoción de los DDHH, DSR y las masculinidades positivas.	16.743 personas (10.559 mujeres) de los asentamientos informales de Eastliegh North participan en 1.315 sesiones de sensibilización para la promoción de los DDHH, DSR y masculinidades positivas coordinadas por redes comunitarias locales

Se han mejorado las capacidades comunitarias a través de la formación de 10 voluntarios/as comunitarios/as como defensoras de género. La valoración de estas formaciones ha sido muy positiva tal y como muestran los pre y postest, tanto en la comprensión de los temas como de su rol en la comunidad en la derivación de mujeres embarazadas. Asimismo, se ha llevado a cabo un seguimiento mensual del trabajo que están realizando las defensoras en la identificación de casos de VbG y VS en los que se realizan seguimientos de caso y se recogen las siguientes recomendaciones:

- Contar con tarjetas de identificación y materiales como libretas.
- Recoger la información de casos semanalmente.
- Realizar charlas en los centros de salud que puedan ser extendidas también a centros de salud privados.
- Que las mujeres defensoras de género realicen sesiones para reducir el estigma y la discriminación en el Refugee Awareness Education Centre.
- Explicar a la comunidad que Maslaha no es una buena manera para resolver los casos de violencia de género.
- Realizar sesiones de prevención de violencia con niños/as.
- Poner en marcha un programa de educación de padres y madres para prevenir el maltrato infantil.

En el grupo de discusión las defensoras de género mencionaron la importancia de su rol como link entre los centros de salud y la comunidad así como en la identificación y referencia de casos de violencia. Mencionan también la mutilación genital femenina (MGF) como práctica nociva de salud que están identificando en las mujeres somalíes y etíopes.

TEMAS TRATADOS	APRENDIZAJES	RECOMENDACIONES
<ul style="list-style-type: none"> - Violencia basada en género y sexual y sus tipos - Habilidades para counselling - Planificación familiar - Salud sexual y reproductiva (VIH) - Salud mental - Nutrición - COVID-19 - Tuberculosis - Cáncer cervicouterino - Control y manejo del estrés - Prevención de consumo de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización en VIH - Sesiones adaptadas para jóvenes - Sesiones salud sexual y reproductiva - Ofrecer counselling - Identificar casos y hacer referencias usando el formato 100 del Ministerio de Salud - Identificar madres jóvenes y referirlas al control prenatal - Referir los casos de salud mental a HESED - Importancia de la nutrición de madres y niños/as - Importancia de tratar el agua para prevenir enfermedades - Screening del cáncer cervicouterino - Sensibilizar a la comunidad sobre los efectos nocivos de la MGF 	<ul style="list-style-type: none"> - Formación en primeros auxilios - Sesiones de fortalecimiento del equipo - Distribución de preservativos - Construcción de casas seguras - Proveer de compresas y jabón

IOV	LdB	Meta prevista	Meta alcanzada
2.2 N° de unidades de convivencia que incrementan sus oportunidades de acceso a una alimentación adecuada.	Al inicio del proyecto, 5 unidades de convivencia reciben suplementos nutricionales, 0 menores acceden a controles de su estado nutricional y 0 cuidadores/as participan en demostraciones para la interiorización de buenas prácticas nutricionales.	2.600 unidades de convivencia reciben suplementos nutricionales, 600 menores acceden a controles de su estado nutricional y 100 cuidadores/as participan en demostraciones para la interiorización de buenas prácticas nutricionales.	2.600 unidades de convivencia con menores en riesgo de malnutrición (1.478 niñas, 1.019 niños) reciben suplementos nutricionales, 2.096 menores acceden a controles de su estado nutricional y de crecimiento (1.112 niñas, 984 niños), 100 cuidadores/as participan en 10 demostraciones para la interiorización de buenas prácticas nutricionales y 257 cuidadoras/es participan en 9 sesiones sobre educación nutricional en la clínica de gestión integrada de la malnutrición aguda (IMAM) en el centro de salud de Eastliegh.
2.3. Reducido el riesgo de incidencia de enfermedades infecciosas y de origen hídrico mediante el acceso a fuentes de agua seguras y recursos de higiene adaptados a las necesidades de género.	0 unidades de convivencia de Eastliegh North en situación de vulnerabilidad reciben kits de higiene personal y domiciliar, al iniciar el proyecto.	1.800 unidades de convivencia de Eastliegh North en situación de vulnerabilidad reciben kits de higiene personal y domiciliar	1.800 unidades de convivencia (8.017 personas) de Eastliegh North en situación de vulnerabilidad reciben kits de higiene personal y domiciliar que reducen el riesgo de incidencia de enfermedades infecciosas de origen hídrico.

El programa de nutrición se ha fortalecido a través del seguimiento de casos, el aporte con suplementos nutricionales, la realización de sesiones de sensibilización y de demostraciones culinarias. La encuesta realizada muestra que los niños y niñas

participantes mejoraron su peso y la satisfacción con las sesiones y las demostraciones culinarias era muy alta. En el espacio en el que se pudo hablar con las madres en el marco de la evaluación se pudo observar, además de la mejoría de los niños y niñas otros cambios como: (1) la mejora de sus capacidades para preparar alimentos basados en una dieta equilibrada y, (2) su satisfacción con la atención porque los y las profesionales les habían explicado lo que les pasaba a sus hijos/as y cómo era el proceso y eso les había dado mucha tranquilidad.

En relación con la prevención de enfermedades infecto-contagiosas, se distribuyeron kits de higiene con jabón, pastillas potabilizadoras y compresas, que si bien es cierto que todo ha resultado pertinente para el contexto, son las compresas las que se han mencionado y valorado más positivamente en el marco de la intervención. En este sentido, no se ha podido identificar que se realizara alguna sesión o capacitación sobre el tratamiento del agua que complementara la distribución de material.

IOV	LdB	Meta prevista	Meta alcanzada
2.4. N° de niñas que mejoran sus condiciones de salud menstrual y acceden a artículos de higiene adaptados y sostenibles.	Al inicio del proyecto, 0 mujeres y niñas tienen acceso sostenible a artículos de higiene menstrual.	Al menos 100 mujeres y niñas tienen acceso sostenible a artículos de higiene menstrual.	100 mujeres y niñas tienen acceso sostenible a artículos de higiene menstrual mediante talleres de costura para la elaboración de compresas reutilizables.
2.5. N° de jóvenes y adolescentes que identifican factores de riesgo para la salud sexual y reproductiva y cuentan con más herramientas para la prevención de ETS y otras enfermedades infectocontagiosas.	0 jóvenes y adolescentes de los centros educativos de Eastliegh North participan en talleres sobre sexualidad responsable, una vez empieza el proyecto.	375 jóvenes y adolescentes de los centros educativos de Eastliegh North participan en 15 talleres sobre sexualidad responsable.	392 jóvenes y adolescentes (267 niñas) participan en 15 talleres sexualidad responsables (el 95% identifican factores de riesgo y cuentan con más herramientas para prevención de ETS y otras enfermedades infectocontagiosas).

Las actividades de promoción de la SSR y la salud menstrual en las escuelas y fuera de ellas han sido muy bien valoradas. En el caso de las escuelas el profesorado opina que estaban adaptadas a la edad de los niños y niñas y recomiendan realizar acciones de promoción de habilidades sociales y prevención del consumo de drogas. Valoran también de manera muy positiva el seguimiento que ha realizado el Sub-Condado.

En los grupos de discusión con adolescentes resaltaron los siguientes temas abordados en las formaciones y sus aprendizajes:

TEMAS QUE RECUERDAN DE LAS FORMACIONES	APRENDIZAJES	NUEVOS TEMAS DE INTERÉS
<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones saludables y de buen trato/ Relaciones de poder - Métodos de planificación familiar - Violencia basada en género - Derechos humanos - Salud sexual y reproductiva (VIH, ITS) - Control y manejo del estrés - Prevención de consumo de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de métodos de planificación familiar (condones, métodos hormonales, - Abstinencia - Salud sexual y reproductiva (ITS) - Tipos de estrés, factores que lo producen y herramientas para gestionarlo - Relaciones de poder: cómo identificar relaciones que no son saludables - Violencia basada en género: tipos de violencia, causas y consecuencias - Drogas: tipos, efectos y cómo evitarlas 	<ul style="list-style-type: none"> - Masculinidad positiva - Oportunidades laborales - Gestión de presión de grupo - Cómo relacionarse con gente diversa - Resolución de conflictos - Autoestima

En el caso de las chicas estos fueron los temas, aprendizajes y propuestas:

TEMAS QUE RECUERDAN DE LAS FORMACIONES	APRENDIZAJES	NUEVOS TEMAS DE INTERÉS
<ul style="list-style-type: none"> - Violencia basada en género - Nutrición - Salud sexual y reproductiva - Planificación familiar - Relaciones saludables y de buen trato/ Relaciones de poder - Derechos humanos - Salud mental - Emprendimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Tipos y causas de la violencia basada en género - Métodos de planificación familiar - Como identificar relaciones saludables y de buen trato - Derechos humanos: derecho a la educación y a la salud. Libertad de expresión - Nutrición: cómo llevar una dieta balanceada, qué es la anemia - Higiene menstrual - Salud sexual y reproductiva (ITS) - Salud mental: Depresión, ansiedad, estrés - Emprendimiento: oportunidades, retos para encontrar un trabajo, ideas de negocio 	<ul style="list-style-type: none"> - Emprendimiento - Elaboración de jabones - Cursos sobre maquillaje - Elaboración de alfombras/esterillas - Salud mental, apoyo psicosocial - Nutrición

Se destaca además como uno de los resultados del proyecto, así como un indicador de aceptabilidad que tanto los chicos como las chicas ante la pregunta de dónde buscan información sobre SSR responden HESED, Loy (técnica de HESED responsable de la Unidad de SSR para población adolescente), Unidad de salud para población adolescente, teléfono gratuito, centro de SSR, entrenador de futbol y medios de comunicación.

IOV	LdB	Meta prevista	Meta alcanzada
2.6. Autoridades locales (Jefe de Distrito, representantes del Subcondado, de las fuerzas de seguridad y líderes y lideresas comunitarios) reconocen la utilidad del ejercicio de incidencia sociopolítica para la promoción de los DSR y la SSR entre la población refugiada y el compromiso con el DIH y el DIDH.	0 representantes de las autoridades locales, sociedad civil y otros grupos de interés participan en la jornada de advocacy.	Al menos 36 representantes de las autoridades locales, sociedad civil y otros grupos de interés participan en la jornada de advocacy.	37 representantes de las autoridades locales, sociedad civil y otros grupos de interés en las áreas de intervención del proyecto participan en una jornada de advocacy.

Se llevó a cabo una jornada en la que se presentaron los resultados y avances del proyecto a autoridades locales y líderes comunitarios que, como ya se ha mencionado anteriormente resultó muy útil para promover la apropiación del proyecto, así como para sensibilizar, pero esta no tuvo una orientación hacia la incidencia política de autoridades locales para demandar respuestas ante la situación de violencia y sus dificultades en la respuesta a la misma

R3 Las mujeres y niñas supervivientes de VS y VBG refugiadas en Nairobi ven ampliadas sus oportunidades de reinserción comunitaria integral y de restitución de sus DESCAs y DSR vulnerados.

Este resultado se ha desarrollado en 4 actividades y el seguimiento ha contado con 5 indicadores. A continuación, se analiza la evolución de los mismos.

IOV	LdB	Meta prevista	Meta alcanzada
3.1. Incorporado el enfoque integral de atención en el programa de recuperación de las supervivientes de VS y VBG impulsado por el proyecto.	Al iniciar el proyecto, 0 mujeres supervivientes de VS/VBG reciben apoyo individual, grupal / familiar y comunitario para su completa recuperación psicoemocional	Al menos 60 mujeres supervivientes de VS/VBG reciben apoyo individual, grupal / familiar y comunitario para su completa recuperación psicoemocional	62 mujeres supervivientes de VS/VBG reciben apoyo individual, grupal y comunitarios para su completa recuperación psicoemocional.
3.3. Grupos de mujeres de apoyo mutuo y autocuidado articulados en la zona de referencia.	0 grupos de mujeres de apoyo mutuo y autocuidado articulados en la zona de referencia.	6 grupos de apoyo social para mujeres articulados.	6 grupos de apoyo mutuo y autocuidados son articulados por 62 mujeres en la zona de referencia y se realizan 162 sesiones a lo largo del proyecto.

El proyecto ha llevado a cabo la actividad 3.1. Articulación de grupos de terapia y apoyo psicosocial a mujeres supervivientes de VS y VBG y su entorno.

Los datos recogidos de atención a VS/VBG y a SSR por el Centro de Salud de Eastliegh han sido los siguientes:

Mes	2020			2021			2022		
	VS/VBG	Cribado Cáncer Cuello Útero	ITS	VS/VBG	Cribado Cáncer Cuello Útero	ITS	Hombres	Mujeres	Total
Enero	0	8	0	0	4	0			
Febrero	0	33	0	0	9	0			
Marzo	0	10	0	0	7	0			
Abril	0	0	0	1	7	0			
Mayo	0	0	0	0	4	0			
Junio	0	3	0	0	6	0			
Julio	0	5	0	0	3	0			
Agosto				0	2	0	15	7	22
Septiembre				0	4	0	25	13	38
Octubre				0	3	0	35	69	104
Noviembre				0	1	0	11	98	109
Diciembre				0	2	0	15	24	39
	0	59	0	1	52	0	101	211	312

Como puede observarse, el número de mujeres atendidas ha aumentado pero la recogida de información es desigual y presenta varias incidencias: hay varios meses sobre los que no se tiene información. No se desagrega entre VS y VBG y esta se recoge junto a datos de SSR, lo que hace que, en el 2022, si bien se ha desagregado por sexo, no permite ver qué consultas han sido por violencias y cuales por salud sexual y reproductiva.

Entre las mujeres que han acudido al centro de salud por violencias (sexual y de género) se han articulado los grupos de terapia y apoyo psicosocial. Asimismo, las defensoras de género y otras entidades participantes en el clúster de VbG y los puntos focales temáticos de las autoridades locales han identificado a mujeres. A su vez se conformó el equipo de mediación formado por 3 trabajadoras sociales y 1 psicóloga. Finalmente se crearon 6 grupos de terapia con un total de 62 mujeres supervivientes (10-12 mujeres en cada uno), principalmente compuestos por mujeres entre los 20 y los 40 años de edad. Atendiendo a la diversidad de origen de las mujeres que asisten se utiliza la traducción a diferentes lenguas (inglés, swahili, oromo y somalí) que aseguran la comprensión y facilitan la comunicación inclusiva de todas las participantes.

Los grupos han mantenido sesiones regulares (162 encuentros de una hora de duración) abordando temas como el estrés, la depresión, la VbG y la SSR, dirigidas por el equipo del proyecto, entre los meses de septiembre de 2021 a abril de 2022. A partir de entonces se informa de que las mujeres continuaron con los grupos creados de manera autónoma sin ser guiadas por el equipo de mediación. En este sentido, no hay constancia de la continuidad de los grupos ni su evolución posterior, más allá del grupo de 25 que han participado en el circuito integrado (Ayuda psicológica - Asistencia jurídica - Salud - Actividades generadoras de ingresos).

Se han implementado también sesiones de atención psicológica individuales que se han realizado en la nueva Unidad de SSR generada a través del proyecto. Estos datos se recogen en la tabla anterior, en la que se menciona que en 2022 han acudido 312 personas, pero no consta el dato de cuantas de ellas han acudido a qué servicio, si a la atención psicológica o a la consulta de SSR.

En la encuesta realizada en el marco del proyecto a 24 de las 25 mujeres que fueron derivadas al circuito integral, estas señalan los siguientes aspectos respecto a su asistencia al apoyo psicológico:

- *Bienestar general tras las sesiones de asesoramiento.* El 50% afirmó que el asesoramiento contribuyó en gran medida a su bienestar con un excelente. El 21% afirmó que su mejora fue muy buena y el 4% afirmó que fue buena. El 25% que contestó NS/NC incluía a las 7 mujeres identificadas como supervivientes de la VbG del proyecto de compresas reutilizables y que habían accedido al asesoramiento de otras entidades antes de unirse a HESED.
- *Satisfacción general de las participantes sobre la experiencia de asesoramiento.* El 42% opinó que la calidad de las sesiones de asesoramiento fue excelente. El 29% y el 4% opinaron que la calidad de las sesiones era muy buena y buena respectivamente. El 25% de los que respondieron NS/NC como se ha indicado anteriormente no habían accedido al asesoramiento directo de HESD sino de otras agencias asociadas.
- *Disponibilidad de sesiones de asesoramiento.* El 29% considera que la disponibilidad de sesiones de asesoramiento cuando las necesitan es muy buena. El 25% la considera excelente. El 13% y el 8% consideran que la disponibilidad de sesiones cuando las necesitan es regular y buena respectivamente. El grupo ya señalado (25%) respondió con NS/NC.
- *Protección de su intimidad.* El 58% afirmó que la protección de su privacidad era excelente y el 17% afirmó que era muy buena.
- *Escucha activa y empatía.* El 33% opinó que la facilidad para hablar con el asesor era excelente y el mismo porcentaje, 33%, afirmó que era muy buena. Un 8% consideró que solo era correcta.
- *Efectos de las sesiones.* El 54% afirmó que el impacto en su eficacia y bienestar general fue excelente. El 12% y el 8%, respectivamente, afirmaron que era muy bueno y bueno.

La valoración que realizaron las mujeres participantes en los grupos de discusión de la evaluación fue también muy positiva resaltando como principales cambios los siguientes: (1) aumento de la confianza en sí mismas, (2) mejor manejo del estrés al contar con más herramientas para ello (respiración, hablar, cantar, bailar, caminar,...), (3) mejora del conocimiento sobre sus derechos y, (4) sensación de contar ahora con una red de apoyo, mencionando al grupo, pero también a HESED como “su casa o su familia”.

La privacidad y confidencialidad son dos aspectos esenciales cuando se prestan servicios relacionados con la salud, ya sea física, mental o emocional. Además, en un contexto de emergencia o crisis estas se enmarcan también bajo el principio de protección. La confidencialidad y la privacidad son fundamentales para generar confianza, pero sobre todo se vinculan con la dignidad de las personas. En el caso del proyecto, los documentos y expedientes de las mujeres se guardaban en archivadores seguros y cerrados con llave. Además, vistos los resultados de las encuestas, las mujeres asistentes valoran positivamente este aspecto, pero será también necesario que la información que se brinde a terceras personas sea

anonimizada bajo algún tipo de código que preserve su identidad. Además, en este caso la necesidad de traducción hace que suele haber otras personas en los grupos que desarrollen esta actividad necesaria, pero que también deberán acogerse a los principios de confidencialidad y privacidad.

IOV	LdB	Meta prevista	Meta alcanzada
3.2. Articulados protocolos de actuación compartidos para la atención integral de mujeres supervivientes de VS y VbG entre los recursos de salud institucionales y los recursos comunitarios.	Los protocolos de actuación para la atención integral de mujeres supervivientes de VS y VbG entre los recursos de salud institucionales y recursos comunitarios no están compartidos y difundidos de forma adecuada.	Consensuado, validado y difundido un protocolo de actuación compartido entre titulares de obligaciones y responsabilidades implicados en el proyecto.	Consensuado, validado y difundido un protocolo de actuación compartido entre titulares de obligaciones y responsabilidades implicados en el proyecto para la atención integral de MSVS y VbG y su derivación a los recursos especializados.

La normativa existente ha sido difundida y compartida en el marco del clúster de violencias liderado por el ACNUR, del que es parte HESED, que es la siguiente:

- Directrices nacionales sobre la gestión de la violencia sexual en Kenia. Ministerio de Salud, 2014
- Política Nacional de prevención y respuesta a la violencia de género. Ministerio de desconcentración y planificación, 2014
- Procedimientos operativos estándar de respuesta multisectorial a la violencia sexual en Kenia. Grupo de trabajo sobre la aplicación de la ley de delitos sexuales, 2013
- Formularios de denuncia y de evidencias forenses
- En el caso del Condado de Nairobi, también se cuenta con Ley de prevención, respuesta y control de la violencia sexual y de género de 2021.

Además, tanto la normativa como los protocolos se han dado a conocer en las acciones de formación, tanto a profesionales sanitarios como a las defensoras de género y en la jornada en la que se presentaron los resultados y avances del proyecto a autoridades locales y líderes comunitarios (A2.6).

En este sentido, aunque el proyecto ha contribuido en la difusión de la normativa existente, no se ha trabajado en un protocolo de actuación específico y consensuado entre titulares de obligaciones y responsabilidades implicados en el proyecto para la atención integral de violencias y los circuitos concretos de derivación a los recursos especializados. Durante la fase de campo, el equipo evaluador ha podido observar cartelera de difusión sobre la importancia de preservar pruebas forenses y cómo hacerlo, y también trípticos sobre el mapa de organizaciones que trabajan en salud mental y atención psicosocial y de apoyo a personas refugiadas.



Estos son dos ejemplos claros de trabajo conjunto entre entidades orientados a la difusión, pero no se ha observado, ni se ha registrado en las entrevistas ninguno específico relativo a las violencias contra las mujeres y niñas, y las rutas, servicios y espacios disponibles para su acceso y recuperación. Sí se ha podido constatar una amplia preocupación relativa a la disponibilidad de casas seguras, siendo que si bien hay algunas estas son insuficientes para las necesidades detectadas.

De forma operativa, se han generado rutas y se ha trabajado en derivaciones entre las entidades participantes en el clúster y aquellas vinculadas a estas a nivel comunitario, como es el caso del hogar de menores Mama Fatuma que cede camas cuando es necesario alojar mujeres con sus hijos e hijas. Se han realizado informes mensuales de derivación de agosto 2021 a julio 2022 por la asistente social, al equipo de asesoramiento, asistencia legal, las defensoras de género y/o a los servicios médicos involucrados en el proyecto. Tras un análisis de dichos informes mensuales se observan los siguientes motivos vinculados al marco del este resultado:

Motivos de la remisión	Cantidad reportada
Interesada en sastrería	59
Interesada en henna	42
Interesada en el asesoramiento	17
Interesada en hacer jabones	11
Médicos	9
Protección/refugio	3
Violencia física	6
Medios de subsistencia	4
Asesoramiento y medios de subsistencia	2
Educación	2
VBG	1
Niños en riesgo de secuestro	1
Negligencia infantil y violencia doméstica	1
Interés en habilidades informáticas	1
Interés en belleza	1

Se recogen un total de 160 casos con la descripción de los motivos en los informes mensuales. Los casos se recogen con un formulario estandarizado, pero no hay un listado previo de los motivos de la derivación, por lo que para el análisis se ha tratado de uniformar. Puede observarse que una vez que iniciaron las formaciones para las AGI el número de mujeres que acudían con interés en los talleres aumentó considerablemente. Las organizaciones principales que han remitido a las mujeres han sido: HESED, HESHIMA, EHC, OIM Clinic, Biafra, Centro de Salud, MSF, Oficina de la Infancia Kamukunji, REFUSHE, Okoa Maisha, Departamento de Infancia e IRS.

IOV	LdB	Meta prevista	Meta alcanzada
3.4. Las mujeres supervivientes de VS disponen de información oportuna, relevante y fiable sobre el marco legal de protección, asistencia legal y oportunidades de acompañamiento en caso de interposición de denuncia.	El 0% de las mujeres supervivientes de VSyVBG participantes en los grupos de apoyo reciben asesoría legal, referenciación y acompañamiento a recursos especializados para la restitución de sus derechos vulnerados.	El 100% de las mujeres supervivientes de VSyVBG participantes en los grupos de apoyo reciben asesoría legal, referenciación y acompañamiento a recursos especializados para la restitución de sus derechos vulnerados.	El 100% de las mujeres supervivientes de VS/VBG participantes en los grupos de apoyo reciben asesoría legal, referenciación y acompañamiento a recursos especializados para la restitución de sus derechos vulnerados.

Se ha implementado la actividad 3.2. Asesoría legal y acompañamiento jurídico a mujeres supervivientes de violencia sexual y violencia basada en el género, con la colaboración de abogados especialistas del Consorcio de Refugiados de Kenia (RCK), ONG keniana especializada en la protección de los derechos humanos de personas refugiadas, desplazadas y migrantes en África Oriental, que tiene como una de sus principales áreas de trabajo un Programa de Apoyo Jurídico y Psicosocial que incluye la atención de casos de VSyVbG.

Desde la entrada en vigor de la Ley de Protección Contra la Violencia Doméstica (2015), y según datos del Informe de Kenia sobre los avances en la aplicación de la

Plataforma de Acción de Beijing (2019)¹⁵ se han llevado a cabo varios procesamientos y condenas relacionados con la violencia de género contra las mujeres. Por ejemplo, entre 2015 y 2016 hubo 4.299 nuevos enjuiciamientos por violencia sexual y de género y 871 condenas. No se encuentran datos posteriores, ni se puede acceder a información desagregada por tipo de delito, ni tipo de condena, ni por origen de la denunciante.

Por otro lado, en 2022 se publicó el Informe de la encuesta demográfica y de salud del país¹⁶, actualizando datos de 2014. El informe contiene un capítulo sobre VbG, incluyendo también violencia hacia los hombres, y arroja algunos datos, tan difíciles de encontrar en el país. Cabe señalar que la encuesta fue realizada a mujeres (16.926)¹⁷ y hombres (5.683) de 15 a 49 años sobre su experiencia de violencia por parte de cualquier perpetrador, incluidos maridos actuales y anteriores, esposas u otras parejas íntimas. Algunas de sus conclusiones son:

- El 34% de las mujeres de Kenia han sufrido violencia física desde los 15 años, de las cuales el 16% que sufrieron violencia física a menudo o a veces en los 12 meses anteriores a la encuesta.
- Tendencias: El porcentaje de mujeres que experimentaron violencia física en los 12 meses anteriores a la encuesta disminuyó del 20% en 2014 al 16% en 2022.
- La experiencia de violencia entre las mujeres aumenta con la edad; el 20 % de las mujeres de 15 a 19 años han sufrido violencia física desde los 15 años, frente al 42% de las mujeres de 45-49 años.
- El estado civil está relacionado con las experiencias de violencia entre las mujeres. Las mujeres que han estado casadas alguna vez tienen muchas más probabilidades de haber sufrido violencia desde los 15 años que las que nunca han estado casadas (41% frente a 20%).
- En la Ciudad de Nairobi la muestra ha sido de 2.088 mujeres, de las cuales, el 29,7% afirma sufrir violencia física desde los 15 años. El 3,6% la ha sufrido a menudo en los últimos 12 meses, el 9,9% relata que a veces y el 13,5% no señalan la frecuencia en el último año.
- El perpetrador de violencia física más comúnmente reportado entre las mujeres que alguna vez han estado casadas o que alguna vez tuvieron una pareja íntima fue su actual marido o pareja íntima (54%), seguido por un ex marido/compañero íntimo (34%).
- Los profesores (33%) y las madres/madrastras (25%) fueron los perpetradores más comunes de violencia física contra las mujeres que nunca han estado casadas o nunca han tenido una pareja íntima.
- El 13% de las mujeres declararon haber sufrido violencia sexual en algún momento de su vida, y el 7% declaró haber sufrido violencia sexual en los últimos 12 meses

¹⁵ Kenya's Report. Progress on implementation of the Beijing Platform for Action – Review and Appraisal. 2019, pág.16 <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/64/National-reviews/Kenya.pdf>

¹⁶ Kenya Demographic and Health Survey 2022 - Key Indicators Report. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR143/PR143.pdf>

¹⁷ Mujeres censadas en Kenia en 202: 26.726.429, según el Banco Mundial y 2.200.000 en Nairobi

- El porcentaje de mujeres que han sufrido violencia sexual aumenta con la edad, del 7% entre las de 15 a 19 años al 18% entre las de 40 a 49 años.
- El 3% de las mujeres que nunca han estado casadas y nunca han tenido una pareja íntima denuncian violencia sexual, en comparación con el 12% de las mujeres que nunca han estado casadas, pero han tenido una pareja íntima, el 13% de las mujeres actualmente casadas y el 27% de las mujeres anteriormente casadas.
- En la Ciudad de Nairobi el 12,2% ha sufrido violencia sexual y el 5,8% en el último año.
- Los agresores de violencia sexual más frecuentes entre las mujeres que han estado casadas o han tenido pareja o han tenido una pareja íntima fueron sus maridos o parejas íntimas (71%) y sus ex maridos o parejas íntimas (19%).

Destacar que la información se refiere a mujeres residentes en Kenia y no se han conseguido datos al respecto de mujeres refugiadas, sobre las que se estima que los porcentajes son más elevados al añadir que la VSyVGB son delitos perpetrados frecuentemente por grupos armados y a mujeres en tránsito migratorio.

En el marco del proyecto se llevaron a cabo un total de 4 sesiones entre los meses de noviembre de 2021 a marzo de 2022 sobre los derechos y responsabilidades de las personas refugiadas, la violencia sexual y basada en género y las vías legales. Participaron un total de 69 mujeres y 18 de ellas comenzaron la vía legal junto al Refugee Consortium of Kenya (RCK) para el seguimiento de sus casos y apoyo a la interposición de denuncias. Durante estos procesos se destacaron dificultades en el acceso de las mujeres a la justicia debido principalmente a:

- problemas con la documentación de las personas refugiadas y la complejidad o desconocimiento en el proceso de su renovación,
- la dificultad de identificación de los distintos tipos de violencia,
- casos en los cuales las mujeres sufrieron violencia en su país de origen que no pudieron denunciar en su momento dificultando el proceso para obtener pruebas o más información para el enjuiciamiento de los agresores.

El informe de las sesiones concluye lo siguiente:

- La profunda necesidad de mantener conversaciones sobre documentos reconocidos para los refugiados con las fuerzas del orden para reducir el brutal acoso policial entre la comunidad refugiada.
- Todos los casos de violencia de género son graves y deben denunciarse siempre. Todos son punibles por ley.
- Es difícil determinar la magnitud de la violencia de género. Sin embargo, se reconoce ampliamente que los casos denunciados sólo representan una parte del panorama general. Incluso en situaciones normales, la violencia sexual no se denuncia por miedo, vergüenza, impotencia, falta de apoyo o falta de fiabilidad de los servicios públicos. Por lo tanto, se animó a las participantes a hablar siempre en caso de violencia.
- Es necesario cuestionar y redefinir la cultura, ya que ello contribuirá a hacer justicia tanto a las víctimas como a los autores.

En el seguimiento de los casos, RCK se ha comprometido a su continuidad aun después del cierre del proyecto como parte de su compromiso como entidad. Asimismo, señalan los desequilibrios de poder entre las supervivientes y los agresores, lo que afecta a los procedimientos y, por tanto, enfatizan lo necesario de proporcionar otras intervenciones de protección social a las mujeres cuyos casos están en proceso judicial.

Del grupo de mujeres del circuito integral, 12 de ellas recibieron algún tipo de asistencia legal proporcionada por RCK. Esta asistencia se ofreció en relación con: asuntos jurídicos, formas de presentar los casos, acompañamiento a los tribunales y representación. De las asistentes 10 de ellas mencionan que habían recibido información útil y una de ellas recibió apoyo para presentar un caso. Después de las sesiones, 5 de ellas afirmaron haber denunciado alguna violación de sus derechos. Siguiendo estos 5 casos, 1 ha concluido legalmente, mientras que las otras 4 siguen esperando los resultados de sus denuncias. Sobre el caso concluido no hay más información sobre qué trataba ni cual fue la sentencia del mismo. En lo que respecta a las sesiones de asistencia jurídica, 7 afirmaron que la ayuda que recibieron fue excelente, 2 consideraron que la ayuda recibida fue muy buena, 1 que fue buena y otras 2 que fue regular. Respecto a la comprensión de la información recibida en las sesiones 8 afirmaron que fue excelente, 2 dijeron que su comprensión era muy buena y 1 que fue buena, y otra la valoró como regular. En cuanto a la satisfacción con la asistencia legal proporcionada, 7 afirmaron que la ayuda que recibieron fue excelente, 2 consideraron que la ayuda recibida fue muy buena, 2 que fue buena y 1 que fue regular.

IOV	LdB	Meta prevista	Meta alcanzada
3.5. N° de mujeres supervivientes de VSyVBC que acceden al programa de promoción de la autonomía personal y generación de medios de vida sostenibles.	0 mujeres supervivientes de VSyVBC que acceden al programa de promoción de la autonomía personal y generación de medios de vida sostenibles	Al menos 25 mujeres ven ampliadas sus oportunidades de supervivencia y reciben capacitación y apoyo para la puesta en marcha de AGI.	25 mujeres supervivientes de VS/VBC participantes del circuito de restitución de derechos ven ampliadas sus oportunidades de supervivencia recibiendo capacitación en AGI y accediendo a kits de emprendimiento y safety nets para el apoyo en la puesta en marcha de sus negocios y la generación de medios de vida sostenibles

Se realizó la actividad 3.3. Capacitación a mujeres refugiadas supervivientes de VS en actividades generadoras de ingresos y medios de vida, con la colaboración con RefugePoint, ONG local especializada en promoción de la autonomía de la población refugiada.

En enero de 2022 se realizó la identificación de entre aquellas mujeres que acudían a los grupos de terapia. Se realizaron visitas a los hogares de las mujeres por parte de la profesional especializada en medios de vida y AGI, y las trabajadoras sociales del proyecto. Se utilizó el Índice de Autosuficiencia (SRI, por las siglas en inglés de

Self Reliance Index¹⁸) para evaluar y medir las capacidades socioeconómicas de las mujeres refugiadas y su unidad de convivencia, además de su grado de interés en la adquisición de nuevas habilidades y capacidades para la realización de AGI.

SELF-RELIANCE INDEX CONCEPTUAL FRAMEWORK



Tras la identificación, las 25 mujeres se formaron durante los siguientes meses con el objetivo de promover su autosuficiencia y autonomía mediante una formación en AGI. La capacitación de RefugePoint fue dirigida al personal del proyecto y participaron en alguna de las formaciones a las mujeres sobre alfabetización financiera, habilidades en sastrería, henna, fabricación de jabón y guía sobre pequeñas empresas.

Las 25 mujeres recibieron una formación de 5 días sobre habilidades empresariales en 2 grupos en febrero de 2022. Se impartieron 22 sesiones para ambos grupos sobre diferentes temas: atención al cliente, fijación de precios, marketing, gestión financiera, ahorro y mantenimiento de registros. Después de la formación, las mujeres desarrollaron sus negocios y recibieron los kits empresariales en mayo de 2022. Durante los meses de mayo a julio se realizó el seguimiento de tres tipos de negocios. Las mujeres destacan entre sus aprendizajes la capacidad de ahorro, de llevar la contabilidad y de tener algunas ideas para el marketing de sus negocios para atraer y mantener clientes. Entre las recomendaciones que realizan está el aprendizaje de idiomas.

En el último reporte de seguimiento, junio 2022, 12 mujeres mantenían sus negocios de henna, 4 la elaboración y venta de jabones, y 9 de confección.

Se recogen las siguientes problemáticas y desafíos compartidos en los negocios iniciados:

- las ventas en los tres negocios (henna, confección y jabones) son bajas y el mercado está saturado de este tipo de iniciativas, y muchas de ellas las simultanean con la venta de otros productos, principalmente de alimentos.

¹⁸ <https://www.refugeeselfreliance.org/self-reliance-index>

- problemas de protección
- los clientes no pagan sus deudas
- acoso por parte del ayuntamiento que se quedan con los beneficios obtenidos, multan y confiscan la mercancía
- quejas de los clientes por los elevados precios, que además retrasan los pagos y piden créditos
- dificultades técnicas por la rotura de máquinas de coser, dificultades para completar los trabajos de costura, falta de espacio para colocar las máquinas.
- falta de visibilidad del negocio al trabajar desde casa

Por otro lado, algunas pertenecen a asociaciones de ahorro y préstamos (VSLA; Village Savings and Loans Associations) o a grupos de apoyo, para los que hacen ingresos diarios.

En cuanto a la encuesta final realizada al grupo de mujeres, en relación con las AGI:

- *Parte de la formación aplicada al negocio.* De las 24 encuestadas, sólo el 4% aplicaba los conocimientos adquiridos sobre producto y marketing, un 0% sobre precios y el 87,5% declaró que aplicaba los ahorros.
- *Ahorro de ingresos.* El 91% afirma haber ahorrado en la medida de lo posible, mientras que el 9% no ha ahorrado nada. Si se pregunta a las 2 que no han ahorrado, la respuesta se debe a la falta de ingresos para ahorrar. De quienes habían empezado a ahorrar el 42% declaró haber ahorrado entre 100 y 500 chelines (0,75 euros – 3,71 euros), el 9% entre 500 y 1.000 chelines (3,71 euros – 7,42 euros) y la mayoría, el 47%, más de 1.000 chelines (7,42 euros¹⁹)
- *Dónde ahorran.* El 63% optó por tener un banco propio para ahorrar sus ingresos, el 31% optó por utilizar opciones de dinero móvil, concretamente MPESA, y una participante optó por unirse a un grupo de ahorro. En el seguimiento a las mujeres de junio 2022 la participación en los grupos de ahorro era mayor (9 mujeres; 36%)
- *Valoración de la formación.* El 83% calificó la formación de excelente, el 8% de muy buena y el 4% de buena y regular.
- *Alcance de sus objetivos durante la formación.* El 58% afirmó que fue excelente, el 25% afirmó que fue muy buena, el 12% afirmó que fue buena y el 4% afirmó que fue regular.
- *Utilidad de la formación.* El 75% afirmó que la utilidad de la formación era excelente, el 16% afirmó que su utilidad era muy buena y el 4% dijo que era buena y regular.

Por último y como parte del circuito integral planteado se desarrolló la actividad .3.4. Articulación de redes de seguridad “safety nets” para mujeres supervivientes de violencia sexual y/o violencia basada en el género.

De enero a junio de 2022 las 25 mujeres integrantes del circuito participaron en la articulación de redes de seguridad a través de cash transfer (transferencias en efectivo no condicionadas) por un monto de 8.312,15 chelines kenianos, que al

¹⁹ Cambio del 12 de febrero de 2023. <https://www.oanda.com/currency-converter/es/?from=KES&to=EUR>

cambio son unos 62 euros al mes. Este gasto se ha cubierto con fondos propios de Farmamundi, para aumentar sus ingresos y ayudar a mitigar o abordar los problemas surgidos de la evaluación del índice de autosuficiencia, durante los meses del comienzo de sus negocios. Este aspecto ha sido novedoso en las intervenciones llevadas a cabo por ambas organizaciones, y ha sido planteado como un pilotaje.

Según el sistema de registro de HESED, durante las revisiones mensuales de la gestión de casos realizadas durante los tres primeros meses, los 25 hogares destinaron el dinero a la compra de alimentos, libros de texto y uniformes para los niños y niñas, la liquidación y pago del alquiler de la casa, pagar las clases de madrasa y las tasas escolares. A partir de mayo, algunos de los hogares reservaron algunos ahorros. Las tres familias que fueron acogidas pudieron mudarse a sus propias casas. Un hogar compró un teléfono inteligente para que los niños estudiaran, ya que el nuevo sistema educativo de la CBC requería mucha investigación, y otro un colchón para los niños que dormían en una estera en el suelo. Una mujer compró un armario para poder ordenar sus pertenencias y guardar bajo llave sus documentos. Una mujer reabasteció su negocio y otras dos abrieron nuevos negocios de compraventa de ropa para complementar sus ingresos. Una que vendía cacahuetes compró una mesa de exposición y otra una cocina de gas. Al final del proyecto, todos los hogares, salvo dos, habían pagado el alquiler y las tasas escolares atrasadas, lo que supuso un gran alivio para las mujeres. Los hogares sin cobertura de la NHIF (National Hospital Insurance Fund, agencia nacional de seguros) recibieron ayuda para registrarse y acceder a atención médica de calidad.

Existe aún relativo poco análisis y estudios sobre el abordaje de la VbG y los programas de asistencia en efectivo. Se encuentra algo más de literatura sobre cómo no generar riesgos de un aumento de la VbG a partir de este tipo de iniciativas, pero también es escaso aún. Sin embargo, se encuentran algunos consensos que pueden arrojar luz para el análisis y el debate:

- Los programas de asistencia en efectivo por sí solos no pueden superar las normas y los sistemas basados en el género —como la imposibilidad de heredar o poseer propiedades, o la percepción comunitaria de la violencia y la planificación familiar o abordar la escasez de servicios de apoyo existentes²⁰
- La evidencia basada en el uso de los programas de transferencia monetarias en la programación de protección sugiere que la asistencia en efectivo tiene posibilidades de lograr resultados de protección, aunque a corto plazo, limitados al período de asistencia. Es poco probable que la asistencia en efectivo por sí sola logre resultados significativos de protección a largo plazo si no está integrada en los sistemas de gestión de casos y de referencias y no va acompañada de servicios complementarios y programación intersectorial. El desafío consiste en garantizar que se dispone de recursos suficientes, incluidos

²⁰ Programa de asistencia humanitaria en efectivo y resultados en materia de violencia de género: evidencias y prioridades de investigación futuras. Allyson Cross, Ekaterina Shaleva, Ana Sánchez Canales y Rashad Nimr. Comisión de Mujeres Refugiadas (CMR) y el International Rescue Committee (IRC). 2018 <https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2018/02/Humanitarian-Cash-Transfer-Programming-GBV-Outcomes-WRC-IRC-11-Spanish.pdf>

- plazos de financiación más largos, capacidad del personal y disponibilidad de servicios de calidad para permitir una programación integral de la protección²¹.
- Evitar seleccionar únicamente a personas sobrevivientes de VbG (a menos que sean parte de servicios confidenciales y seguros de gestión de casos) para recibir AEC, ya que esto puede exponerlas a mayores riesgos; asegúrese de que las personas sobrevivientes de VbG estén incluidas en criterios de selección más amplios (por ejemplo, geográficos, demográficos, relacionados con la vulnerabilidad)²²
 - Aunque la evidencia y directrices respecto a la AEC aún está surgiendo, el análisis de riesgos es un paso claro y necesario hacia su utilización. Puesto que la AEC tiene el potencial de generar riesgos e incrementar los ya existentes, es importante evaluar los potenciales riesgos, beneficios y estrategias de mitigación, al igual que la factibilidad de diversos enfoques de asistencia con base en el contexto. La información acerca de cómo utilizar mejor los recursos distribuidos debe acompañar a la AEC²³

Por último, cabe mencionar que los datos obtenidos en la encuesta referenciada en este análisis se corresponden con la percepción de satisfacción recogida en el grupo de discusión realizado con las mujeres supervivientes, durante el proceso de evaluación, que relataron la importancia de todo el circuito en la mejora de sus condiciones.

4.5. RESULTADOS – Conectividad²⁴

NHE Criterio 7. Los actores humanitarios están en un proceso de aprendizaje y mejora constante.

El proyecto se ha enmarcado en la normativa local para la ejecución de las actividades, bien en relación a estrategias y políticas sectoriales, bien para el abastecimiento de compras e insumos. Por otro lado, la relación con los distintos actores de la socia local, como se ha analizado en el criterio de eficiencia/coordinación, es uno de los grandes factores que contribuye a la conectividad de la intervención.

Han sido varias y diversas las formaciones impartidas durante la intervención para el fortalecimiento de capacidades. Estas se han desarrollado con una multiplicidad de actores: personal sanitario, grupos de jóvenes hombres y mujeres, mujeres supervivientes de VBG, familias del programa de nutrición, etc. En todos los casos el

²¹ Programación de transferencias monetarias que funcionan para mujeres. 6 lecciones del terreno. Un informe de estudio en países múltiples. Care, 2019

<https://careevaluations.org/wp-content/uploads/PTM-que-funciona-para-mujeres-1.pdf>

²² Asistencia en efectivo y cupones (AEC): Su papel como coordinador/a de VBG. UNFPA, 2021

<https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2021/08/Cash-and-voucher-assistance-CVA-Your-Role-as-a-GBV-Coordinator-ES.pdf>

²³ Estándares Mínimos Interagenciales para la Programación sobre Violencia de Género en Emergencias. UNFPA, 2019. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Estandares_Minimos_ESPANOL.pdf

²⁴ El criterio de conectividad, particular de las evaluaciones de AH, analiza el grado en el que 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. [Guía de evaluación de la Acción Humanitaria. ALNAP, 2016](#)

nivel de satisfacción es elevado y la práctica de los pretest-postest en los talleres es una clara fuente de verificación de los conocimientos adquiridos.

A nivel de autoridades locales, es evidente el compromiso con la intervención que se concretó con la cesión del terreno en la que fue edificada la nueva unidad de salud sexual y reproductiva, y con el mantenimiento de los salarios del personal, tras la finalización del proyecto, como ya se ha mencionado. Su interés y motivación con la continuidad de proyectos fue patente y ha sido un actor altamente involucrado en el proceso de evaluación. Sin embargo, su rol es ambiguo ya que al estar tan implicados en el proyecto en ocasiones parece que olvidan su rol como titulares de obligaciones. Así, el trabajo de incidencia con autoridades se diluye más en sensibilización, que en acciones que pongan sobre la mesa la necesidad de que el gobierno, en todos sus niveles, asuma sus obligaciones y vele por el cumplimiento de los derechos de la población en general, y de las mujeres refugiadas en particular. En este sentido, en conversaciones con Farmamundi se identifica una visión de proceso en la incidencia política más basada en el trabajo conjunto, por ser un tema complicado y que viéndolo con perspectiva está generando cambios en el contexto.

El proceso evaluativo ha sido un espacio de fortalecimiento de capacidades y aprendizajes para la socia local. En este sentido, el equipo del proyecto acompañó a las evaluadoras a todas las reuniones mantenidas, tanto con autoridades como con organizaciones y población, asumiendo principalmente un rol de escucha. Si bien este acompañamiento no suele ser el habitual en un proceso externo, se entendió durante el desarrollo del mismo, que los espacios eran una oportunidad para la organización; para visibilizar su trabajo y escuchar lo que el resto de colectivos con los que trabaja refiere sobre el contexto, sus necesidades y el trabajo realizado.

Las acciones realizadas han incorporado la perspectiva de género y edad, el enfoque de derechos y la interculturalidad como valor central. Se han realizado acciones con distintos colectivos etarios y en el caso de los grupos de hombres y mujeres jóvenes, pero, sobre todo, en el grupo mujeres supervivientes es clara la convivencia entre ellas desde distintos orígenes, religiones y lenguas. La traducción necesaria entre oromo, somalí, swahili e inglés es fluida y se percibe como algo natural que les ayuda a entenderse y compartir.

4.6. RESULTADOS – Impacto

NHE Criterio 3. La respuesta humanitaria fortalece las capacidades locales y evita causar efectos negativos

El proyecto tenía como objetivo específico garantizar la atención de las necesidades específicas de género y edad entre la población refugiada y más vulnerabilizada de los asentamientos informales de Eastliegh North, Nairobi, bajo un enfoque de protección a la salud y restitución integral de derechos.

Aunque resulta muy complicado valorar el impacto en un proyecto de 18 meses, se han podido identificar algunos aspectos que han contribuido a lo que pretendía el objetivo general, garantizar el derecho a la salud y una vida libre de violencia.

En relación con el acceso, disponibilidad y aceptabilidad, tres de las dimensiones del derecho a la salud ya analizadas en el apartado de resultados, es importante mencionar los siguientes cambios:

- La disponibilidad de un servicio adaptado y amigable con las necesidades en SSR de la población adolescente, único en el Sub-condado y muy bien valorado por la población.
- El aumento en la cobertura en las consultas de CPN unido con la mejora de la calidad de los servicios.
- La disponibilidad de servicios de atención a la violencia que aborden la salud física y emocional ofreciendo tanto atención individual como grupal.

En relación con la sensibilización de la población, se valora el impacto en las escuelas al haber podido introducir actividades de SSR en las escuelas a pesar de la política de no educación sexual en las escuelas.

En relación con la coordinación de las organizaciones, en la LdB se observaron debilidades en la coordinación entre entidades y, durante el proceso de evaluación se ha podido identificar cómo desde las organizaciones existe un trabajo coordinado en el que está identificado los servicios que cada una de ellas ofrece y realizando derivaciones unas a otras.

4.7. RESULTADOS – Impacto

NHE Criterio 3. La respuesta humanitaria fortalece las capacidades locales y evita causar efectos negativos

El proyecto tenía como objetivo específico garantizar la atención de las necesidades específicas de género y edad entre la población refugiada y más vulnerabilizada de los asentamientos informales de Eastliegh North, Nairobi, bajo un enfoque de protección a la salud y restitución integral de derechos.

Aunque resulta muy complicado valorar el impacto en un proyecto de 18 meses, se han podido identificar algunos aspectos que han contribuido a lo que pretendía el objetivo general, garantizar el derecho a la salud y una vida libre de violencia.

En relación con el acceso, disponibilidad y aceptabilidad, tres de las dimensiones del derecho a la salud ya analizadas en el apartado de resultados, es importante mencionar los siguientes cambios:

- La disponibilidad de un servicio adaptado y amigable con las necesidades en SSR de la población adolescente, único en el Sub-condado y muy bien valorado por la población.
- El aumento en la cobertura en las consultas de CPN unido con la mejora de la calidad de los servicios.

- La disponibilidad de servicios de atención a la violencia que aborden la salud física y emocional ofreciendo tanto atención individual como grupal.

En relación con la sensibilización de la población, se valora el impacto en las escuelas al haber podido introducir actividades de SSR en las escuelas a pesar de la política de no educación sexual en las escuelas.

En relación con la coordinación de las organizaciones, en la LdB se observaron debilidades en la coordinación entre entidades y, durante el proceso de evaluación se ha podido identificar cómo desde las organizaciones existe un trabajo coordinado en el que está identificado los servicios que cada una de ellas ofrece y realizando derivaciones unas a otras.

CONCLUSIONES DE RESULTADOS

- La disponibilidad, acceso y calidad de los servicios se han mejorado con la puesta en marcha de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, la atención a las mujeres supervivientes de violencia y la consulta específica para población adolescente, servicios que son muy bien valorados por la población. En el caso de esta última, al ser la única en el Sub-condado puede convertirse en una referencia para el sistema nacional de salud, de la que extraer lecciones aprendidas y recomendaciones para otras unidades en el territorio
- La incorporación de la perspectiva de género en la práctica clínica se ha visto reforzada con la capacitación del personal de salud y con la puesta en marcha de prácticas que garantizan la intimidad y privacidad en la atención. Asimismo, el proyecto ha incorporado el enfoque de derechos, diversidad y participación en sus acciones.
- La aceptabilidad de los servicios de salud, así como la información en salud sexual y reproductiva ha aumentado considerablemente en la población joven siendo su principal fuente de información la unidad de SSR.
- La mejora de las capacidades comunitarias ha permitido la realización de diálogos comunitarios y otras acciones de promoción de la salud que han visibilizado la VbG a nivel comunitario y la SSR así como han contribuido a promover la participación comunitaria y mejorar la identificación y derivación de casos a nivel comunitario.
- El fortalecimiento del programa de nutrición ha contribuido a lograr mejores resultados en salud, la mejora de las capacidades en la preparación de alimentos para lograr tener una dieta balanceada y la alta satisfacción de las personas cuidadoras, en su mayoría madres, por los resultados y por la información recibida por parte del personal.
- Las acciones en las escuelas y con la población joven han supuesto una evidente mejora en sus conocimientos con respecto a su SSR y relaciones de buentrato y la Unidad de SSR para población joven es la referencia para informarse sobre estos temas que tiene la mayor parte de la población joven que ha participado en la evaluación.
- El abordaje del circuito integral de los 4 sectores (apoyo psicosocial, asistencia jurídica, atención sanitaria y generación de ingresos) ha ofrecido un enfoque centrado en la supervivencia, pero también ha estado orientado a una mejora de

las condiciones de vida y las necesidades prácticas e intereses estratégicos de las mujeres. Sin embargo, aunque el proyecto sí ha ampliado las oportunidades, todavía existen debilidades en el acceso a la justicia, en la disponibilidad de “casas seguras” y en poder asegurar una generación de ingresos sostenidos que permita a las mujeres una mayor autonomía económica y, con ello lograr una restitución de derechos.

- En relación con este último ámbito, las AGI, se han orientado hacia actividades económicas que generan pocos ingresos y se ubican en un mercado saturado. Además, varias de las mujeres contaban con negocios en los ámbitos de alimentación y ropa, pudiéndose haber reforzado estas actividades ya iniciadas. En este sentido es importante mencionar que, si bien las actividades fueron identificadas por las propias mujeres, pensar en otro tipo de actividades requiere un proceso de trabajo más largo. Asimismo, también sería interesante abordar el cuidado de menores y poder plantear algunas estrategias más colectivas, tanto para los cuidados como para el inicio de las actividades económicas.
- Si bien no se ha generado un protocolo específico que se haya difundido, existen y funcionan los mecanismos de derivación y el trabajo de HESED es ampliamente valorado por el resto de las entidades que forman parte del mismo.
- Es evidente el funcionamiento del enfoque integral en el trabajo con el colectivo de mujeres supervivientes y estas valoran el apoyo recibido y reconocen el funcionamiento del circuito y la generación de “las redes de seguridad”.
- El apoyo de las transferencias en efectivo es notable y ha permitido aliviar las cargas de las mujeres durante unos meses, pero es poco sostenible siendo además que las AGI no han permitido suplir dicha ayuda tras los meses de inicio de los negocios.
- Los sistemas de registro y el seguimiento de casos deben sistematizarse y desagregarse en función de las necesidades de información para la toma de decisiones operativas. Además, es necesario mantener el anonimato y la confidencialidad en su manejo para cumplir con los estándares de protección. .
- Se trabaja estrechamente con distintas organizaciones comunitarias, internacionales y con autoridades locales. Respecto a estas últimas se han realizado acciones de sensibilización y difusión de las acciones, pero existe todavía la necesidad de definir acciones de incidencia política orientadas a que las autoridades asuman sus obligaciones y vele por el cumplimiento de los derechos de la población en general.
- Las acciones de información y sociabilización del proyecto han contribuido a promover la apropiación, pero presentan áreas de mejora en la promoción de la incidencia política con autoridades locales.
- Los procesos formativos a diferentes niveles, así como el propio proceso de evaluación ha sido un espacio de fortalecimiento de capacidades y aprendizajes para la socia local y las organizaciones comunitarias.
- El proyecto se ha enmarcado y ha fortalecido las políticas locales y se ha enmarcado en la normativa local para la ejecución de las actividades.
- El proyecto ha mejorado el acceso y disponibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y la aceptabilidad de la población adolescente y de las mujeres.

5. RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN

En relación con el proyecto:

19. **Reforzar registros.** Los sistemas de seguimiento de casos deben sistematizarse y desagregarse en función de las necesidades de información para la toma de decisiones operativas y mantener el anonimato y la confidencialidad en su manejo para cumplir con los estándares de protección. Se recomienda incorporar códigos en el sistema de información de las actividades que se realizan con las mujeres supervivientes de violencia de género y sexual y registrar, en el centro de SSR y, más concretamente en la Unidad de atención variables como el tipo de violencia, origen de la mujer, atención antes o después de las 72 horas...y todas las atenciones que recibe, PEP, counselling, acompañamientos, AGI, etc. Este registro permitirá visibilizar el enfoque integrado de atención, contar con datos y estadísticas fiables sobre mujeres en general, y refugiadas en particular contribuirán a sustentar y monitorear las acciones implementadas. Una vez definido el registro se recomienda diseñar espacios y/o aprovechar los existentes para revisar la información, analizarla e identificar aprendizajes. Dada la experiencia acumulada y el interés manifestado por la recogida de información se recomienda incorporar en estos espacios tanto personal de salud como organizaciones y líderes comunitarios como el Comité Comunitario de Salud (CHC).
20. **Análisis y toma de decisiones.** El proyecto ha generado mucha información tanto cualitativa, como cuantitativa. Con el fin de aprovechar toda esta información, será necesario establecer espacios de análisis, más allá de los de seguimiento de ejecución, para poder promover el aprendizaje y la mejora.
21. **Mapeo y protocolo.** Realizar un mapeo de servicios específicos para atender a supervivientes de VS/VBG en el marco el clúster (casas seguras, apoyo psicosocial, apoyo legal, atención médica, formación), para su difusión y, a partir del cual elaborar un protocolo propio en Eastliegh.
22. **Explorar AGI no tradicionales.** Es parte de la socialización de género orientarse hacia actividades económicas tradicionales de las mujeres (belleza, limpieza, cuidados, alimentación, etc.), pero generalmente estas actividades suelen estar saturadas en los mercados y los ingresos que generan suelen ser bajo. Hay experiencias exitosas internacionales de entidades que tratan de romper con estas barreras, como por ejemplo la “red de medios de vida no tradicionales” en India <https://ntlnetwork.in/about-us/> Se recomienda realizar la exploración y promover un proceso paralelo de empoderamiento de las mujeres para que ellas mismas puedan pensar en otro tipo de actividades.
23. **Realizar seguimiento a los grupos de terapia que finalizan.** Se recomienda realizar una reunión trimestral con los grupos de terapia que han finalizado las

sesiones con el fin de ver la evolución y las necesidades y programa alguna sesión de seguimiento respondiendo a estas.

24. **Realizar incidencia, más allá de la sensibilización.** Es clara la necesidad de trabajar más acciones de incidencia con los titulares de obligaciones, con el fin de diseñar estrategias y planes realistas y efectivos que vayan cerrando las brechas existentes principalmente respecto al acceso a alojamiento, a la justicia, a actividades generadoras de ingresos, etc. para poder avanzar en la restitución de los derechos vulnerados.

En relación con proyectos y procesos futuros:

25. **Tratar de focalizar.** A pesar de que el contexto es muy complejo y las necesidades son muchas, sería interesante establecer un diálogo para focalizar las acciones y no diluir los impactos. Como ya se ha mencionado en el análisis del diseño, el proyecto incluye fortalecimiento de servicios de salud, comunitario y económico, pero incorporando a muchos actores y acciones en diferentes temas (SSR, nutrición, mejora del agua, mejora de capacidades, promoción de la salud a nivel comunitario, trabajo con escuelas...), por poner un ejemplo, el RE3 del proyecto sería una intervención en sí misma de larga duración. Si bien es cierto que todas las acciones son pertinentes, focalizar en alguna o algunas de ellas dado el alcance temporal limitado de los proyectos permitiría también analizar y poder sistematizar los procesos iniciados con un mayor alcance temporal.
26. **Explorar la red y/o las opciones de casas seguras.** La falta de disponibilidad de casas seguras para mujeres supervivientes de VbG y VS se ha identificado como una gran debilidad en el proceso de evaluación, Se propone realizar un diagnóstico en profundidad sobre las opciones de casas seguras y las plazas disponibles con el fin de valorar las posibilidades de conveniar con ellas y/o la necesidad de construcción de un albergue o un espacio habitacional seguro para las mujeres.
27. **Identificación de la VbG y VS en todos los servicios de SSR.** Se recomienda diseñar unas preguntas para transversalizarlas en todos los protocolos de atención de los servicios de SSR con el fin de identificar posibles casos de VbG y/o VS en las consultas de nutrición, control prenatal, planificación familiar u otras a las que acudan las mujeres y se consideren interesantes.
28. **Mejorar las capacidades del personal sanitario en la elaboración de informes forenses.** Se recomienda formar al personal sanitario para mejorar los informes que realizan de los casos de VbG y VS con el fin de que sean útiles para los procesos de denuncia y los juicios. Se recomienda valorar la incorporación de un formato de informe o de una aplicación, se incluye información sobre la evaluación de una aplicación.

<https://www.elrha.org/researchdatabase/evaluating-the-effectiveness-of-a-mobile-application-to-improve-the-quality-collection-and-usability-of-forensic-documentation-of-sexual-violence/>

29. **Mejorar y fortalecer el flujo de información y derivación entre los y las voluntarios/as comunitarios de salud, el CHC y los centros de salud.** Se recomienda revisar los protocolos de derivación, formar a los voluntarios y voluntarias y definir el flujo de referencia y contrarreferencia de los centros de salud a los CHC.
30. **Promover habilidades sociales con población joven.** Se recomienda aprovechar el trabajo realizado y la relación creada entre la población adolescente y el equipo de HESED y de la Unidad de atención a población adolescente para reforzando las habilidades sociales, el autocuidado, la corresponsabilidad en los cuidados y en la SSR. En estas sesiones se podrá también abordar la prevención del abuso de sustancias, que es un tema que se ha identificado como una necesidad durante el proceso de evaluación.
31. **Incluir en las acciones comunitarias a otros agentes comunitarios como los líderes religiosos y el profesorado.** Se recomienda seguir promoviendo la participación comunitaria incorporando en las acciones de promoción de la salud a los líderes religiosos, que ya forman parte del CHC, y al profesorado, por ser figuras de referencia para diferentes colectivos de la comunidad. En el caso concreto del profesorado la demanda es poder contar con más habilidades de counselling para acompañar al alumnado.
32. **Incorporar sesiones de supervisión y cuidado del personal de HESED y personal sanitario.** Las situaciones con las que trabajan todos los días el personal de salud es muy complicada y más en el acompañamiento de casos de VbG y VS, por ello, se recomienda generar espacios de supervisión y cuidado en la que ellos y ellas puedan expresar sus necesidades, preocupaciones y soltar parte de la carga emocional que acumulan con los procesos de acompañamiento.
33. **Sistematizar el proceso y experiencia de la Clínica para adolescentes como modelo de atención con enfoque de género y edad.** La clínica de salud dirigida a población adolescente es la primera de este tipo en Nairobi y, teniendo en cuenta que la valoración que realiza la población usuaria es muy positiva, se recomienda sistematizar el proceso de puesta en marcha y de atención con el fin de presentar el modelo ante el Condado de Nairobi.
34. **Implementar la distribución de *maternity kits* para incentivar la participación en las consultas de control prenatal.** Se recomienda identificar el contenido del kit en relación con los suplementos y materiales necesarios adaptados a la población durante el proceso de embarazo, parto y postparto.
35. **Fortalecer al CHC.** Se recomienda fortalecer al Comité en relación con sus capacidades para el registro, análisis de la información y la incidencia política, así como con la posibilidad de que cuenten con un espacio para reuniones y actividades.

36. Promover la información en las comunidades de la disponibilidad de los servicios de SSR. A pesar de que la cobertura ha mejorado, en el proceso de evaluación se ha identificado que los servicios no son tan conocidos por toda la comunidad, por ello, se recomienda realizar más difusión de los servicios de SSR.

37. Identificar espacios para trabajar con hombres corresponsabilidad en el cuidado de la SSR y sobre masculinidad positiva. Se recomienda identificar los espacios comunitarios que pueden ser importantes y aceptados por los hombres de los diferentes orígenes y creencias religiosas para trabajar estos temas poniendo especial interés en aquellos que acuden menos a los servicios de salud como son los hombres somalíes.

6. PLAN DE DIFUSIÓN/SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS.

Una vez finalizado el presente informe se proponen 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 HESED África, mediante una reunión por online 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 HESED África.

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 HESED	Dar a conocer las conclusiones y trabajar conjuntamente las recomendaciones	Taller con exposición del proceso de evaluación y conclusiones y trabajo conjunto con las recomendaciones	Marzo-abril 2023	Farmamundi HESED SANART	
Actores que participaron en la devolución de hallazgos preliminares (Sub-Condado de Kamukunji, Equipo de HESED y personal comunitario)	Dar a conocer el proceso de evaluación, las conclusiones y recomendaciones	Reunión con presentación del proceso y espacio para aportes y preguntas	Marzo-abril 2023	HESED	
Organizaciones miembro del Grupo Técnico de VbG y VS	Compartir las principales conclusiones y recomendaciones del proceso de evaluación	Reunión	Abril 2023	HESED	

Anexo 1. Matriz de Evaluación

Dimensión: DISEÑO			
Criterios de evaluación	Preguntas de evaluación	Indicadores de evaluación	Fuentes y herramientas de recolección de información
<p>ADECUACIÓN Y PERTINENCIA</p> <p>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 con el 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"> - Tipo de técnicas aplicadas para analizar el contexto - Grado de satisfacción de las partes interesadas sobre el análisis del contexto e identificación - N° y tipo de mecanismos y técnicas para promover la participación - N° de actividades propuestas que han tenido que ser modificadas o eliminadas por no haber tenido en cuenta el contexto del lugar - N° y tipo de medidas incorporadas para incorporar el enfoque de género en el sistema de salud saharauí. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (diagnóstico, línea de base, documento de identificación del proyecto, estrategias o planes de género) - Entrevistas, grupos de discusión y taller de teoría de programa

Dimensión: ESTRUCTURA			
Criterios de evaluación	Preguntas de evaluación	Indicadores de evaluación	Fuentes y herramientas de recolección de información
<p>EFICIENCIA</p> <p>NHE Criterio 9. Los recursos se gestionan y usan de forma responsable para los fines previstos.</p> <p>NHE Criterio 6. La respuesta humanitaria es coordinada y complementaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se han respetado los presupuestos establecidos inicialmente? - ¿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 del proyecto? - ¿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? - ¿La intervención complementa las actuaciones de las autoridades locales y nacionales, así como las de otras organizaciones humanitarias? - ¿Qué mecanismos de coordinación interna (Farmamundi y HESED) y externa (resto de agentes) se han utilizado? 	<ul style="list-style-type: none"> - N° y tipo de procesos implementados para la gestión del proyecto - N° y tipo de procesos de gestión en los que participan otros agentes y/o instituciones. - N° y tipo de actividades formativas sobre enfoques transversales realizadas - Análisis de la distribución presupuestaria. - N° y tipo de medidas para reducir o eliminar el impacto medioambiental. - N° y tipo de mecanismos puestos en marcha y/o utilizados para la coordinación con todos los actores - Análisis de complementariedad del proyecto con otras intervenciones en el contexto o sector 	<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 y Taller teoría de programa

Dimensión: PROCESOS			
Criterios de evaluación	Preguntas de evaluación	Indicadores de evaluación	Fuentes y herramientas de recolección de información
<p>APROPIACIÓN Y PARTICIPACIÓN</p> <p>NHE Criterio 4. La respuesta humanitaria se basa en la comunicación, la participación y la retroalimentación.</p> <p>NHE Criterio 5. Las quejas son bien recibidas y gestionadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿En qué medida han participado las instituciones locales en el diseño de la intervención? - ¿En qué medida participan las instituciones locales en la intervención? - ¿En qué medida y a través de que medios y procedimientos ha participado la población titular de derechos en todo el proceso? - ¿Qué mecanismos han sido puestos en marcha por Farmamundi y las socias locales 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? - ¿Qué sistemas de gestión de quejas han sido implementados para recibir y aceptar las quejas y recomendaciones de las comunidades y personas titulares de derechos, responsabilidades y obligaciones? 	<ul style="list-style-type: none"> - N° y tipo de espacios de participación de instituciones locales y población generados en el proyecto - Grado de satisfacción de la población con las acciones del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (informes de seguimiento, fuentes de verificación ...) - Entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios

Dimensión: RESULTADOS			
Criterios de evaluación	Preguntas de evaluación	Indicadores de evaluación	Fuentes y herramientas de recolección de información
<p>EFICACIA</p> <p>NHE Criterio 2. La respuesta humanitaria es eficaz y proporcionada a tiempo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se han alcanzado los resultados planificados? - ¿Se ha alcanzado el objetivo específico planificado? 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis del alcance de los resultados y de los cambios promovidos. - Análisis de las capacidades generadas - Análisis de la incorporación de los enfoques transversales. - N° y tipo de otros efectos logrados no previstos - Grado de satisfacción de las personas titulares de derechos en relación a la respuesta a sus necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (informes de seguimiento, fuentes de verificación ...) - Entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios
<p>CONECTIVIDAD</p> <p>NHE Criterio 7. Los actores humanitarios están en un proceso de aprendizaje y mejora constante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se han respetado las normativas locales en la ejecución de las actividades? - ¿Los equipamientos e insumos puestos a disposición de la población son adecuados al contexto de intervención? - ¿Retirada la ayuda externa se mantiene la funcionalidad de las estructuras sanitarias implementadas? - ¿Se ha influido positivamente sobre la capacidad institucional pública y comunitaria? - ¿Se ha incorporado la perspectiva de género y edad, el enfoque basado en los DDHH, la perspectiva de la sensibilidad al conflicto y cultura de paz, la promoción de la participación de la población sujeto? 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de la incorporación de la normativa local - N° y tipo de acciones de fortalecimiento institucional público y comunitario - Análisis de la aplicación de los enfoques transversales 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (informes de seguimiento, fuentes de verificación ...) - Entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios

<p style="text-align: center;">IMPACTO</p> <p>NHE Criterio 3. La respuesta humanitaria fortalece las capacidades locales y evita causar efectos negativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se han logrado con la intervención los impactos planificados? - ¿Se han producido impactos positivos no previstos sobre la población titular de derechos? - ¿Se han producido impactos negativos no previstos sobre la población titular de derechos? 	<ul style="list-style-type: none"> - N° y tipo de cambios a nivel normativo, de sistema y servicios de salud y actitudinales promovidos dirigidos a promover el derecho a la salud y una vida libre de violencias 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (informes de seguimiento, fuentes de verificación ...) - Entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios
--	--	--	---

Anexo 2. Documentación revisada

Documentación del proyecto

- Documento de formulación
- Informe de Línea de Base
- Matriz de planificación
- Documentación administrativa de gestión
- Informe narrativo y económico de cierre
- Fuentes de verificación
- Documentación interna de seguimiento
- Informe de evaluación de la intervención anterior

Otra documentación

ACNUR (2022) Kenya Refugee Population Statistics Package

<https://www.unhcr.org/ke/wp-content/uploads/sites/2/2022/11/Kenya-Refugee-Population-Statistics-Package-31-October-2022.pdf>

ALNAP (2016) Guía para la evaluación de la Acción Humanitaria

<https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/es-alnap-eha-guide-2016.pdf>

Anderson, Mary B. (1999) Do no harm. How can aid can support peace-or war, Lynne Rienner Publishers, Inc, Boulder Colorado.

Care (2019) Programación de transferencias monetarias que funcionan para mujeres. 6 lecciones del terreno. Un informe de estudio en países múltiples.

<https://careevaluations.org/wp-content/uploads/PTM-que-funciona-para-mujeres-1.pdf>

Chen, Huey T (2012). "Theory-driven evaluation: Conceptual framework, application and advancement", in: Rainer Strobl, Olaf Lobermeier, and Wilhelm Heitmeyer (eds.): Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur [evaluation of programs and projects for a democratic culture]. Wiesbaden: Springer VS [publisher], pp. 17-40

CHS Alliance, Group URD y el Proyecto Esfera (2015) La Norma Humanitaria Esencial en materia de calidad y rendición de cuentas

<https://corehumanitarianstandard.org/files/files/Core%20Humanitarian%20Standard%20-%20Spanish.pdf>

Comisión de Mujeres Refugiadas (CMR) y el International Rescue Committee (IRC). (2018) Programa de asistencia humanitaria en efectivo y resultados en materia de violencia de género: evidencias y prioridades de investigación futuras. Allyson Cross, Ekaterina Shaleva, Ana Sánchez Canales y Rashad Nimr.

https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2018/02/Humanitarian-Cash-Transfer-Programming-GBV-Outcomes_WRC_IRC_11_Spanish.pdf

Generalitat Valenciana. IV Plan Director de la Cooperación Valenciana 2017-2020

https://cooperaciovalenciana.gva.es/documents/164015995/164353785/IVPD_31_+05_+2017_.pdf/a9f6322c-c4ba-4053-85e9-e369db133356

Generalitat Valenciana Estrategia de Acción Humanitaria 2018-2022

<https://cooperaciovalenciana.gva.es/documents/164015995/164016762/EAH+GV+maquetado.pdf/45d097b4-d73d-4bff-928a-0d2ce53f3a6c>

Generalitat Valenciana. V Plan Director de la Cooperación Valenciana 2021-2024

https://cooperaciovalenciana.gva.es/documents/164015995/172383338/VPDCV-V3.3_MAOUETACI%C3%93N+FINAL+CAST.pdf/33e9607e-582b-44fe-bdde-5158bddad4fc

IAWG (2021) Paquete Mínimo de Servicios de SSR en situaciones de crisis

<https://iawg.net/es/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module>

Kenya's Report. Progress on implementation of the Beijing Platform for Action – Review and Appraisal. 2019.

<https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/64/National-reviews/Kenya.pdf>

Kenya Demographic and Health Survey 2022 - Key Indicators Report.

<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR143/PR143.pdf>

Kenya, Ministry of Health (2015) National adolescent sexual and reproductive health policy

Kenya, Ministry of Health, The National Reproductive Health Policy 2022 - 2032

Kenya, Nairobi City County Sexual and Gender Based Violence Prevention, Response and Control Act, 2021

Ligero Lasa J.A. (2009). El análisis de contenido de un discurso. Literatura Gris. Magíster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas.

Ligero Lasa, J. A. (2011). Dos métodos de evaluación: criterios y teoría del programa. Documento de trabajo

https://magisterevaluacion.es/attachments/category/25/Ligero_Dos%20Metodos%20Evaluacion.pdf

Refugee Selfreliance Initiative. Índice de Autosuficiencia

<https://www.refugeeselfreliance.org/self-reliance-index>

UNFPA (2019) Estándares Mínimos Interagenciales para la Programación sobre Violencia de Género en Emergencias.

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Estandares_Minimos_ESPANOL.pdf

UNFPA (2021) Asistencia en efectivo y cupones (AEC): Su papel como coordinador/a de VBG.

<https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2021/08/Cash-and-voucher-assistance-CVA-Your-Role-as-a-GBV-Coordinator-ES.pdf>