

**INFORME DE EVALUACIÓN FINAL EXTERNA
DEL PROYECTO SOLHUM/2020/002**

**“PROMOVER EL DERECHO A UNA VIDA SALUDABLE Y LIBRE DE TODA
VIOLENCIA EN UN CONTEXTO DE EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA A TRAVÉS
DE LA PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO EN
BENI (KIVU NORTE, RDC)”**



27 de febrero de 2023

Período de evaluación: octubre 2022- enero 2023

SANART, el arte de hacer salud

Inma Gisbert Civera

Ana Zamacona



CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	3
ACRÓNIMOS	4
1. RESUMEN EJECUTIVO	5
1.1 Versión en español	5
1.2 Versión en francés – Résumé exécutive	12
2. INTRODUCCIÓN	19
3. OBJETIVOS Y ALCANCES	21
4. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE EVALUACIÓN	23
5. METODOLOGÍA	25
6. CONDICIONANTES Y LÍMITES DE LA EVALUACIÓN	29
7. ANÁLISIS DE LOS DATOS	30
8. HALLAZGOS	31
8.1. Pertinencia o adecuación	32
8.2. Eficiencia	34
8.3. Partenariado y coordinación	36
8.4. Fortalecimiento de capacidades locales	37
8.5. Apropiación y participación	38
8.6. Eficacia	42
8.7. Conectividad y enfoques transversales	56
8.8. Impacto	57
9. CONCLUSIONES	59
10. LECCIONES APRENDIDAS	62
11. RECOMENDACIONES	63
12. ACCIONES RECOMENDADAS PARA LA DIFUSIÓN DE LA EVALUACIÓN	66
ANEXOS	68
Anexo I. Matriz de evaluación	68
Anexo II. Guiones entrevistas, grupos y cuestionarios	71
Anexo III. Ficha CAD	90

AGRADECIMIENTOS

El trabajo de evaluación no se hubiese podido llevar a cabo sin el apoyo del equipo de Farmamundi (FM), Programa de Promoción de los Cuidados de Salud Pública (PPSSP) y Grupo de Asociaciones de Defensa de Derechos Humanos y de la Paz (GADHOP) que han contribuido al diseño y desarrollo de este ejercicio de evaluación. Sus aportes han alimentado los hallazgos y conclusiones del presente informe.

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

ACRÓNIMOS

AES	Abuso y explotación sexual
AS	Área de Salud
ASRAMES	Asociación Regional de compra de medicamentos esenciales
CAC	Cellule d'animation communautaire
CODESA	Comité de Salud
CLDH	Comité Local de Derechos Humanos
COHP	Coordinación humanitaria
CPN	Control prenatal
CPON	Control postnatal
CS	Centro de Salud
DDHH	Derechos Humanos
DPS	Dirección Provincial de Salud
ES	Estructura de Salud
IASC	Inter-Agency Standing Committee (Comité Permanente entre Organismos)
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSVS	Mujeres supervivientes de Violencia Sexual
NHE	Norma Humanitaria Esencial
ONGI	Organizaciones No gubernamentales Internacionales
OCHA	Oficina de Coordinación de Acción Humanitaria de NNUU
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PDI	Población desplazada internamente
PEP	Profilaxis Post Exposición (de sus siglas en inglés)
PF	Planificación familiar
RDC	República Democrática del Congo
SNVBG	Estrategia Nacional de Lucha contra las Violencias Basadas en el Género
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (Cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE))
SSR	Salud Sexual Reproductiva
SVS	Supervivientes de Violencia Sexual
VbG	Violencia basada en Género
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida
VS	Violencia Sexual
WHS	World Humanitarian Summit
ZS	Zona de Salud

1. RESUMEN EJECUTIVO

1.1 Versión en español

El presente documento incluye el informe del proceso de evaluación final del proyecto “Promover el derecho a una vida saludable y libre de toda violencia en un contexto de emergencia de salud pública a través de la prevención y mitigación de la violencia sexual y de género en Beni (Kivu Norte, RDC)”, financiado por la Generalitat Valenciana en la convocatoria de 2020 y ejecutado por Farmamundi, PPSSP y GADHOP.

La evaluación se ha llevado a cabo entre los meses de octubre de 2022 a febrero de 2023 y ha tenido como objetivos (1) valorar la adecuación y pertinencia del diseño de la intervención en relación con el contexto, (2) valorar los niveles de alcance de los resultados planificados de la intervención a partir de las actividades implementadas, (3) valorar la práctica de implementación de los actores involucrados, en especial en lo referente a la colaboración entre Farmamundi y PPSSP, con atención a los procedimientos de comunicación, coordinación y toma de decisiones para facilitar la transferencia de buenas prácticas y, (4) valorar la participación de los y las titulares de derechos en la gestión del proyecto y en qué medida la experiencia ha contribuido a fortalecer su protagonismo y liderazgo del desarrollo local.

El alcance geográfico de la evaluación ha sido la zona de intervención del proyecto, las 6 Estructuras de salud participantes: Malepe, Ngongolio y Rwangoma y se ha utilizado un enfoque metodológico mixto, aplicándose técnicas cuantitativas, con el fin de conocer la dimensión de algunos de los temas abordados preguntándole al mayor número de personas posibles, como ha sido el caso de la aplicación de cuestionarios a organizaciones de la sociedad civil y/o mujeres usuarias de los servicios de salud. Asimismo, se han utilizado técnicas cualitativas que han permitido conocer y entender cómo las personas han percibido los cambios promovidos por el proyecto. Concretamente, se han llevado a cabo un total de:

- 5 entrevistas semi estructuradas individuales (2 mujeres y 3 hombres), 9 entrevistas grupales: 3 en las estructuras de salud con personal de salud, 3 con CLDH y 3 con docentes en las que participaron 39 personas (17 mujeres y 22 hombres).
- 15 grupos de discusión: 3 con MSVS, 3 con defensores de DDHH, 3 con representantes de OSC, 3 con consejeras y 3 con representantes de autoridades locales, en las que participaron 96 personas (70 mujeres y 26 hombres).
- Un Taller de Teoría de Programa en el que se ha realizado una revisión de la teoría deseada, esto es, la idea inicial del proyecto, los cambios que se pretendían conseguir y las acciones previstas para lograrlos, y de los factores que han facilitado y/o dificultado durante la implementación del proyecto con la participación de Farmamundi, PPSSP y GADHOP.
- 3 cuestionarios, uno dirigido a mujeres usuarias de los servicios de SSR que fue respondido por 28 mujeres, otro dirigido a población desplazada que fue respondido por 45 personas y otro dirigido a estudiantes que fue respondido por 45 personas.

Fruto de todo el análisis realizado se elaboran las siguientes conclusiones, se han identificado lecciones aprendidas y realizan las siguientes recomendaciones:

Conclusiones

La **pertinencia** del proyecto queda demostrada tanto por la trayectoria de colaboración entre PPSSP y Farmamundi y su experiencia, que garantiza un conocimiento compartido del contexto. El proyecto ha apoyado a poblaciones que sufren violaciones de sus derechos sexuales, a agentes comunitarios para aumentar sus capacidades para la incidencia política y ha fortalecido el sistema de salud, tanto en su calidad como en la mejora de la disponibilidad de servicios e insumos.

El aumento de los desplazamientos de la población y de las necesidades humanitarias en el último año unido a la disminución de fondos destinados a RDC tras el fin de la epidemia de ébola ha hecho que la pertinencia de proyecto sea aún mayor. En este sentido es importante también mencionar que el proyecto da respuesta a las diversas alertas expresadas en los informes de los clústeres y de la recopilación de diversas necesidades en la zona sanitaria de Beni y en las estructuras sanitarias.

El análisis de **eficiencia** muestra que la ejecución ha sido eficiente con un alto porcentaje, alrededor de un 60,77%, destinado a la ejecución de actividades y su seguimiento (viajes, alojamiento y dietas, equipos y materiales, construcción y otros servicios técnicos) y un 30,81% destinado a personal. En general, se cubrieron las necesidades de recursos del proyecto en un contexto donde la movilización puede verse afectada por las condiciones de seguridad, se realizó seguimiento de las acciones y los recursos humanos utilizados para llevar a cabo las actividades fueron adecuados.

Los mecanismos de **coordinación** establecidos y utilizados por el proyecto cuentan con una alta valoración por parte de todas las partes. A nivel interno han resultado muy eficientes y han contado con la flexibilidad necesaria para adaptarse a un entorno muy cambiante y, a nivel externo el alto grado de participación de PPSSP y GADHOP en los diferentes espacios de coordinación de todos los actores del sector en terreno, ha permitido el conocimiento profundo y actualizado del contexto, la coordinación con otros actores y el establecimiento de sinergias y complementariedades entre ellos. Algunos ejemplos como la derivación a servicios jurídicos o de traslados de urgencias obstétricas muestran el grado de coordinación en las ES y la complementariedad. La coordinación con las ES también ha sido muy constante y bien valorada.

En cuanto al **fortalecimiento de capacidades locales**, el proyecto, incorporando un enfoque de derechos, ha fortalecido las capacidades tanto de instituciones públicas como titulares de obligaciones, organizaciones comunitarias como titulares de responsabilidades y población titular de derechos. Se destaca el refuerzo de los recursos, entidades e instituciones locales mediante la capacitación del personal sanitario con los líderes comunitarios y la mejora de la concienciación profesional en la prestación de servicios. GADHOP apoyó a PPSSP en el desarrollo de las capacidades de autoridades locales en el ámbito de la salud y de la violencia de género con el fin de presentar informes de incidencia a nivel provincial y a CLDH, como titulares de responsabilidades. La valoración de estas formaciones es muy alta resaltando su calidad y utilidad.

En lo que se refiere a **apropiación y participación**, la puesta en marcha de encuestas de satisfacción, así como de mecanismos de quejas y sugerencias ha contribuido a dar voz a la población titular de derechos y a generar participación de las organizaciones comunitarias tales como CODESA apoyando la puesta en marcha de los buzones de quejas y sugerencias, el sistema de rendición de cuentas con la participación de los oyentes comunitarios y CODESA. La valoración de estos mecanismos de quejas y sugerencias es buena y el conocimiento que tiene la población desplazada, mujeres usuarias y estudiantes de ellos es alto, aunque todavía queda un margen de mejora para que estos mecanismos sean conocidos y/o utilizados por toda la población. En relación con la participación se destaca también el enfoque comunitario del proyecto, que ha considerado a un amplio espectro de los recursos comunitarios (agentes comunitarios, y CLDH, entre otros) ha favorecido la aceptación, y por tanto ha contribuido a la apropiación del proyecto.

En cuanto a la **eficacia**, el derecho a la salud, principalmente en relación con el acceso y la calidad ha mejorado gracias a la formación recibida por los profesionales sanitarios y consejeras de salud. Las sesiones y acciones de sensibilización unido a la distribución de suministros e insumos médicos han reforzado la capacidad de prestación de servicios de SSR en las 3 ES. Los principales logros identificados son: (1) el aumento de la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de la atención de emergencia a MSVS antes de las 72 horas, (2) el aumento de la participación en hombres en las consultas de PF, así como de casos que acuden a los servicios de emergencia de atención a la VS y, (3) el acceso a la atención psicosocial de calidad y gratuita para MSVS a través de los grupos de terapia.

Las redes comunitarias han mejorado sus capacidades para la identificación de casos de VbG y VS y para sensibilizar a la comunidad. En este sentido los principales logros identificados han sido: (1) la mejora de las capacidades de agentes defensoras de derechos sexuales y reproductivos, (2) una mayor visibilización del tema de la violencia y la SSR tanto en población joven como en mujeres y, (3) la mejora de la capacidad de los CLDH para monitorear las violaciones de DDHH. A pesar de ello, sigue habiendo brechas en la promoción de no violencia, así como en el acceso a la justicia de las MSVS, derivadas del contexto de seguridad frágil en el que los casos de violencia sexual siguen siendo muy frecuentes y un reto en uso de métodos anticonceptivos en la población joven.

Las capacidades para la incidencia política de las OSC se han visto reforzadas a través de las formaciones y se ha logrado establecer comunicación con las instituciones públicas competentes en las que se les ha dado a conocer la situación y se han realizado recomendaciones. De estas acciones se han logrado acuerdos para mejorar la situación por parte de las autoridades.

En relación con la **conectividad**, se han identificado algunos elementos que contribuyen a la respuesta a la emergencia a corto plazo tomando en cuenta las diferentes causas e intentando promover respuesta a más largo plazo, como son: (1) el alineamiento con las políticas locales y el respeto a la normativa y cultura comunitaria local, así como el trabajo de incidencia política, (2) la incorporación de elementos de rehabilitación y fortalecimiento de capacidades y, (3) la promoción de la incidencia social fomentando una visión de desarrollo y promoción de la paz

siguiendo el enfoque triple Nexus. A pesar de ello, aspectos como el abastecimiento de medicamentos de manera permanente siguen siendo un reto relacionado con la debilidad de las ES.

En cuanto a los **enfoques transversales**, este ha sido incorporado en todas las formaciones y se ha realizado un esfuerzo en la promoción de la igualdad y corresponsabilidad logrando aumentar el acompañamiento y la participación de los hombres en las visitas del control prenatal, así como aumentando la atención a hombres supervivientes de violencia sexual.

En cuanto al **impacto**, los principales logros identificados del proyecto han sido: (1) el fortalecimiento de capacidades de profesionales sanitarios dada la situación del contexto y la debilidad específica de las 3 ES en la zona de intervención, (2) garantizar una atención médica y psicológica de calidad para las SVS, (3) la mejora en la interlocución con instituciones y el logro de acuerdos por parte de las mismas, (4) el aumento de la visibilidad de la violencia sexual en la comunidad y, (5) la reducción de la mortalidad materna en la zona de intervención no habiéndose dado ningún caso durante el período de implementación.

Lecciones aprendidas

En la fase de **formulación**:

- La realización de una línea de base, teniendo en cuenta a todos los agentes comunitarios sirvió, por un lado, para actualizar las necesidades en un entorno cambiante, así como para concretar las necesidades de suministros médicos y, para contar con la medición de la situación de partida que ha facilitado el ejercicio del proceso de evaluación.

En la fase de **implementación**:

- La coordinación entre los socios, así como la distribución de roles basada en su expertise ha permitido una buena organización y complementariedad y ha facilitado el alcance de los objetivos del proyecto.
- El refuerzo de las capacidades locales para encontrar soluciones a los problemas relacionados con la violencia sexual, la violencia de género y la SSR en las comunidades.
- La participación en espacios de coordinación local ha contribuido claramente a la complementariedad de acciones, así como a la eficacia del proyecto.

En el **monitoreo y evaluación**:

- La formación a los CLDH en herramientas de trabajo y de recopilación de datos para incorporarlos en el sistema de monitoreo y evaluación del proyecto.
- La realización de un Plan de monitoreo para el seguimiento de acuerdos establecidos entre los CLDH y las instituciones públicas.
- La formación a socios locales sobre seguimiento durante la visita a terreno del técnico de Farmamundi.

Recomendaciones

En primer lugar, se considera fundamental continuar con el apoyo a este tipo de proyectos de SSR incluyendo la VbG y la VS en contextos como el de Kivu Norte en la República Democrática del Congo, con el fin de mejorar la vida de muchas personas en uno de los peores lugares del mundo para nacer mujer.

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

Como recomendación inicial se propone en el marco del Comité de rendición de cuentas, generar un espacio de revisión de las recomendaciones de la evaluación en el que participen todos los actores involucrados (PPSSP, GADHOP y Farmamundi) con el fin de analizar y planificar su puesta en marcha.

1. **Revisar con la ZS de Beni y con las instituciones de gobierno competentes sus compromisos tanto en relación con la sostenibilidad de los recursos humanos como en las acciones de promoción de la paz.** Se recomienda realizar una reunión en la que se revisen los acuerdos establecidos en relación con la sostenibilidad del personal de salud en las Estructuras de Salud y para explorar con las instituciones competentes (justicia, educación u otras), la promoción de acciones para la promoción de la paz y la reducción de la violencia en Kivu Norte.
2. **Continuar reduciendo las brechas de género y promoviendo la corresponsabilidad de los cuidados en el ámbito de la SSR.** Se recomienda incorporar en las acciones comunitarias la importancia de la participación de los hombres en las acciones de PF, así como en el cuidado de la salud de los niños y niñas e identificar espacios comunitarios en los que participen específicamente hombres para fomentar procesos de sensibilización y concienciación de género y de masculinidad positiva.
3. **Continuar con las acciones de IEC para reducir el estigma y la discriminación de las SVS y de sus hijos/as a nivel comunitario.** Se recomienda promover acciones de sensibilización en las comunidades orientadas a visibilizar la violencia sexual y de género y desculpabilizar a las víctimas y sus familias promoviendo el apoyo comunitario y no la discriminación.
4. **Implicar al profesorado, CAC y líderes religiosos como agentes de sensibilización en DSR y VbG y VS.** Se recomienda formar al profesorado, CAC y líderes religiosos con una metodología de formación de formadores para que luego ellos puedan replicar con alumnado en el caso del profesorado o con la comunidad en el caso de los CAC y líderes religiosos.
5. **Incluir el registro de acompañamiento en las consultas de CPN y PF.** Se recomienda registrar en las consultas si las mujeres van acompañadas de sus maridos con el fin de ver si está aumentado la participación de los hombres en las mismas y aprovechar estas consultas

para sensibilizar sobre el autocuidado, las relaciones de buen trato y la corresponsabilidad en la SSR.

6. **Seguir promoviendo en las sensibilizaciones el aborto seguro tal y como recoge el protocolo de la Unión Africana a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos con relación a los Derechos de las Mujeres en África, más conocido como el Protocolo de Maputo**
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/ProtocolontheRightsofWomen.pdf>. Se recomienda seguir trabajando este tema en las sensibilizaciones y garantizar la referencia al Hospital de Beni y la disponibilidad asegurando la privacidad e intimidad.
7. **Continuar reforzando la promoción de la salud con los jóvenes en los temas en los que ellos y ellas consideran que hay más problemas, que son: el embarazo precoz y la información sobre SSR.** Se recomienda organizar campañas y/o acciones comunitarias dirigidas a la población joven para la prevención del embarazo precoz, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la autoestima, el autocuidado y las relaciones de buen trato. Se recomienda explorar metodologías participativas y/o incorporar en acciones culturales y/o de tiempo libre como teatro comunitario, estos temas.
8. **Incorporar el componente de cash transfer para las SVS.** Se recomienda incorporar las ayudas económicas para las SVS realizando una identificación de si otras organizaciones están poniendo en marcha otro tipo de iniciativas y revisando las evaluaciones de procesos similares en otros contextos.
9. **Dar mayor difusión a las quejas y sugerencias y a las respuestas que se está dando a las mismas.** Se recomienda continuar dando difusión a los buzones de sugerencias para que la población conozca su existencia, promover su análisis y dar difusión a las respuestas que se da a las quejas.
10. **Continuar reforzando las capacidades para el seguimiento entre PPSSP, las ES y los actores comunitarios.** Se recomienda realizar sesiones formativas con las personas responsables de la ZS de Beni y el personal de las ES sobre la recogida y análisis de la información que se está generando en las atenciones. Se promoverá la mejora de la calidad en la recogida de la información y poner en marcha sesiones para el análisis de la misma en la que se incorpore la perspectiva de género con el fin de conocer quien está acudiendo a los servicios de SSR, qué tipo de enfermedades o problemas tienen hombres y mujeres (sobre todo si se recoge información de ITS) y tomar medidas al respecto en relación a la promoción de la salud y la organización de los servicios sanitarios. Se reforzará también la incorporación de la perspectiva de género en el análisis que se realiza sobre la situación de salud en las reuniones mensuales del CODESA.
11. **Promover la formación y sensibilización de los jueces y otros actores importantes en el sistema judicial.** Teniendo en cuenta que, a pesar de los avances, todavía existen brechas en la promoción de no violencia, así como en el acceso a la justicia de las MSVS, ya que el contexto de seguridad sigue siendo frágil y los casos de violencia sexual siguen siendo muy frecuentes, se recomienda realizar acciones de formación y sensibilización con los jueces sobre VbG y VS.

Las recomendaciones 4, 8 y 9 ya han sido incorporadas en el proyecto Proyecto *“Respuesta humanitaria multisectorial de atención, prevención y protección del derecho a la salud y a una vida libre de violencias en un contexto de simultaneidad de emergencias sanitarias y de naturalización de la VSyBG, en Kivu Norte, RDC”* financiado por la GVA en la convocatoria de 2021 con número de expediente SOLHUM/2021/0002.

1.2 Versión en francés – Résumé exécutive

Ce document comprend le rapport du processus d'évaluation finale du projet " Promouvoir le droit à une vie saine et sans violence dans un contexte d'urgence de santé publique par la prévention et l'atténuation de la violence sexuelle et de la violence basée sur le genre à Beni. (Kivu Norte, RDC)", financé par la Generalitat Valenciana dans le cadre de l'appel 2020 et mis en œuvre par Farmamundi, PPSSP et GADHOP.

L'évaluation a été réalisée d'octobre 2022 à février 2023 et ses objectifs étaient (1) d'évaluer l'adéquation et la pertinence de la conception de l'intervention par rapport au contexte, (2) d'évaluer les niveaux d'atteinte des résultats prévus de l'intervention sur la base des activités mises en œuvre, (3) évaluer les pratiques de mise en œuvre des acteurs impliqués, notamment en ce qui concerne la collaboration entre Farmamundi et PPSSP, en prêtant attention aux procédures de communication, de coordination et de prise de décision pour faciliter le transfert de bonnes pratiques, et (4) évaluer la participation des titulaires de droits à la gestion du projet et la mesure dans laquelle l'expérience a contribué à renforcer leur protagonisme et leur leadership dans le développement local.

La portée géographique de l'évaluation était la zone d'intervention du projet, les 6 structures de santé participantes : Malepe, Ngongolio et Rwangoma et une approche méthodologique mixte a été utilisée, en appliquant des techniques quantitatives afin de connaître la dimension de certaines des questions abordées en interrogeant le plus grand nombre de personnes possible, comme dans le cas de l'application de questionnaires aux organisations de la société civile et/ou aux femmes utilisatrices des services de santé. Des techniques qualitatives ont également été utilisées pour connaître et comprendre comment les gens ont perçu les changements promus par le projet. Plus précisément, un total de :

- 5 entretiens individuels semi-structurés (2 femmes et 3 hommes), 9 entretiens de groupe : 3 dans les structures de santé avec le personnel de santé, 3 avec le CLDH et 3 avec les enseignants auxquels 39 personnes ont participé (17 femmes et 22 hommes).
- 15 groupes de discussion : 3 avec les femmes survivantes de violence sexuelle (SVS), 3 avec les défenseurs de droits, 3 avec les représentants des OSC, 3 avec les conseillères et 3 avec les représentants des autorités locales, auxquels 96 personnes ont participé (70 femmes et 26 hommes).
- Un atelier sur la théorie du programme au cours duquel a été réalisée une révision de la théorie souhaitée, c'est-à-dire l'idée initiale du projet, les changements que l'on voulait obtenir et les actions prévues pour y parvenir, ainsi que les facteurs qui ont facilité et/ou entravé la mise en œuvre du projet, avec la participation de Farmamundi, PPSSP et GADHOP.
- 3 questionnaires, un adressé aux femmes utilisatrices des services de SSR auquel 28 femmes ont répondu, un autre adressé à la population déplacée auquel 45 personnes ont répondu et un autre adressé aux étudiants auquel 45 personnes ont répondu.

L'analyse a permis de tirer les conclusions suivantes, d'identifier les leçons apprises et de formuler les recommandations suivantes :

Conclusions

La **pertinence** du projet est démontrée à la fois par l'histoire de la collaboration entre PPSSP et Farmamundi et par leur expérience, qui assure une connaissance partagée du contexte. Le projet a aidé les populations souffrant de violations de leurs droits sexuels, les acteurs communautaires à accroître leurs capacités de plaidoyer et a renforcé le système de santé, tant au niveau de sa qualité que de l'amélioration de la disponibilité des services et des équipements.

L'augmentation des déplacements de population et des besoins humanitaires au cours de l'année dernière, couplée à la diminution des financements pour la RDC suite à la fin de l'épidémie d'Ebola, a rendu la pertinence du projet encore plus grande. A cet égard, il est également important de mentionner que le projet répond aux différentes alertes exprimées dans les rapports des clusters et à la compilation des différents besoins dans la zone de santé de Beni et dans les structures sanitaires.

L'analyse de l'**efficience** montre que la mise en œuvre a été efficace avec un pourcentage élevé, environ 60,77%, alloué à la mise en œuvre des activités et à leur suivi (voyage, hébergement et séjour, équipement et matériel, construction et autres services techniques) et 30,81% alloué au personnel. De manière générale, les besoins en ressources du projet ont été couverts dans un contexte où la mobilisation peut être affectée par les conditions de sécurité, les actions ont été suivies et les ressources humaines utilisées pour la mise en œuvre des activités ont été adéquates.

Les mécanismes de **coordination** établis et utilisés par le projet sont très appréciés par toutes les parties. Au niveau interne, ils ont été très efficaces et ont eu la flexibilité nécessaire pour s'adapter à un environnement très changeant. Au niveau externe, le haut degré de participation du PPSSP et du GADHOP dans les différents espaces de coordination de tous les acteurs du secteur sur le terrain a permis une connaissance profonde et actualisée du contexte, la coordination avec les autres acteurs et l'établissement de synergies et de complémentarités entre eux. Certains exemples tels que les orientations vers les services juridiques ou les transferts d'urgences obstétricales montrent le degré de coordination dans les ES et la complémentarité. La coordination avec les structures de santé a également été très constante et bien appréciée.

En termes de **renforcement des capacités locales**, le projet, qui intègre une approche fondée sur les droits, a renforcé les capacités des institutions publiques en tant que détenteurs de devoirs, des organisations communautaires en tant que responsables et de la population en tant que titulaires de droits. Il convient de noter en particulier le renforcement des ressources, des entités et des institutions locales par la formation du personnel de santé avec les leaders communautaires et l'amélioration de la sensibilisation professionnelle dans la prestation de services. Le GADHOP a soutenu le PPSSP dans le renforcement des capacités des autorités locales dans le domaine de la santé et de la violence basée sur le genre afin de soumettre des rapports de plaidoyer au niveau provincial et au CLDH en tant que détenteurs de droits. L'évaluation de ces formations est très élevée, soulignant leur qualité et leur utilité.

En termes d'**appropriation et de participation**, la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction et de mécanismes de plaintes et de suggestions a contribué à donner une voix aux détenteurs de droits et à générer la participation d'organisations communautaires telles que le CODESA en appuyant la mise en œuvre des boîtes de plaintes et de suggestions, du système de responsabilité avec la participation des auditeurs communautaires et du CODESA. L'évaluation de ces mécanismes de plaintes et suggestions est bonne et la connaissance qu'en ont les populations déplacées, les femmes utilisatrices et les étudiants est élevée, bien qu'il y ait encore des progrès à faire pour que ces mécanismes soient connus et/ou utilisés par l'ensemble de la population. En ce qui concerne la participation, l'approche communautaire du projet, qui a pris en compte un large spectre de ressources communautaires (agents communautaires, et CLDH, entre autres) a favorisé l'acceptation, et a donc contribué à l'appropriation du projet.

En termes d'**efficacité**, le droit à la santé, principalement en ce qui concerne l'accès et la qualité, s'est amélioré grâce à la formation reçue par les professionnels de la santé et les conseillers de santé. Les sessions et actions de sensibilisation ainsi que la distribution de matériel médical et d'intrants ont renforcé la capacité à fournir des services de SSR dans les 3 ES. Les principales réalisations identifiées sont : (1) l'augmentation de la couverture des services de santé sexuelle et reproductive ainsi que des soins d'urgence pour les femmes SVS dans les 72 heures, (2) l'augmentation de la participation des hommes dans les consultations de PF ainsi que des cas fréquentant les services d'urgence pour la SSR et, (3) l'accès à des soins psychosociaux de qualité et gratuits pour les femmes SVS à travers les groupes de thérapie.

Les réseaux communautaires ont amélioré leurs capacités à identifier les cas de VBG et de SVS et à sensibiliser la communauté. En ce sens, les principales réalisations identifiées ont été : (1) l'amélioration des capacités des défenseurs des droits sexuels et reproductifs, (2) une plus grande visibilité de la question de la violence et de la SSR chez les jeunes et les femmes, et (3) l'amélioration de la capacité du CLDH à surveiller les violations des droits humains. Malgré cela, il existe encore des lacunes dans la promotion de la non-violence, ainsi que dans l'accès à la justice pour les femmes SVS, découlant du contexte sécuritaire fragile dans lequel les cas de violence sexuelle continuent d'être très fréquents et d'un défi dans l'utilisation des méthodes contraceptives dans la population jeune.

Les capacités de plaidoyer des OSC ont été renforcées par des formations et une communication a été établie avec les institutions publiques concernées, où elles ont été informées de la situation et où des recommandations ont été faites. Grâce à ces actions, des accords ont été conclus avec les autorités pour améliorer la situation.

En ce qui concerne la **connectivité**, certains éléments ont été identifiés qui contribuent à la réponse à court terme à l'urgence, en tenant compte des différentes causes et en essayant de promouvoir une réponse à plus long terme, tels que : (1) l'alignement sur les politiques locales et le respect des normes et de la culture de la communauté locale, ainsi que le travail de plaidoyer politique, (2) l'incorporation d'éléments de réhabilitation et de renforcement des capacités, et (3) la promotion du plaidoyer social, favorisant une vision du développement et de la promotion de la paix suivant l'approche triple Nexus. Malgré cela, des aspects tels que

l'approvisionnement permanent en médicaments continuent d'être un défi lié à la faiblesse des structures de santé.

En termes d'**approches transversales**, cet aspect a été intégré dans toutes les formations et un effort a été fait pour promouvoir l'égalité et la co-responsabilité, en augmentant l'accompagnement et la participation des hommes dans les visites de contrôle prénatal, ainsi que l'attention portée aux survivants masculins de la violence sexuelle.

En termes d'**impact**, les principales réalisations identifiées du projet ont été : (1) le renforcement des capacités des professionnels de santé compte tenu du contexte et de la faiblesse spécifique des 3 structures de santé de la zone d'intervention, (2) la garantie d'une prise en charge médicale et psychologique de qualité pour les SVS, (3) l'amélioration du dialogue avec les institutions et la conclusion d'accords avec elles, (4) l'augmentation de la visibilité de la violence sexuelle dans la communauté, et (5) la réduction de la mortalité maternelle dans la zone d'intervention, avec aucun cas pendant la période de mise en œuvre.

Les leçons apprises

Dans la phase de **formulation** :

- La réalisation d'une ligne de base, prenant en compte tous les acteurs communautaires a servi, d'une part, à mettre à jour les besoins dans un environnement changeant, ainsi qu'à concrétiser les besoins en fournitures médicales et, d'autre part, à avoir la mesure de la situation de référence qui a facilité l'exercice du processus d'évaluation.

Dans la phase de **mise en œuvre** :

- La coordination entre les partenaires, ainsi que la répartition des rôles en fonction de leur expertise, ont permis une bonne organisation et complémentarité et ont facilité l'atteinte des objectifs du projet.
- Le renforcement des capacités locales à trouver des solutions aux problèmes liés à la violence sexuelle et sexiste et à la SSR dans les communautés.
- La participation aux espaces de coordination locaux a clairement contribué à la complémentarité des actions, ainsi qu'à l'efficacité du projet.

Dans le **suivi et l'évaluation** :

- La formation des CLDH aux outils de travail et de collecte de données afin de les intégrer au système de suivi et d'évaluation du projet.
- La mise en place d'un plan de suivi des conventions établies entre le CLDH et les institutions publiques.
- La formation des partenaires locaux sur le suivi lors de la visite de terrain du technicien de Farmamundi.

Recommandations

Tout d'abord, il est considéré comme essentiel de continuer à soutenir ce type de projet de SSR, incluant la VBG et la VS dans des contextes tels que le Nord Kivu en République Démocratique du Congo, afin d'améliorer la vie de nombreuses personnes dans l'un des pires endroits au monde pour naître femme. Tout au long du rapport d'évaluation, l'objectif est de souligner la grande pertinence d'un tel projet pour améliorer la vie des femmes dans les zones de conflit. Les recommandations présentées ci-dessous sont des lignes directrices qui, selon nous, peuvent renforcer l'efficacité de l'aide et de l'assistance technique fournies par les personnes impliquées dans la mise en œuvre du projet. Certaines d'entre elles se réfèrent à ce qui a été travaillé directement dans le projet et d'autres à des aspects connexes qui pourraient faire l'objet d'interventions futures.

Comme première recommandation, il est proposé, dans le cadre du Comité de Redevabilité, de créer un espace pour revoir les recommandations de l'évaluation avec la participation de tous les acteurs impliqués (PPSSP, GADHOP et Farmamundi) afin d'analyser et de planifier leur mise en œuvre.

1. **Revoir avec la ZS de Beni et avec les institutions gouvernementales compétentes leurs engagements tant en ce qui concerne la durabilité des ressources humaines que dans les actions de promotion de la paix.** Il est recommandé de tenir une réunion pour revoir les accords établis en matière de pérennisation du personnel de santé dans les Structures de Santé et d'explorer avec les institutions compétentes (justice, éducation ou autres), la promotion d'actions pour la promotion de la paix et la réduction de la violence au Nord Kivu.
2. **Continuer à réduire les écarts entre les sexes et promouvoir la co-responsabilité des soins dans le domaine de la SSR.** Il est recommandé d'intégrer dans les actions communautaires l'importance de la participation des hommes dans les actions de PF, ainsi que dans les soins de santé des enfants, et d'identifier les espaces communautaires dans lesquels les hommes participent spécifiquement afin de promouvoir la sensibilisation et la prise de conscience du genre et la masculinité positive.
3. **Poursuivre les actions d'IEC pour réduire la stigmatisation et la discrimination des SVS et de leurs enfants au niveau communautaire.** Il est recommandé de promouvoir des actions de sensibilisation dans les communautés visant à rendre la violence sexuelle et la VBG plus visible et à déresponsabiliser les victimes et leurs familles en promouvant le soutien communautaire et la non-discrimination.
4. **Impliquer les enseignants, les centres d'apprentissage de proximité et les chefs religieux comme agents de sensibilisation à la santé et aux droits sexuels et reproductifs et à la violence liée au sexe.** Il est recommandé de former les enseignants, les CAC et les chefs religieux à l'aide d'une méthodologie de formation des formateurs, afin qu'ils puissent ensuite reproduire l'expérience avec les élèves dans le cas des enseignants ou avec la communauté dans le cas des CAC et des chefs religieux.
5. **Inclure le registre d'accompagnement dans les consultations de CPN et de PF.** Il est recommandé d'enregistrer dans les consultations si les femmes sont accompagnées de leurs maris afin de voir si la participation des hommes aux consultations augmente et de profiter

de ces consultations pour sensibiliser à l'auto-soin, aux bonnes relations de traitement et à la co-responsabilité en matière de SSR.

6. **Continuer à promouvoir l'avortement sans risque dans les activités de sensibilisation, comme le prévoit le protocole de l'Union africaine à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, plus connu sous le nom de protocole de Maputo**<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/ProtocolontheRightsofWomen.pdf>. Il est recommandé de continuer à travailler sur cette question dans les sensibilisations et de garantir la référence à l'hôpital de Beni et la disponibilité garantissant la confidentialité et l'intimité.
7. **Continuer à renforcer la promotion de la santé auprès des jeunes sur les questions qu'ils considèrent comme les plus problématiques, à savoir la grossesse précoce et l'information sur la SSR.** Il est recommandé d'organiser des campagnes et/ou des actions communautaires destinées à la population jeune pour la prévention des grossesses précoces, la promotion de la santé sexuelle et reproductive, l'estime de soi, les soins personnels et les relations attentionnées. Il est recommandé d'explorer des méthodologies participatives et/ou d'intégrer ces questions dans des activités culturelles et/ou de loisirs telles que le théâtre communautaire.
8. **Incorporer la composante d'assistance en espèces et bons pour les SVS.** Il est recommandé d'intégrer les transferts d'argent pour les SVS en identifiant si d'autres organisations mettent en œuvre d'autres types d'initiatives et en examinant les évaluations de processus similaires dans d'autres contextes.
9. **Donner une plus grande publicité aux plaintes et suggestions et aux réponses qui leur sont données.** Il est recommandé de poursuivre la diffusion des boîtes à idées afin que la population connaisse leur existence, de promouvoir leur analyse et de diffuser les réponses apportées aux plaintes.
10. **Poursuivre le renforcement des capacités de suivi entre le PPSSP, les structures de santé et les acteurs communautaires.** Il est recommandé d'organiser des sessions de formation avec les responsables de la ZS de Beni et le personnel des centres de santé sur la collecte et l'analyse des informations générées dans le cadre de la prise en charge. L'amélioration de la qualité de la collecte des informations sera encouragée et des sessions seront mises en place pour l'analyse des informations, en intégrant la perspective de genre afin de savoir qui fréquente les services de SSR, quel type de maladies ou de problèmes ont les hommes et les femmes (surtout si des informations sur les IST sont collectées) et de prendre des mesures en matière de promotion de la santé et d'organisation des services de santé. L'intégration du genre sera également renforcée dans l'analyse de la situation sanitaire lors des réunions mensuelles du CODESA.
11. **Promouvoir la formation et la sensibilisation des juges et des autres acteurs clés du système judiciaire.** Compte tenu du fait que, malgré les progrès, il existe encore des lacunes dans la promotion de la non-violence, ainsi que dans l'accès à la justice pour les femmes SVS, car le contexte sécuritaire reste fragile et les cas de violences sexuelles continuent d'être très fréquents, il est recommandé de mener des activités de formation et de sensibilisation auprès des juges sur les VBG et les VS.

Les recommandations 4, 8 et 9 ont déjà été intégrées dans le projet " *Réponse humanitaire multisectorielle aux soins, à la prévention et à la protection du droit à la santé et à une vie sans violence dans un contexte d'urgences sanitaires simultanées et de naturalisation de la VBG au Nord-Kivu, RDC* " financé par la GVA dans le cadre de l'appel à propositions 2021 avec le numéro de dossier SOLHUM/2021/0002.

2. INTRODUCCIÓN

Se presenta a continuación el Informe de la evaluación final externa del proyecto “Promover el derecho a una vida saludable y libre de toda violencia en un contexto de emergencia de salud pública a través de la prevención y mitigación de la violencia sexual y de género en Beni (Kivu Norte, RDC)”.

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

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

Concretamente, para esta consultoría el equipo de trabajo ha estado compuesto por tres personas, dos de ellas españolas con formación especializada en el ámbito de la salud pública, las políticas públicas, la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, así como el enfoque de derechos y de género. Además, cuentan como equipo con formación específica en evaluación y más de once años de experiencia profesional en este ámbito y con conocimiento del contexto. El tercer consultor es congoleño y forma parte de una entidad congoleña que cuenta con un amplio conocimiento tanto del contexto como de la situación de la salud sexual y reproductiva en Kivu Norte y ha liderado el trabajo de campo en terreno.

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

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

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

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

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

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

Destacamos su amplio conocimiento y experiencia en elaboración de indicadores de resultados, herramientas de seguimiento de proyectos, mejora de procesos internos de los proyectos, fortalecimiento de capacidades de personal, análisis de contexto de seguridad, desarrollo de SOPs, planes de contingencia y reglamento de seguridad, así como su conocimiento del contexto habiendo realizado dos evaluaciones de proyectos de salud sexual y reproductiva y violencia sexual en Kivu Norte en los últimos años.

Justin Kirere, es un consultor congoleño con amplia experiencia en la zona de intervención. Forma parte de la consultora ATEBADEC, y ha participado en la evaluación del proyecto “Mujeres y niñas sobrevivientes de violencia sexual construyen sus estrategias de recuperación integral en el proceso de restitución de sus DDHH vulnerados en la provincia Kivu Norte (RDC)” ejecutado por Farmamundi en conjunto con su socia local FEPSI como parte también del equipo de SANART.

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

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

3. OBJETIVOS Y ALCANCES

El proyecto objeto de evaluación se inició el 1 de agosto de 2021 y ha finalizado el 5 de octubre 2022. Ha tenido una duración de 14 meses y ha contado con un presupuesto total de 312.521,89 € de los cuales 249.458,82 € han sido financiados por la Generalitat Valenciana.

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

1. Valorar la adecuación y pertinencia del diseño de la intervención en relación con el contexto.
2. Valorar los niveles de alcance de los resultados planificados de la intervención a partir de las actividades implementadas.
3. Valorar la práctica de implementación de los actores involucrados, en especial en lo referente a la colaboración entre Farmamundi y PPSSP, con atención a los procedimientos de comunicación, coordinación y toma de decisiones para facilitar la transferencia de buenas prácticas.
4. Valorar la participación de los y las titulares de derechos en la gestión del proyecto y en qué medida la experiencia ha contribuido a fortalecer su protagonismo y liderazgo del desarrollo local.

El **alcance geográfico** de la evaluación ha sido la zona de intervención del proyecto, las 6 Estructuras de salud participantes: Malepe, Ngongolio y Rwangoma..

El **alcance temporal** de la evaluación ha abarcado todo el período de implementación del mismo (1 de agosto de 2021 al 5 de octubre de 2022) y se ha llevado a cabo entre el 15 de octubre y el 15 de febrero de 2023. Este trabajo se ha desarrollado en tres fases que se detallan a continuación:

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

Fase 2. Trabajo de campo: El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 7 y 24 de noviembre de 2023. El evaluador en terreno, Justin Kirere fue el encargado de liderar este trabajo con el apoyo y acompañamiento de PPSSP.

Fase 3. Elaboración de informe: Durante los meses de noviembre y diciembre se ha procedido a analizar la información y a redactar el informe. En este proceso se han llevado a cabo reuniones

de trabajo regulares de todo el equipo evaluador, la revisión de la documentación recabada, así como de las fuentes de verificación disponibles en la sede de Farmamundi. El presente informe borrador será revisado por Farmamundi y se llevará a cabo una reunión para comentar y realizar aportes al mismo. Posteriormente, se elaborará la versión final del informe y se llevará a cabo una sesión de presentación de las conclusiones y recomendaciones de todo el proceso.

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

- **Titulares de derechos:** población usuaria de los servicios de salud, principalmente población desplazada, mujeres en edad fértil y menores de edad; mujeres supervivientes de violencia sexual que acceden a los servicios sanitarios integrales; mujeres embarazadas y/o en edad fértil y hombres que acceden a los servicios de planificación familiar; mujeres embarazadas que acceden a cuidados neonatales y parto; estudiantes que participan en actividades de orientación sobre SSR; docentes que participan en actividades de orientación sobre SSR; personas que participan en charlas de sensibilización, información, formación para mejorar la derivación de casos y crear conciencia sobre una sexualidad responsable.
- **Titulares de responsabilidades:** profesionales sanitarios participantes en las capacitaciones profesionales sanitarias de 3 ES y 1 representante de la ZS Beni; consejeras comunitarias que participan en la formación de counselling sobre derechos sexuales y reproductivos y técnicas de planificación familiar; representantes de organizaciones de la sociedad civil que participan en actividades de capacitación e incidencia para mejorar el ejercicio de los DDSSRR; agentes defensores de derechos sexuales y reproductivos en las 3 ES; representantes de Comités Locales de Derechos Humanos (CLDH); técnico/a Farmamundi; responsable PPSSP; responsable GADHOP.
- **Titulares de obligaciones:** representantes de la DPS de Goma; representante de la ZS Beni; representantes de autoridades locales y regionales participan en las actividades de incidencia política; Representantes ministeriales.

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

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

Dentro de los criterios de evaluación, se ha incluido el criterio de conectividad y el análisis de la incorporación de los enfoques transversales, concretamente la perspectiva de género y de edad,

el enfoque basado en los derechos humanos y el fomento de la participación de la población afectada que son algunos de los recogidos en el Plan Director y la Estrategia de acción humanitaria de la Comunidad Valenciana 2018-2022.

El objetivo específico 3 de la evaluación está en línea con uno de los compromisos del Grand Bargain, recogidos en la Estrategia de acción humanitaria, que es el mayor apoyo a actores locales y nacionales. El proceso de evaluación ha incluido la participación de todos los actores involucrados y el análisis de los mecanismos de fortalecimiento y coordinación entre Farmamundi y PPSSP, con atención a los procedimientos de toma de decisiones para facilitar la transferencia de buenas prácticas y contribuir a la “localización” mencionada en la estrategia.

El objetivo específico 4, Valorar la participación de los y las titulares de derechos en la gestión del proyecto y en qué medida la experiencia ha contribuido a fortalecer su protagonismo y liderazgo del desarrollo local está directamente relacionado con la “revolución de la participación”: incluyendo a personas afectadas en la toma de decisiones del Grand Bargain adoptado en la World Humanitarian Summit (WHS) en 2016.

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

4. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE EVALUACIÓN

El proyecto tiene como objetivo general promover el derecho a una vida saludable y libre de toda violencia en un contexto de emergencia de salud pública a través de la prevención y mitigación de la violencia sexual y de género en Beni (Kivu Norte, RDC). Y, como objetivo específico, proteger la salud y los DSR de la población más vulnerabilizada (PDI, mujeres supervivientes de violencia sexual – MSVS, infancia, supervivientes de VS) afectada por la crisis humanitaria en Beni (RDC) ante el brote de enfermedades pandémicas y la prolongación de la actividad armada.

Se presentan a continuación los tres resultados que incluía el proyecto y las actividades diseñadas para cada uno de ellos:

RESULTADOS	ACTIVIDADES
R1. Áreas de Salud de Beni (AS, división geográfica del sistema de salud congoleño que incluye una Estructura de Salud, ES, en ella, Malepe, Ngongolio y Rwangoma) refuerzan	A.1.1. Realización de 1 formación en coordinación con la ZS para la especialización del personal sanitario (6) responsable de la atención a MSVS y VbG en tres (3) estructuras de salud.
	A.1.2. Realización de 1 formación a personas consejeras de salud para el refuerzo de capacidades de counselling sobre derechos sexuales y reproductivos y técnicas de planificación familiar (con foco en una sexualidad responsable en un

capacidades de prestación de servicios de SSR adaptados al género y la edad	contexto de brote de ébola y pandemia COVID 19) en tres (3) estructuras de salud.
	A.1.3. Realización de 1 formación, en coordinación con la ZS, para el refuerzo de capacidades de control prenatal y post natal en casos de riesgo en tres (3) estructuras de salud que evite la transmisión vertical de ébola COVID19 y otros virus.
	A.1.4 Entrega de medicamentos y útiles médicos para garantizar los DSR (en coordinación con la ASRAMES) en las tres (3) estructuras de salud
	A.1.5 Asistencia sanitaria integral a MSVS y mujeres embarazadas desplazadas en Beni en las 3 estructuras de salud y derivación de casos a recursos de asistencia legal
R2. Las redes comunitarias existentes incorporan la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en sus acciones para mejorar la identificación de casos de violencia basada en el género, fundamentalmente la violencia sexual, y evitar la estigmatización de las víctimas, con especial énfasis en la población joven	A.2.1. Puesta en marcha de una red comunitaria de 6 agentes defensores de derechos sexuales y reproductivos en las tres (3) Estructuras de Salud que actúe como referente de orientación sobre sexualidad responsable y prevención de la transmisión sexual del virus del ébola.
	A.2.2. Realización por parte de la red de defensoras de DSR, de acciones de promoción de derechos sexuales y reproductivos y prevención de VSbG con público de colegios y puntos de encuentro: 72 sesiones con estudiantes y 36 con profesorado
	A.2.3 Promoción comunitaria de la igualdad de género y la buena salud sexual y reproductiva.
	A.2.4 Sensibilización a través de la radio para prevención de la violencia sexual, la identificación de casos de vulneración de derechos y referenciación de MSVS a servicios especializados – elaboración de spot radial con la colaboración de agentes comunitarios (red defensa DSR)
	A.2.5. Creación de grupos de mujeres o apoyo a los ya existentes para favorecer los cuidados mutuos, el intercambio y aprendizajes para la recuperación psicosocial de las supervivientes
R3. Reforzadas las capacidades de incidencia en políticas públicas entre la sociedad civil y los grupos de mujeres organizados en Beni para demandar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y una vida libre de violencias ante las autoridades locales y provinciales	A.3.1. Realización de 2 formaciones para el refuerzo de capacidades organizativas de la sociedad civil y grupos de mujeres organizadas en incidencia en políticas públicas y visibilización de sus demandas
	A.3.2. Elaboración de informes de seguimiento y análisis del ejercicio de los DSR en el territorio de Beni
	A.3.3. Celebración de encuentros para la definición de la estrategia de incidencia política a nivel local y regional
	A.3.4. Jornadas de advocacy con AALL locales (Beni) y provinciales (Goma) para la promoción de los DSR

5. METODOLOGÍA

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

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

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

5.1. Criterios y preguntas de evaluación

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

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

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

5.2. Técnicas aplicadas en el proceso de evaluación

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

- Un total de 5 entrevistas semi estructuradas individuales (2 mujeres y 3 hombres).
- 9 entrevistas grupales: 3 en las estructuras de salud con personal de salud, 3 con CLDH y 3 con docentes en las que participaron 39 personas (17 mujeres y 22 hombres).
- 15 grupos de discusión: 3 con MSVS, 3 con defensores de DDHH, 3 con representantes de OSC, 3 con consejeras y 3 con representantes de autoridades locales, en las que participaron 96 personas (70 mujeres y 26 hombres).
- Un Taller de Teoría de Programa en el que se ha realizado una revisión de la teoría deseada, esto es, la idea inicial del proyecto, los cambios que se pretendían conseguir y las acciones previstas para lograrlos, y de los factores que han facilitado y/o dificultado durante la implementación del proyecto con la participación de Farmamundi, PPSSP y GADHOP.
- 3 cuestionarios, uno dirigido a mujeres usuarias de los servicios de SSR que fue respondido por 28 mujeres, otro dirigido a población desplazada que fue respondido por 45 personas y otro dirigido a estudiantes que fue respondido por 45 personas.

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

Tabla 1: Entrevistas individuales

Institución/Entidad	Mujeres	Hombres
FARMAMUNDI	1	1
PPSSP	0	1
GADHOP	1	0
ZS de Beni	0	1
TOTAL	2	3

Tabla 2: Entrevistas grupales

Grupos	Área de salud	Mujeres	Hombres
Profesionales de salud (6)	Malepe	2	1
	Rwangoma	1	1
	Ngongolio	2	1
		5	3
CLDH (6)	Malepe	1	1
	Rwangoma	1	1
	Ngongolio	1	2
		3	4
Docentes (24)	Malepe	3	8
	Rwangoma	4	3
	Ngongolio	2	4
		9	15
TOTAL		17	22

Tabla 3: Grupos de discusión

Grupos	Área de salud	Mujeres	Hombres
MSVS (72)	Malepe	15	0
	Rwangoma	16	0
	Ngongolio	15	0
		46	0
Consejeras (6)	Malepe	2	0
	Rwangoma	2	0
	Ngongolio	2	0
		6	0
OSC (20)	Malepe	5	3
	Rwangoma	4	2
	Ngongolio	4	2
		13	7
Defensores DDHH (6)	Malepe	1	1
	Rwangoma	1	1
	Ngongolio	1	2
		3	4
Autoridades locales (15)	Malepe	1	4
	Rwangoma	0	5
	Ngongolio	1	4
TOTAL		70	26

Tabla 4: Cuestionarios

Cuestionario	Área de salud	Mujeres	Hombres
Cuestionario dirigido a mujeres usuarias de los servicios de salud (titulares de derechos)	Malepe	11	0
	Rwangoma	8	0
	Ngongolio	9	0
TOTAL		28	0
Cuestionario dirigido a población desplazada (titulares de derechos)	Malepe	12	3
	Rwangoma	9	6
	Ngongolio	13	2
TOTAL		34	11
Cuestionario dirigido a estudiantes de 3 centros escolares	Malepe	6	9
	Rwangoma	11	4
	Ngongolio	10	5
TOTAL		27	18

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

6. CONDICIONANTES Y LÍMITES DE LA EVALUACIÓN

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

El principal condicionante del proceso de evaluación ha sido la situación de inseguridad del propio contexto que ha dificultado que las dos consultoras españolas pudieran viajar a terreno. Para que esta situación afectara lo menos posible al proceso de evaluación se contó con un consultor local que ha recogido la información en terreno y se han aplicado algunas técnicas de manera virtual como es el caso de las entrevistas al socio local y el taller de teoría de programa. Cabe resaltar que, durante el trabajo de campo, a pesar de que la situación había empeorado, se han podido visitar todas las zonas de salud que estaban previstas.

7. ANÁLISIS DE LOS DATOS

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

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

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

- **Análisis de la información.**

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

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

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

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

8. HALLAZGOS

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

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

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

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

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

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

A continuación, se presenta el análisis de la información y los resultados de la evaluación siguiendo los criterios principales y se han incluido algunas citas de las entrevistas individuales, grupales y de los grupos de discusión que sirven para ilustrar con testimonios los hallazgos de la evaluación.

8.1. Pertinencia o adecuación

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

El proyecto ha incidido en la debilidad del sistema de salud que, unido a la situación de violencia y de desplazamiento forzoso hace que los derechos sexuales y reproductivos sean vulnerados y que responder al brote del Ébola, al COVID-19 y a otras situaciones de salud resulte muy complejo.

Desde que el proyecto fue diseñado en 2020, la situación de seguridad ha empeorado enormemente, provocando desplazamientos de población y que las necesidades humanitarias hayan aumentado considerablemente. Además, la salida de fondos tras la epidemia de ébola y la disminución por tanto de actores humanitarios en Beni, han hecho más pertinente aún el proyecto.

Asimismo, mediante las acciones del proyecto se ha prestado apoyo a poblaciones que sufren de manera sistemática violaciones de sus derechos sexuales y reproductivos y se han incluido acciones de empoderamiento de titulares de derechos, así como fortalecido las capacidades para la incidencia política de agentes comunitarios como titulares de responsabilidades que, en el momento de la identificación mostraron debilidades para ello y fueron identificados como los grupos más idóneos para llevar a cabo este tipo de acciones.

El proyecto nació de las diversas alertas expresadas en los informes de los clústeres y de la recopilación de diversas necesidades en la zona sanitaria de Beni y en las estructuras sanitarias. Los problemas mencionados con más frecuencia fueron la violación de los derechos humanos y la violencia de género desde hace más de diez años, la afluencia de desplazados internos que viven en un estado de precariedad con embarazos precoces y/o no deseados y violencia sexual que se denuncian constantemente. Para mitigar esta situación de vulnerabilidad, era necesario documentar la situación y reforzar la capacidad en términos de prevención y respuesta a la VbG.

Tanto la experiencia de los socios en el proyecto (Farmamundi, PPSSP y GADHOP) como la presencia de los socios en RDC (PPSSP y GADHOP) han facilitado el proceso de diseño del proyecto, si bien todas de necesidades identificadas, acrecentadas con la salida de fondos humanitarios, no han podido ser cubiertas en su totalidad.

El diseño del proyecto incorporó también acciones para la mejora del acceso, disponibilidad y calidad de los servicios de salud que, en el momento de la identificación mostraron dificultades en su capacidad para prestar el paquete mínimo de servicios de SSR. Asimismo, el proyecto ha incluido diferentes acciones para mejorar la situación identificada en la línea de base, concretamente:

- Fortalecimiento de la red de consejeras comunitarias y las defensoras y defensores de DSR y los CLDH.

- Fortalecimiento del sistema de referencia de las mujeres víctimas de violencia sexual que acuden a las estructuras de salud.
- Fortalecimiento de las capacidades de las OSC para realizar acciones de incidencia política.
- Promoción de grupos de apoyo a MSVS acompañados por personal especializado.
- Promoción de mecanismos de gestión de quejas en las estructuras de salud.

El diseño del proyecto ha tenido en cuenta las necesidades manifestadas por la ZS, por las ES, por la comunidad y por las organizaciones de base de las 3 AS.

Las diferentes opiniones recogidas en la ZS de Beni confirman también la pertinencia del proyecto por su alineación con las prioridades de la Zona de Salud de Beni, donde la violencia sexual y de género es un problema agudo y por la necesidad de apoyo en estos temas en el momento en el que se está implementando el proyecto. La ZS de Beni y, en particular, las áreas sanitarias meta del proyecto se caracterizan tanto por la alta prevalencia de casos de violencia sexual y de género desde el estallido de la epidemia de ébola, como por la creciente inseguridad ligada a la violencia armada y presencia de militares. Las mujeres y los hombres supervivientes de la violencia sexual son entonces desplazados por la guerra y víctimas de embarazos no deseados que agravan su estado de vulnerabilidad. Se recogen a continuación algunas citas de las entrevistas y grupos que muestran la alta pertinencia del proyecto:

"La intervención ha llegado en el momento oportuno, ya que aborda los problemas prioritarios de la zona sanitaria de Beni, entre ellos la violencia sexual y reproductiva, la violencia de género, los matrimonios precoces asociados a nacimientos no deseados entre los jóvenes, las interrupciones intempestivas de los insumos de PF, la falta de proveedores capacitados en SSR y DSR, los rumores persistentes sobre los métodos de PF, la ausencia de un proveedor que apoye la atención de las mujeres embarazadas con un perímetro braquial menor a 230 mm, el inicio tardío de la primera CPN por temor a los gastos. Pero gracias a las acciones implementadas por el proyecto, la población ha encontrado alivio" (Representante de ZS de Beni)

"El proyecto ha respondido realmente a nuestras necesidades, porque se han resuelto los problemas habituales en mi área de salud, como la falta de espaciamiento de los nacimientos deseados, el desabastecimiento de insumos de PF y de pruebas de detección del VIH, los abortos, los embarazos y los matrimonios precoces. Pero gracias a la sensibilización y al suministro de insumos de SSR tenemos cierto alivio" (Profesional, centro de salud de Rwangoma)

"si no existiera este proyecto, no sé cómo podríamos las personas desplazadas internas hacer frente cada vez a los costes de la atención médica". (AS Ngongolio)

Asimismo, en las encuestas realizadas, el alumnado de los 3 centros escolares de las 3 AS ha manifestado que los principales problemas ligados a la SSR son el embarazo precoz y la falta de información sobre salud sexual y reproductiva, y esto fue citado por el 71,1%, temas que han sido abordados en las actividades del proyecto.

Tabla 5: Principales problemas ligados a la SSR

Principales problemas	Inst. Virunga /AS Malepe	Inst. Basayi Vusayi/AS Ngongolio	Inst. Butanuka/AS Rwangoma	Total
Embarazo precoz, poca información sobre salud sexual	11(73,3%)	12(80,0%)	9(60,0%)	32(71,1%)
Acoso sexual	4(26,7%)	3(20,0%)	6(40,0%)	13(28,9%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

8.2. Eficiencia

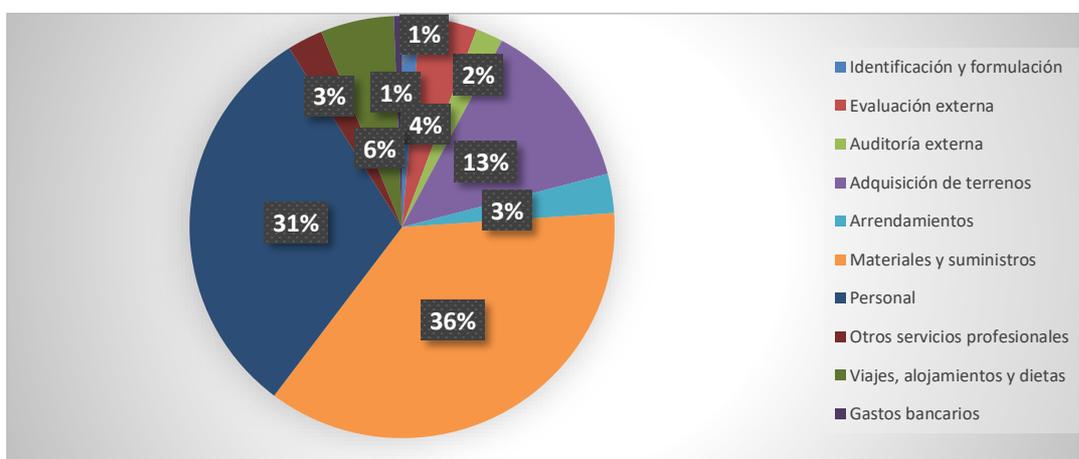
Análisis de los recursos tanto económicos y humanos consumidos en el proyecto orientados al logro del Derecho (disponibilidad, calidad y acceso) a la Salud Sexual Reproductiva y a los cuidados relativos a la violencia de género y sexual. Este criterio está también alineado con el Criterio 9 de la NHE.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

El análisis de la eficiencia tiene por objeto valorar el nivel del alcance de los objetivos en relación con los recursos destinados para ello (materiales, humanos, y financieros). De esta manera, se trata de analizar económicamente el proyecto, y conocer el uso de los recursos respecto a las actividades y acciones. Asimismo, en este análisis se incluye también el cumplimiento del cronograma previsto y las desviaciones que se hayan podido dar tanto en tiempo como en recursos.

Tal y como se muestra en el gráfico 1, el 36,34% de la ejecución del gasto corresponde a materiales y suministros, el 30,81% a personal, el 13,14% a adquisición de terrenos, el 5,58% a viajes, alojamientos y dietas, el 4,34% a la evaluación externa y el resto de las partidas acumulan un 9,79% no siendo ninguna de ellas superior a un 4% del total.

Se considera que la ejecución ha tenido una eficiencia alta ya que un alto porcentaje del proyecto, alrededor de un 60,77% se corresponde a la ejecución de actividades (materiales y suministros, arrendamientos, viajes y alojamiento y otros servicios técnicos) y más en un contexto donde es complicada la implementación de estas por las condiciones de seguridad, así como por la situación variable de COVID y Ébola.

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



El presupuesto ha sido ejecutado al 100% y sin cambios significativos, solamente la solicitud de extensión de 3 meses que fue comunicada y aprobada por la Generalitat Valenciana. A nivel de ejecución, se introdujeron ligeros cambios en el calendario, especialmente en lo que respecta a las sesiones de sensibilización en las escuelas al inicio del proyecto, a raíz de las diversas manifestaciones de grupos de presión en el marco del estado de sitio, que provocaron la ausencia de estudiantes en las escuelas. En consecuencia, las sesiones previstas para este periodo se aplazaban a menudo hasta la pausa en las actividades escolares o se limitaban a las asociaciones juveniles organizadas en las áreas de salud.

La ejecución del presupuesto no ha presentado desviaciones insignificantes con respecto al presupuesto inicial, poniendo de relieve una buena previsión presupuestaria de las actividades, así como la ejecución de las actividades conforme al presupuesto.

Tabla 6. Ejecución presupuestaria

CONCEPTOS	% DE EJECUCION CON RESPECTO AL PRESUPUESTO INICIAL
A.01 Identificación	105,97%
A.02 Evaluación externa	100%
A.03 Auditoría Externa	100%
A.04 Adquisición de terrenos e inmuebles	100%
A.05 Arrendamientos	89,07%
A.08 Materiales y suministros	99,52%
A.09 Personal	106,64%
A.11 Otros servicios técnicos	101,35%
A.12 Viajes, alojamientos y dietas	91,14%
A.13 Gastos bancarios	161,11%
TOTAL	100,00%

En general, se cubrieron las necesidades de recursos del proyecto, se evaluaron periódicamente y se movilizaron con eficacia, y los recursos humanos utilizados para llevar a cabo las actividades fueron relativamente adecuados. Fue necesario implicar a las autoridades locales (enfermero/as titulares, y al presidente de Comité de Salud, CODESA), a los grupos de mujeres y a las organizaciones de la sociedad civil (OSC), que organizaron entrevistas con las distintas mutualidades en los ámbitos de la SSR, la violencia de género y sexual, la prevención del VIH/SIDA y las ITS.

8.3. Parteneriado y coordinación

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

La organización de reuniones semanales y/o mensuales entre Farmamundi y PPSSP se utilizó como mecanismo de coordinación interna. Además, se ha contado con otros instrumentos y espacios al servicio del seguimiento de las acciones que han ayudado a medir el avance de los indicadores y generar aprendizajes, como son:

- El establecimiento de un convenio al inicio del proyecto con las socias locales.
- La elaboración de un informe mensual técnico y económico.
- La elaboración de un informe trimestral sobre las actividades implementadas y el avance de los indicadores.

Asimismo, la coordinación entre PPSSP y GADHOP ha sido constante en la ejecución de actividades y, para ello, se elaboró un cronograma para la ejecución, así como para la elaboración de herramientas, informes de incidencia y seguimiento de la evolución de las actividades generando aprendizajes en función de las dificultades encontradas. La valoración que realizan todas las partes del mecanismo de coordinación es muy positiva resaltando su flexibilidad que ha permitido adaptarse a las necesidades del proyecto y realizar reuniones más regulares cuando se ha requerido.

Por último, se resaltan dos acciones que a nivel interno han contribuido a mejorar la coordinación y las capacidades para ello:

- La elaboración de una planificación operativa anual que ha ayudado a actualizar y concretar las necesidades formativas y de suministros.
- La realización de una capacitación en terreno a las socias locales sobre seguimiento impartida por personal de Farmamundi.

A nivel externo, PPSSP ha participado en los siguientes espacios y foros:

- Clúster de salud, WASH y protección en Beni y Butembo.
- Subgrupo de trabajo de protección a la infancia
- Grupo de violencia de género en Beni, Butembo y Goma
- Subgrupo de trabajo PSEA en Beni y Butembo
- Clúster de educación
- Foro humanitario en el que han participado tanto PPSSP como GADHOP
- Reuniones mensuales con OCHA
- Foro de ONG internacionales y de ONG locales

Además, FM garantiza la complementariedad y coordinación con los demás actores humanitarios internacionales, principalmente a través de los espacios de coordinación humanitaria como el COHP a nivel provincial y el PDS a nivel nacional. También es miembro y participa activamente en el Foro ONGI para trabajar en el marco de la arquitectura humanitaria y favorecer sinergias y buenas prácticas.

La participación en todos estos espacios ha servido como mecanismo para la coordinación con otros actores y seguimiento de los acuerdos de colaboración entre las estructuras a las que se dirigen los gestores en apoyo de la oficina central de la zona de salud. Estas reuniones han permitido también evitar duplicidades de actividades en las 3 AS. Asimismo, las alertas documentadas y las evaluaciones multisectoriales han permitido tanto la coordinación con los actores nacionales e internacionales como la adecuación y pertinencia de las acciones llevadas a cabo.

En cuanto a la coordinación con las ES, se ha puesto en marcha un sistema de seguimiento regular con un canal de comunicación fluida entre los socios y las personas responsables de la ZS y el personal de las ES. Además, se ha participado de las reuniones de seguimiento del comité de salud (CODESA). Y, por último, se ha coordinado la planificación de las actividades con las autoridades locales.

El proyecto ha servido de complemento a otras acciones iniciadas por los responsables de las estructuras destinatarias, ya que los demás socios se encargan de otros casos de derivaciones de SVS a servicios jurídicos y de algunos casos de traslado por cesárea cuyos casos se detectaron durante las consultas prenatales.

8.4. Fortalecimiento de capacidades locales

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

El proyecto contaba desde su inicio con un claro componente de fortalecimiento, tanto de titulares de obligaciones, es decir, las instituciones públicas que tienen como mandato garantizar el derecho a la salud, con el fortalecimiento de las estructuras de salud (Resultado 1), como de titulares de responsabilidades, esto es, organizaciones de la sociedad civil que realizan acciones de incidencia para lograr la aplicación efectiva del derecho a la salud de la población,

con el aumento de capacidades de las redes comunitarias para la identificación de casos (Resultado 2) y la mejora de las capacidades para la incidencia política de las OSC (Resultado 3).

Asimismo, en el proyecto ha habido diversas actividades formativas dirigidas a distintos actores que han potenciado y reforzado los recursos, entidades e instituciones locales, concretamente, uno de los principales roles que ha tenido GADHOP en el proyecto ha sido reforzar las capacidades para la incidencia política a autoridades locales en el ámbito de la salud reproductiva y la lucha contra la violencia de género. En este sentido, el alcance ha sido incluso mayor de lo esperado habiendo llegado a presentar informes al jefe de la división de planificación sobre los problemas del desarrollo de las infraestructuras públicas.

Aunque en el criterio de eficacia se profundizará en los resultados de las formaciones llevadas a cabo en el marco del proyecto, es importante mencionar la buena valoración que tanto miembros del CLDH, las consejeras comunitarias, las OSC, los CAC como los profesionales sanitarios hacen de ella valorando mucho su calidad y su mejora de capacidades.

Por último, se resalta también como acciones para la mejora de las capacidades el apoyo para la planificación de reuniones de sensibilización y, en el marco del seguimiento a las OSC y de herramientas de recopilación de datos (plantillas de entrevistas) para facilitar la elaboración de informes.

8.5. Apropiación y participación

La apropiación es el liderazgo efectivo que las instituciones y entidades de los países socios ejercen sobre sus políticas y estrategias de desarrollo y coordinación de las actuaciones de los donantes y la participación es la implicación de las/os agentes que han sido implicados en las diferentes etapas de la planificación y la evaluación, valorando su incidencia en la toma de decisiones. (NHE Criterio 4). Se incluye también el Criterio 5 de la NHE. Quejas bien recibidas y gestionadas.

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

Las encuestas de satisfacción se pusieron en marcha como mecanismo para facilitar que las comunidades y las personas afectadas por crisis humanas expresaran libremente su opinión y pudieran valorar los servicios. Asimismo, se informó a la población de las quejas y observaciones, recibidas en los buzones de sugerencias disponibles en los SS.

En este sentido, se recomendó al comité de CODESA que acompañara a las enfermeras jefe para que pusieran en funcionamiento los buzones de sugerencias y dieran seguimiento y aplicación a las sugerencias de la población usuaria.

El sistema de rendición de cuentas se implantó en las estructuras y los oyentes comunitarios se situaron a distintos niveles: en relación con los proveedores y los miembros del comité del centro de salud y con la población beneficiaria. Se llevaron a cabo reuniones trimestralmente con la población para escuchar sugerencias y recomendaciones.

Además, el enfoque comunitario del proyecto, considerando a un amplio espectro de los recursos comunitarios (agentes comunitarios, y CLDH, entre otros) ha favorecido la aceptación, y por tanto ha contribuido a la apropiación del proyecto, aspecto que se ha visto reforzado con la realización de una línea de base al inicio del proyecto en la que participaron todos ellos. La implementación de este enfoque se ha llevado a cabo en un marco de inseguridad que ha exigido un seguimiento del contexto por parte de los socios reforzando la comunicación con las autoridades, las AS, y los actores comunitarios. La comunidad además reconoce el trabajo imparcial, neutral e independiente de los socios del proyecto.

Los mecanismos de quejas y sugerencias se han puesto en marcha en el proyecto a través de buzones en las ES disponibles para las personas usuarias del servicio y se creó un comité que da seguimiento a las quejas y sugerencias presentadas que se ha reunido cada 6 meses con grupos de población titular de derechos para dar feedback sobre la información recogida y la respuesta que se le ha dado a la misma.

Se presenta a continuación un análisis del conocimiento y valoración que tiene la población desplazada, mujeres usuarias de los servicios de SSR y a estudiantes de los centros educativos de las 3 AS, basados en el análisis de los cuestionarios aplicados durante el trabajo de campo de la evaluación.

Según la tabla siguiente, cabe suponer que el 24,4% de las personas desplazadas que respondieron al cuestionario, no sabe que existe un sistema de gestión de quejas para recibir y aceptar quejas y recomendaciones de la comunidad.

Tabla 7: Conocimiento de los mecanismos de quejas por parte de la población desplazada

Valoración	AS Malepe	AS Ngongolio	AS Rwangoma	Total
No	4(26,7%)	3(20,0%)	4(26,7%)	11(24,4%)
Si	11(73,3%)	12(80,0%)	11(73,3%)	34(75,6%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

En cuanto a la valoración del sistema de quejas y reclamaciones, la mayoría de las personas encuestadas lo calificaron de "muy bueno" (75,6%).

Tabla 8: Valoración de los mecanismos de quejas por parte de la población desplazada

Valoración	AS Malepe	AS Ngongolio	AS Rwangoma	Total
Muy bien	12(80,0%)	10(66,7%)	12(80,0%)	34(75,6%)
No sé valorarlo porque desconozco los mecanismos	3(20,0%)	5(33,3%)	3(20,0%)	11(24,4%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

De las mujeres usuarias de planificación familiar de las 3 ES que respondieron al cuestionario durante el proceso de evaluación, el 80,0% (36) afirman que existe un sistema de gestión de reclamaciones, frente al 20% (9) que lo desconocen. Se estima que ese 20% no estaba informado de la existencia del sistema de gestión de reclamaciones y derivaciones comunitarias o no participó en las sesiones de sensibilización.

Tabla 9: Conocimiento de los mecanismos de quejas por parte de las usuarias de PF

Valoración	AS Malepe	AS Ngongolio	AS Rwangoma	Total
No	3(20,0%)	3(20,0%)	3(20,0%)	9(20,0%)
Si	12(80,0%)	12(80,0%)	12(80,0%)	36(80,0%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

De la valoración del sistema de gestión de reclamaciones, el 15,6% (7) no sabían cómo evaluar este sistema de reclamaciones porque no se les informó de la existencia de un buzón de sugerencias específico, mientras que el 46,7% (21) lo valoraron como bueno y el 37,7% (17) como muy bueno.

Tabla 10: Valoración de los mecanismos de quejas por parte de las usuarias de PF

Valoración	AS Malepe	AS Ngongolio	AS Rwangoma	Total
Bueno	10(66,7%)	6(40,0%)	5(33,3%)	21(46,7%)
No puedo evaluar porque desconozco el mecanismo de quejas	0(0%)	3(20,0%)	4(26,7%)	7(15,6%)
Muy bueno	5(33,3%)	6(40,0%)	6(40,0%)	17(37,7%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

En el caso del alumnado de los 3 centros escolares de las 3 ES, el 66,7% (30) afirmaron que existe un sistema de gestión de reclamaciones para el proyecto frente al 33,3% (15) que afirmaron que este sistema no existe o lo desconocen. Ese mismo número (66,7%) calificó de "bueno" el sistema de gestión de reclamaciones y el 33,3% no supo calificarlo porque no lo conocían.

Tabla 11: Conocimiento de los mecanismos de quejas por parte del alumnado

	Inst. Virunga / AS Malepe	Inst. Basayi Vusayi/ AS Ngongolio	Inst. Butanuka/ AS Rwangoma	Total
Si	9(60,0%)	10(66,7%)	11(73,3%)	30(66,7%)
No	6(40,0%)	5(33,3%)	4(26,7%)	15(33,3%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

Por último, se destaca también la creación de una línea telefónica (“Número Vert”) a través de la cual la población ha podido denunciar casos de violencia sexual o todo tipo de vulneración de derechos humanos en la comunidad. Además, las consejeras comunitarias han contado también con línea telefónica para poder facilitar la comunicación con la población de las zonas de salud.

El equipo evaluador considera que la puesta en marcha del mecanismo de quejas ha sido satisfactoria, incorporando esta recomendación de la evaluación externa del proyecto SOLHUM/2019/0001.

La apropiación también puede apreciarse en el compromiso de los y las profesionales de salud de las ES, habiendo trabajado en condiciones difíciles y facilitado la realización de acciones del proyecto más allá de las relacionadas con su trabajo. Un ejemplo de ello podría ser el apoyo brindado a GADHOP para el trabajo con agentes comunitarios y la realización de desplazamientos no compensados económicamente.

Gracias a las diversas sesiones de sensibilización organizadas por las consejeras, los miembros del CLDH y la instalación de buzones de sugerencias en las estructuras de atención médica y psicológica, los titulares de derechos pudieron participar en el proceso de ejecución del proyecto. Hombres y mujeres, niños y niñas participaron en las actividades a nivel de sensibilización y atención en general y, durante el proceso de evaluación se ha podido recoger que parece que durante el periodo epidémico la asistencia a este tipo de actividades daba lugar a una bonificación, por lo que la población tenía esa expectativa. En este sentido, el equipo evaluador recoge las opiniones, pero entiende que el enfoque de FARMAMUNDI y PPSSP es promover la apropiación de la comunidad y la sostenibilidad de las acciones y, por ello, se decide no bonificar la participación en cada una de las actividades.

8.6.Eficacia

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

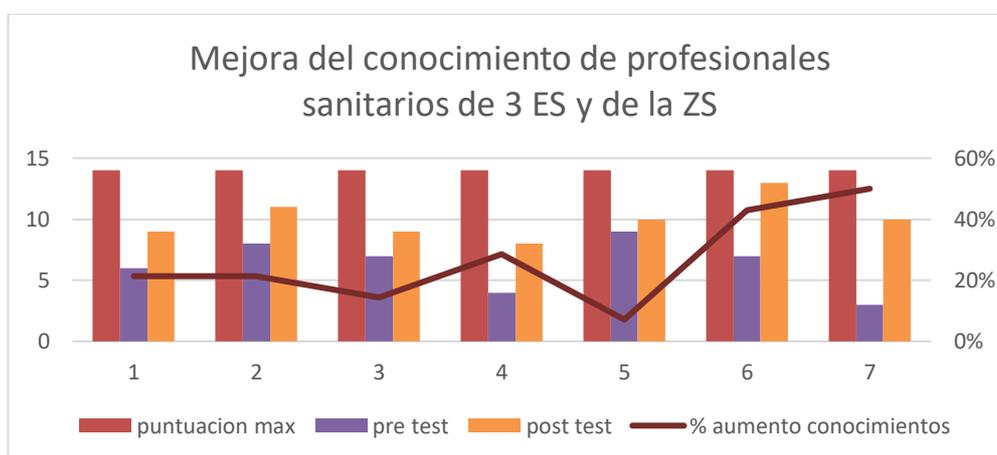
El criterio de eficacia hace referencia al **Criterio 2 de la NHE. Respuesta humanitaria eficaz y proporcionada**

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

R1. Las Áreas de Salud de Beni (AS, división geográfica del sistema de salud congolés que incluye una Estructura de Salud, ES, en ella, Malepe, Ngongolio y Rwangoma) refuerzan capacidades de prestación de servicios de SSR adaptados al género y la edad

La formación a 7 profesionales de salud de las 3 ES, Malepe, Ngongolio y Rwangoma, 2 profesionales por cada ES y un profesional de la ZS sobre violencia sexual, atención médica de la violencia sexual, incluyendo también la atención psicológica de urgencia y la atención de ITS ha contribuido a mejorar la calidad de la atención a la SSR y la VbG y VS. El siguiente gráfico muestra los resultados de la formación de las personas participantes y el incremento de conocimiento adquirido tras la formación

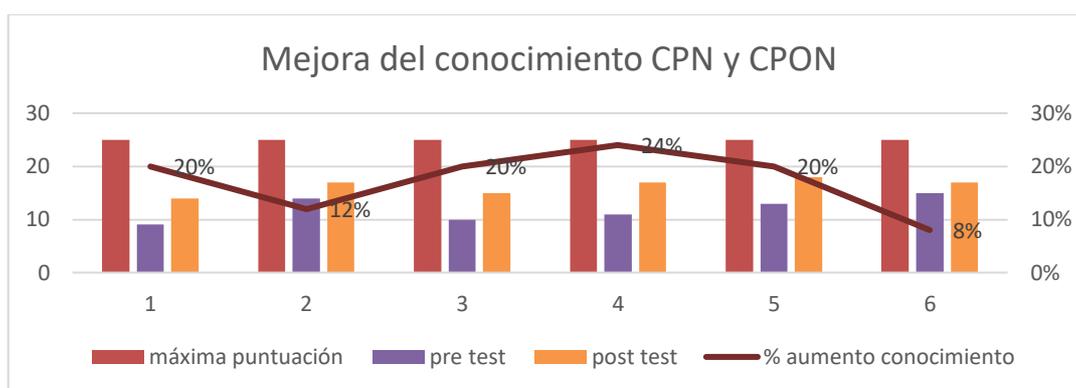
Gráfico 2: Formaciones a profesionales de salud de la zona de intervención.



Se ha realizado una segunda formación a profesionales sanitarios, en coordinación con la ZS, para el refuerzo de capacidades de control prenatal y post natal en casos de riesgo en 3 ES que evite la transmisión vertical de ébola COVID19 y otros virus. En este caso han participado las 3

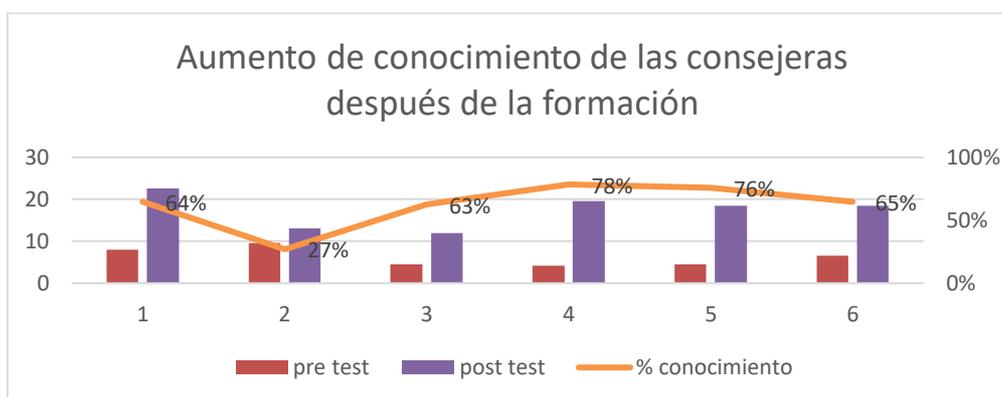
enfermeras y los 3 enfermeros de las 3 ES. Esta formación se ha enfocado principalmente a identificar los signos de amenaza, determinar el diagnóstico probable, usar protocolos de urgencias obstétricas, y proveer de cuidados esenciales a parturientas y neonatos. Entre los temas desarrollados se incluyen la preeclampsia, hemorragias, infecciones, complicaciones obstétricas, atención post aborto, atención post natal, entre otros. En el siguiente gráfico se muestran los resultados de los pretest y post test, mostrando un aumento del conocimiento entre un 8% y un 24%. Si bien ha habido un aumento en el conocimiento, los datos, junto con las recomendaciones del personal participante indican que el tiempo de asimilación no fue suficiente para la totalidad de temas que se abordaron.

Gráfico 3: Mejora del conocimiento de profesionales sanitarios en CPN y CPON en las 3 estructuras de salud



Además de formar a profesionales sanitarios, el proyecto ha realizado una formación a 6 consejeras de las 3 ES para reforzar sus capacidades de sensibilización en DSR, y en PF, con acento en los contextos de epidemia de ébola y COVID 19. También se ha incluido el refuerzo de herramientas de trabajo y recopilación de datos. Tal y como muestra el siguiente gráfico, las consejeras aumentaron su conocimiento entre un 27% y un 78%, poniendo de manifiesto el refuerzo de capacidades en los temas mencionados anteriormente.

Gráfico 4: Mejora del conocimiento de las consejeras en las 3 estructuras de salud

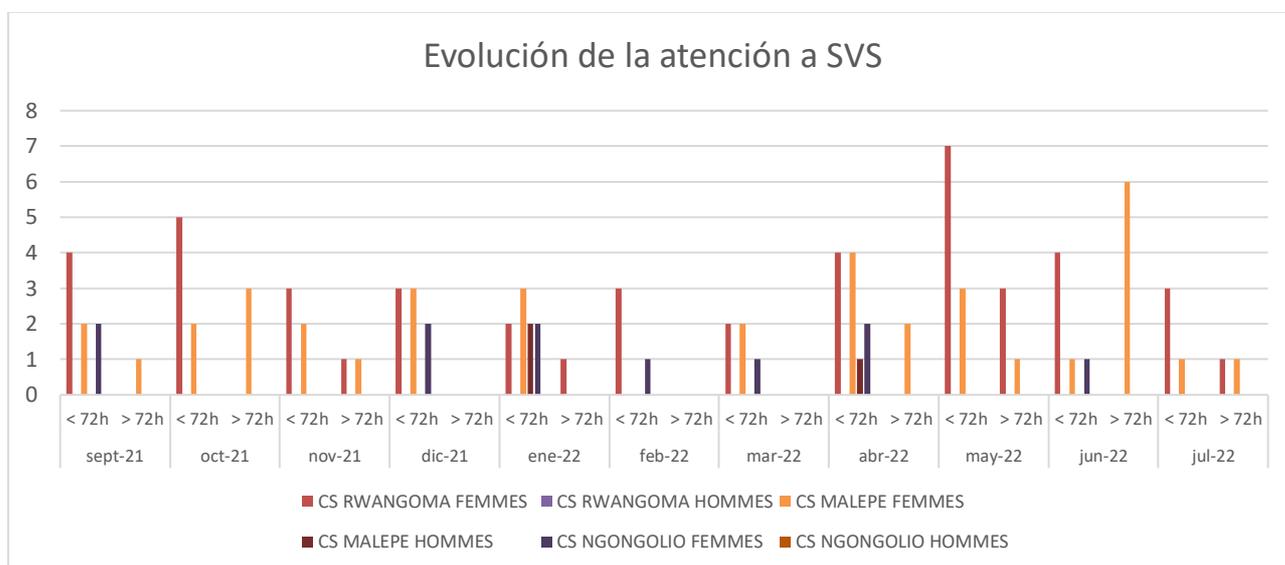


En cuanto a los temas desarrollados en esta formación queremos indicar que se incluyó también la Protección contra la explotación y el abuso sexuales (PEAS), ya que, en el mundo humanitario, la protección contra la EAS se ha convertido en uno de los temas transversales para proteger al personal y a la población beneficiaria de los proyectos.

Estos datos se refuerzan con las informaciones recogidas durante la evaluación en las áreas de salud que afirman haber mejorado su capacidad para atender a las MSVS. En el área de salud de Rwangoma, las consejeras confirmaron que gracias a la formación que recibieron sobre la violencia de género y la SSR, pudieron tratar a las SVS que acudían a ellas.

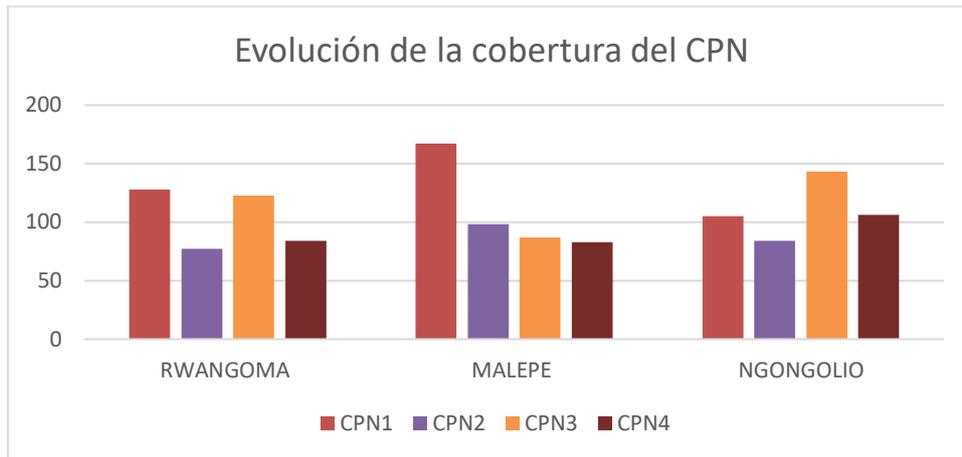
En relación con la atención, se muestra a continuación en el gráfico 5 la evolución de la atención a SVS durante el período de implementación del proyecto. Tal y como se puede observar se han realizado las atenciones mayoritariamente en un período inferior a 72 horas, siendo el 78,6% del total de las atenciones realizadas en este período. En este sentido se observa una variabilidad entre ES siendo Malepe donde se han realizado un mayor número de atenciones después de las 72 horas, concretamente el 36,6% de las atenciones realizadas ha sido después de las primeras 72 horas. Asimismo, la atención se ha realizado principalmente con mujeres, aunque sí se han atendido a 3 hombres en el CS de Malepe.

Gráfico 5: Evolución de la atención a SVS en las 3 estructuras de salud



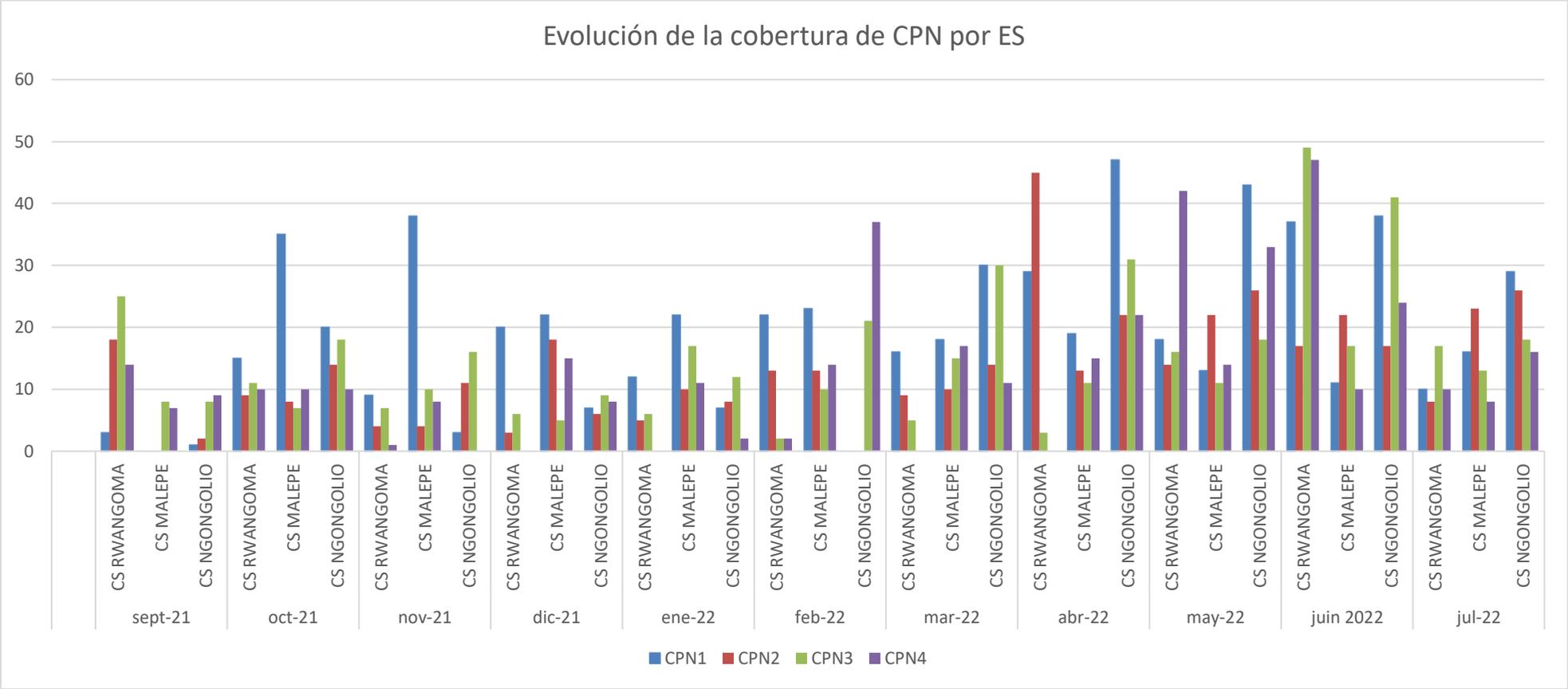
En relación con la cobertura del CPN, tal y como se puede observar en el gráfico, ha sido alta y aunque con fluctuaciones, se ha logrado mantener un porcentaje considerable de mujeres que han mantenido las 4 visitas. Los datos muestran que 400 mujeres realizaron el CP1, 259 el CPN2, 353 el CPN3 y 273 el CPN4, por lo que el 68,25% de las que realizaron la primera visita mantuvieron los 4 controles recomendados. El indicador previsto que era que 900 mujeres accedieran al 3^{er} y 4^o control prenatal se ha superado ya que han acudido 920 mujeres.

Gráfico 6: Evolución de la cobertura del CPN en las 3 estructuras de salud



Tal y como se puede observar en el gráfico 6, el número de visitas en los 4 controles prenatales ha sido similar en las 3 estructuras de salud. Se incluye a continuación un gráfico con la evolución por mes en cada una de las 3 estructuras de salud.

Gráfico 7: Evolución de la cobertura del CPN en las 3 estructuras de salud



En cuanto a la valoración de la atención durante el embarazo, el 46,7% (21) de las mujeres encuestadas la calificaron de "Muy buena", frente al 48,9% (22) que no la calificaron porque no estaban embarazadas el año pasado y el 4,4% (2) son respuestas de hombres cuyas esposas no estaban embarazadas, por lo que el 100% de las mujeres que hicieron uso de ella la calificaron como muy buena.

Tabla 12. Valoración de la CPN

Valoración	AS Malepe	AS Ngongolio	AS Rwangoma	Total
No puedo evaluar porque no he dado a luz en el último año.	7(46,7%)	8(53,3%)	7(46,7%)	22(48,9%)
Mi mujer no ha estado embarazada en el último año	2(13,3%)	0(0%)	0(0%)	2(4,4%)
Muy buena	6(40,0%)	7(46,7%)	8(53,3%)	21(46,7%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

Además, durante el período de implementación 672 partos fueron atendidos en las 3 estructuras de salud y las mujeres recibieron un kit de parto. De las 45 personas usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva encuestadas, el 46,7% afirmaron haber recibido un kit de parto, el resto no pudieron evaluarlo por no habían estado embarazadas o no habían parido en el último año.

Tabla 13. Valoración de la provisión de kit en el momento del parto

Valoración	AS Malepe	AS Ngongolio	AS Rwangoma	Valoración
No puedo evaluar porque mi mujer no ha estado embarazada en el último año	2(13,3%)	0(0%)	0(0%)	2(4,4%)
No puedo evaluar porque no he dado a luz en el último año	7(46,7%)	8(53,3%)	7(46,7%)	22(48,9%)
Ha recibido un kit de parto	6(40,0%)	7(46,7%)	8(53,3%)	21(46,7%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

La distribución de suministros e insumos médicos ha reforzado la capacidad de prestar servicios de SSR en las 3 ES atendiendo a la población vulnerable. En general, en todas las AS, las personas encuestadas de la población desplazada valoraron positivamente la provisión de equipos y suministros médicos en el proyecto, el 20% la calificaron de buena y el 80,0% de muy buena. El proyecto no sólo ha provisto de insumos sino también de kits como SONUB, VIH, PF, CPN, parto; y kit PEP para la atención de violencias sexuales.

Tabla 14. Valoración de la dotación de equipos e insumos por parte de la población desplazada de la zona de intervención

Valoración	AS Malepe	AS Ngongolio	AS Rwangoma	Total
Buena	4(26,7%)	3(20%)	2(13,3%)	9(20,0%)
Muy buena	11(73,3%)	12(80%)	13(86,7)	36(80,0%)
Total	15(100%)	15(100%)	15(100%)	45(100,0%)

En relación con la planificación familiar un total de 435 mujeres han accedido, siendo 8 de ellas menores de 18 años y 427 mayores de 18 años. Estos datos han aumentado gracias a la sensibilización sobre SSR para la población desplazada interna, las mujeres profesionales y las niñas que viven en grupos en las llamadas casas de "tolerancia/QG" debido a la pobreza.

La mayoría de las personas encuestadas de la población desplazada 84,4% afirmaron haber solicitado métodos anticonceptivos en diferentes AS frente a un 15,6% lo que justifica el elevado uso de métodos anticonceptivos en estas Áreas de Salud. El 84,4% también atestiguó la disponibilidad de estos métodos en las ES, frente a un 15,6% que no saben ya que no utilizaron estos métodos. Tal y como muestra la siguiente tabla, el anticonceptivo Jadelle fue el más demandado por las usuarias de planificación familiar en las 3 ES del proyecto.

Tabla 15. Tipos de contracepción demandadas por la población desplazada

Valoración	AS Malepe	AS Ngongolio	AS Rwangoma	Total
Contracepción no demandada	5(33,3%)	1(6,7%)	1(6,7%)	7(15,6%)
Provera	2(13,3%)	4(26,7%)	3(20,0%)	9(20,0%)
Jadelle	7(46,7)	9(60,0%)	5(33,3%)	21(46,7%)
Píldora	1(6,7%)	0(0%)	1(6,7%)	2(4,4%)
Condón	0(0%)	1(6,7%)	5(33,3%)	6(13,3%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

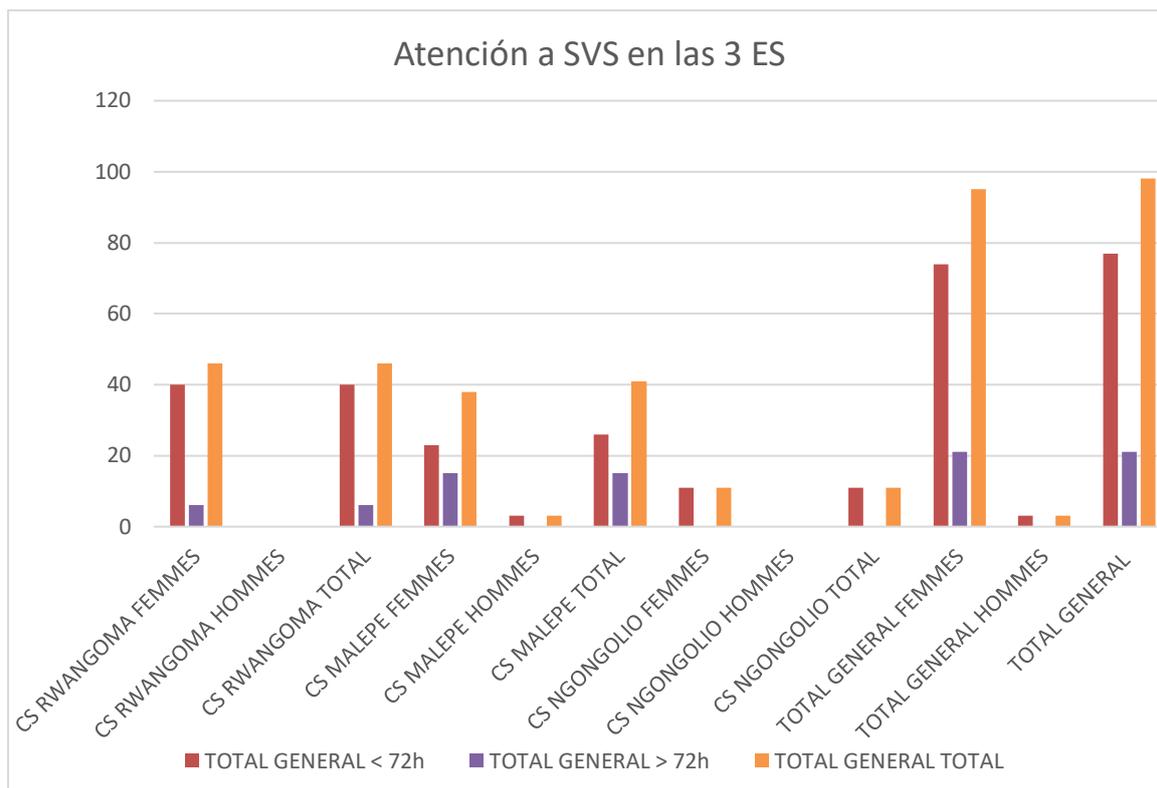
Además, de las 45 personas encuestadas, el 60,0% acudieron con sus parejas, lo que demuestra que la mayoría de las parejas están implicadas en la planificación familiar, frente a un 24,4% que acudieron sin sus parejas y el 15,6% que no utilizaron anticonceptivos.

Tabla 16. Asistencia al servicio de PF con la pareja

Valoración	AS Malepe	AS Ngongolio	AS Rwangoma	Total
No he usado anticoncepción	5(33,3%)	1(6,7%)	1(6,7%)	7(15,6%)
No he venido con mi pareja para solicitar la anticoncepción	1(6,7%)	3(20,0%)	7(46,7%)	11(24,4%)
Si	9(60,0%)	11(73,3%)	7(46,7%)	27(60,0%)
Total	15(100%)	15(100%)	15(100,0%)	45(100,0%)

En relación con el análisis de la atención a SVS en las 3 ES de Rwangoma, Malepe y Ngongolio. En el siguiente gráfico se presenta el número de SVS por ES y por sexo. En total, se han tratado a 98 SVS, de las cuales, sólo 3 son hombres y han sido atendidos en la ES de Malepe. Del total, 77 han sido atendidas antes de las 72h, y 21 después de las 72h, suponiendo un 78,5% de los casos totales y poniendo de manifiesto un buen impacto del trabajo de las redes comunitarias en cuanto a la sensibilización.

Gráfico 8: Atención a SVS en las 3 estructuras de salud



Durante el proceso de evaluación tanto las mujeres como los profesionales de salud resaltan la mejora en el acceso a los servicios en general y, en particular de población desplazada, el impacto del mensaje de la atención temprana en un plazo de 72 horas en el caso de sufrir una agresión y la mejora en la disponibilidad de los servicios de SSR:

"Este proyecto nos ha ayudado mucho porque fuimos atendidas gratuitamente y, a través de las sensibilizaciones, la población aprendió a prevenirse de los riesgos de violencia sexual y, una vez agredida sexualmente, debe acudir rápidamente a un hospital en un plazo de 72 horas para recibir atención médica". (Grupo de discusión con MSVS en el área de salud de Malepe)

La atención gratuita de enfermos y la terapia de grupo han ayudado enormemente a las comunidades y personas afectadas por la crisis humanitaria. En este sentido en los grupos de discusión se ha podido confirmar como la terapia de grupo ha supuesto una gran ayuda para las mujeres: *"nos sentimos aliviados por las acciones de la terapia de grupo"* (mujer SVS en Malepe).

La terapia de grupo por el proyecto previó 9 grupos de 8 supervivientes cada uno, englobando a 72 beneficiarias. Se realizaron un total de 3 sesiones por grupo, siendo el total 27. La metodología utilizada incluyó el apoyo emocional, técnicas de relajación y la educación. En estas sesiones se extrajeron, por un lado, pensamientos negativos relativos a la VS sufrida como: *“He sido violada porque soy una mujer desplazada”, “He sido víctima de violación porque soy una niña con discapacidad”, “Si fuera hombre, no habría sido violada”, “Si no hubiera ido al campo, no me habría pasado esto”*. Por otro lado, también se dieron testimonios de superación e ideas positivas como: *“Pensaba que había sido violada porque era una persona con discapacidad, pero me doy cuenta de que toda persona puede ser víctima”, “Pensaba que había sido víctima de violación por ir al campo, pero gracias a compartir estas experiencias, me doy cuenta de que no es una razón”, “Pensaba que era la única persona a la que le había pasado, ahora me doy cuenta de que afecta a muchas más personas”, “ Me sentía culpable, pero ahora me doy cuenta de que no, que no soy responsable, y gracias a compartir este espacio me estoy recuperando”, “Me he dado cuenta de que no sólo sucede a personas desplazadas, sino que puede pasarle a todo el mundo, no debo culpabilizarme”* .

El enfoque de género y generacional se integró en los servicios de SSR de las 3 ES identificando retos dentro de las áreas de salud que eran objeto de abusos y violaciones de derechos humanos (y violencia de todo tipo) y muchos de los cuales estaban mal orientados.

Aunque la SSR se suele orientar principalmente a mujeres por la dificultad de que los hombres acudan a los servicios de salud, el proyecto ha integrado el enfoque de género durante la ejecución de las actividades para que todas las personas puedan desempeñar su papel en la promoción de la igualdad comunitaria, por lo que se ha sensibilizado a los hombres para que acudan como padres a la consulta prenatal, acompañen a sus esposas a la consulta prenatal y elijan un método de planificación familiar.

En relación con la promoción de la prueba del VIH, el personal de salud manifestó que los suministros y las pruebas del VIH han resultado cruciales pero que todavía la mayoría de los usuarios de CDVA suelen avergonzarse de hacerse la prueba y no se cuenta con un lugar apropiado para hacer el counselling ni con un laboratorio. Esta incomodidad por no contar con un espacio que garantice la confidencialidad fue manifestada también en los grupos de discusión con mujeres.

Por último, otro de los logros que fue mencionado por la población desplazada ha sido el acceso a una atención de calidad para la población destacando a las mujeres embarazadas y a los niños/as.

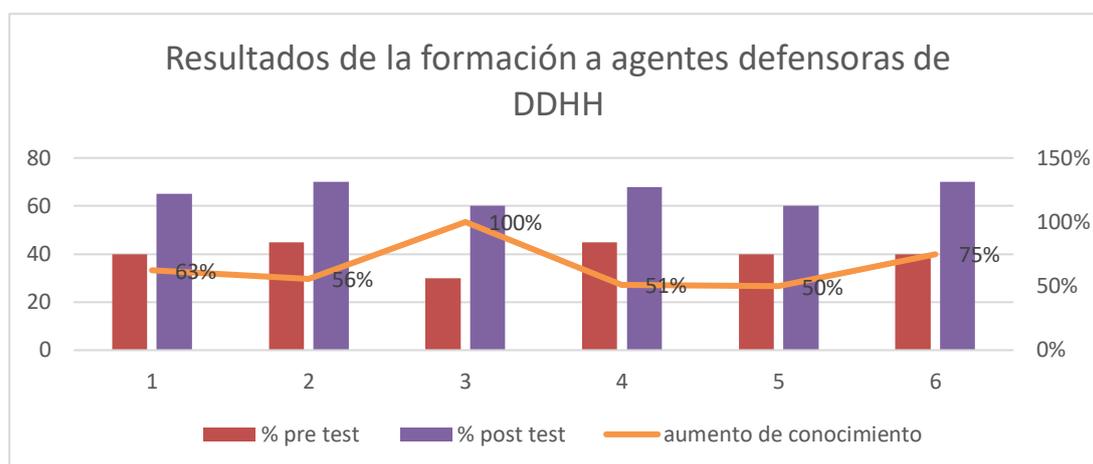
R2. Las redes comunitarias existentes incorporan la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en sus acciones para mejorar la identificación de casos de violencia basada en el género, fundamentalmente la violencia sexual, y evitar la estigmatización de las víctimas, con especial énfasis en la población joven

El proyecto ha puesto en marcha una red comunitaria de 6 agentes defensoras de derechos sexuales y reproductivos, a las que ha formado en promoción del derecho a una vida sana y

sobre prevención de VS y VbG en contextos de crisis, y que realizan sesiones de sensibilización en la comunidad y en centros educativos a profesorado y alumnado; la sensibilización de masas a través de radio y la creación de grupos de apoyo.

Esta formación además ha animado a que los y las participantes desarrollen técnicas operativas de movilización y sensibilización y apropiación de las políticas públicas para luchar con la VbG. El rol específico de los y las agentes de los CLDH es monitorear las violaciones de DDHH, incidencia a las autoridades competentes, derivaciones de casos a los actores competentes, mediación de conflictos locales, sensibilización a las poblaciones locales en DDHH, paz, protección de los derechos de las mujeres y de la infancia, y lucha contra la violencia sexual y contra el VIH/SIDA, etc. El contenido de la formación incluye tanto referencias a la legislación local de RDC como a la normativa internacional. En el gráfico siguiente se muestran los resultados del pretest y post test de las agentes que incrementaron su conocimiento entre un 50% y un 100%, después de una formación de dos días de duración.

Gráfico 9. Mejora del conocimiento de agentes defensoras de los CLDH



Esto se confirmó también en las entrevistas grupales con los CLDH. En concreto, en Ngngolio, declararon que se han beneficiado de una formación de buena calidad sobre SSR, que les ha permitido sensibilizar a toda la población del AS.

Con la sensibilización llevada a cabo por los miembros del CLDH y las consejeras, la comunidad ha conseguido conocer e identificar la violencia de género y denunciarla, y se ha producido una mejora. Sin embargo, todavía existen brechas en la promoción de no violencia, así como en el acceso a la justicia de las MSVS, ya que el contexto de seguridad sigue siendo frágil y los casos de violencia sexual siguen siendo muy frecuentes, pero el trabajo realizado, además de brindar una atención de calidad está contribuyendo a que aumenten las denuncias y se han identificado algunos casos de denuncia de hombres y a beneficiarse de la atención de emergencia.

En cuanto a las actividades realizadas en los 3 centros educativos, el 100% de estudiantes encuestados (15 por cada centro, 45 en total) manifestaron haber participado en una formación. Los temas más enseñados fueron la prevención de la VbG, el VIH y el uso de la PF en un 68,9%.

Tabla 17. Temas de formación a estudiantes de 3 centros educativos de 3 áreas de salud

	Inst. Virunga /AS Malepe	Inst. Basayi Vusayi/ AS Ngongolio	Inst. Butanuka/ AS Rwangoma	Total
VBG, Prevención de IST	5(33,3%)	2(13,3%)	7(46,7%)	14(31,1%)
Prevención de VS, VIH y uso de PF	10(66,7%)	13(86,7%)	8(53,3%)	31(68,9%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

La formación fue muy oportuna, ya que la mayoría, el 73,3%, la calificó de "buena" y el 26,7% de "muy buena". Esto significa que el equipo de defensores reforzó realmente la capacidad de los estudiantes en materia de SSR.

Tabla 18. Valoración de la formación por parte de los y las estudiantes de 3 centros educativos de 3 áreas de salud

Valoración	Inst. Virunga / AS Malepe	Inst. Basayi Vusayi/ AS Ngongolio	Inst. Butanuka/ AS Rwangoma	Total
Buena	9(60,0%)	15(100,0%)	9(60,0%)	33(73,3%)
Muy buena	6(40,0%)	0(0%)	6(40,0%)	12(26,7%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

Además, en los tres centros de enseñanza, el 100% de los encuestados están informados sobre promoción de la salud y prevención de infecciones. Esto demuestra la eficacia de la sensibilización.

Los anuncios radiofónicos y las sesiones de sensibilización fueron los formatos más utilizados y que más recuerdan los y las estudiantes encuestados, y así lo indicaron el 46,7%, seguidos de la formación en las escuelas, con un 31,1%.

Tabla 19. Formatos de sensibilización

	Inst. Virunga / AS Malepe	Inst. Basayi Vusayi/ AS Ngongolio	Inst. Butanuka/ AS Rwangoma	Total
Folletos y otros	4(26,7%)	3(20,0%)	3(20,0%)	10(22,2%)
Formación en las escuelas	3(20,0%)	5(33,3%)	6(40,0%)	14(31,1%)
Anuncios radiofónicos, sesiones de sensibilización	8(53,3%)	7(46,7%)	6(40,0%)	21(46,7%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

Por otro lado, la demanda de anticonceptivos en las escuelas sigue siendo baja, a pesar de la intensificación de la concienciación sobre la PF solo el 33,3% manifiesta haber tenido acceso. Sin embargo, se espera ver en el medio plazo un cambio positivo en el comportamiento sexual de los adolescentes gracias a la sensibilización llevada a cabo por los miembros del CLDH sobre SSR y sexualidad responsable.

Tabla 20. Acceso a la anticoncepción por parte del alumnado

	Inst. Virunga / Inst. Virunga / AS Malepe	Inst. Basayi Inst. Basayi Vusayi/ AS Ngongolio	Inst. Butanuka/ Inst. Butanuka/ AS Rwangoma	Total
No	9(60,0%)	10(66,7%)	11(73,3%)	30(66,7%)
Si	6(40,0%)	5(33,3%)	4(26,7%)	15(33,3%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

El método anticonceptivo más utilizado por los estudiantes ha sido el preservativo, con un 17,8% sobre el total, aunque si tenemos que el total de estudiantes que ha accedido a métodos anticonceptivos es un 33,3% de los encuestados, este porcentaje de uso del preservativo corresponde a más de la mitad. Además, manifestaron que estaba disponible en el 100% de los casos.

Tabla 21. Tipos de anticoncepción por parte del alumnado

	Inst. Virunga / AS Malepe	Inst. Basayi Vusayi/ AS Ngongolio	Inst. Butanuka/ AS Rwangoma	Total
Provera	0(0%)	3(20,0%)	0(0%)	3(6,7%)
Jadelle	0(0%)	2(13,3%)	0(0%)	2(4,4%)
No he pedido anticoncepción	9(60,0%)	10(66,7%)	11(73,3%)	30(66,7%)
Condón	6(40,0%)	0(0%)	2(13,3%)	8(17,8%)
Píldora	0(0%)	0(0%)	2(13,3%)	2(4,4%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

Además, el 100 %, afirmaron haber participado en un acto de sensibilización en el último año. Entre los temas principales de las sensibilizaciones, la mayoría, el 64,4% lo fueron sobre VS, ITS, VIH y el 35,6% mencionaron las de SSR y VbG.

Tabla 22. Temas de sensibilización

Items	Inst. Virunga /As Malepe	Inst. Basayi Vusayi/As Ngongolio	Inst. Butanuka/As Rwangoma	Total
DSR, VBG	4(26,7%)	4(26,7%)	8(53,3%)	16(35,6%)
VS, IST, VIH	11(73,3%)	11(73,3%)	7(46,7%)	29(64,4%)
Total	15(100,0%)	15(100,0%)	15(100,0%)	45(100,0%)

Un dato interesante que conviene resaltar es que sólo el 40% tiene acceso a una radio y ha escuchado mensajes radiofónicos sobre salud sexual y reproductiva en el último año. Además, el tema más difundido en el mensaje radiofónico fue el de las pruebas voluntarias de VIH, ITS, VS y VG. Todos los que siguieron el mensaje radiofónico (40%) lo valoraron muy bien.

La multiplicación de las sesiones de sensibilización y las emisiones radiofónicas han permitido concienciar a la población vulnerable, especialmente a las mujeres, que son las más afectadas. En este sentido, durante el proceso de evaluación se han recogido testimonios que muestran la

mejora de la información y el cambio de comportamiento, se presenta a modo ilustrativo uno de ellos.

“Antes del proyecto, no sabía que había problemas de violencia de género en las parejas y que esos problemas los resolverían los profesionales sanitarios”. (mujer en Rwangoma)

La mayoría del alumnado encuestado, el 86,7%, afirmaron que la atención de urgencia a las mujeres víctimas de violencia sexual estaba mejorando, y en concreto hay una percepción de que no hay embarazos precoces porque el alumnado está informado sobre salud sexual y ahora saben cómo comportarse.

Por último, el profesorado manifestó interés en ser capacitado en SSR, SSR, VG y VS quienes, junto con los miembros del CAC, durante el proceso de evaluación manifestaron su interés en ser considerados agentes clave para trabajar la sensibilización con el alumnado.

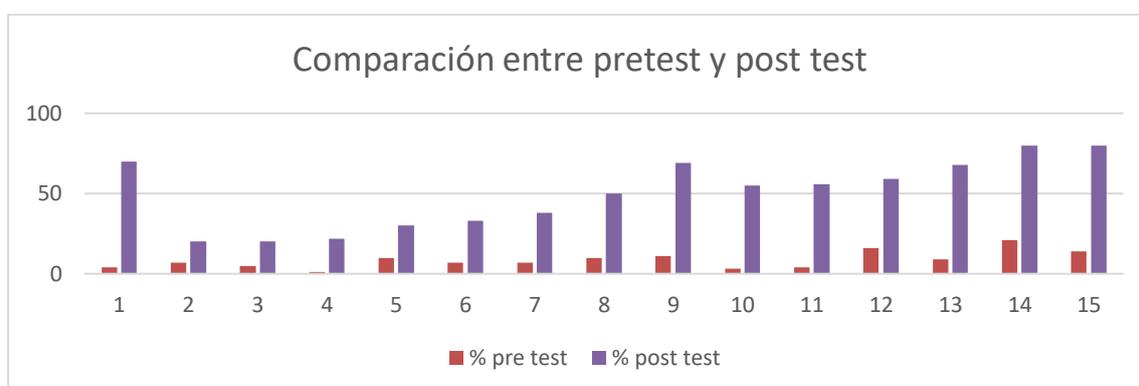
R3. Reforzadas las capacidades de incidencia en políticas públicas entre la sociedad civil y los grupos de mujeres organizados en Beni para demandar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y una vida libre de violencias ante las autoridades locales y provinciales

Con respecto al componente de incidencia política, el proyecto ha realizado dos formaciones para el refuerzo de capacidades de las OSC, organizaciones de la sociedad civil, en incidencia en políticas públicas. Un total de 15 personas (5 hombres y 10 mujeres) pertenecientes a diferentes OSC han sido beneficiadas con esta formación facilitada por GADHOP.

Los temas desarrollados han sido: nociones sobre derechos humanos, la recopilación de datos de violaciones de DDHH, el concepto de VbG y violencia sexual; y la política pública de lucha contra la VbG (Estrategia Nacional de Lucha contra las Violencias Basadas en el Género SNVBG).

Además, la formación pretendía que los y las participantes desarrollaran las herramientas para llevar a cabo las sensibilizaciones, dotando de un componente muy práctico a las dos sesiones. Tal y como muestra el siguiente gráfico, el impacto de la formación fue evidente en los resultados del pre y post test.

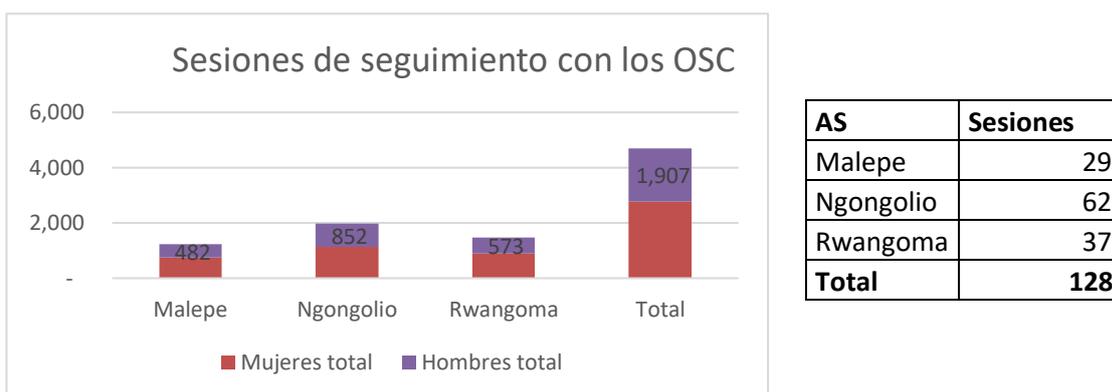
Gráfico 10: Resultados de la formación a representantes de las OSC



GADHOP ha incorporado con éxito, por un lado, temas clave como Derechos Humanos, DSR, VS y VbG y el EAS y, por otro lado, la metodología aplicada por GADHOP ha estado centrada en una estrategia basada en el intercambio, compartiendo testimonios, historias de éxito, reuniones, y debates; y esto ha sido clave para la consecución de este resultado. Asimismo, se ha contribuido a mitigar barreras en la comunidad muy ligadas a creencias y prácticas que dificultan el acceso de la población a los servicios de SSR.

Después de la formación, se han llevado a cabo visitas de seguimiento durante todo el proyecto para recoger la voz de todos los actores, concluyendo dicho proceso con dos sesiones de grupos de trabajo para definir las estrategias de incidencia. Se ha elaborado un documento “La política pública se requiere para el bienestar de la población en materia de derechos sexuales y reproductivos”, con 12 recomendaciones. Este documento se ha presentado a 15 autoridades provinciales de Goma, a miembros de las OSC de Beni y a líderes comunitarios. Además, se han realizado visitas de seguimiento en las 3 AS, 37 visitas en Rwangoma, 62 en Ngongolio y 29 en Malepe, tal y como se aprecia en el siguiente gráfico.

Tabla 23 y Gráfico 11: Número de sesiones por AS durante el período de ejecución del proyecto y número de participantes implicados desagregados por género



Asimismo, se han celebrado dos encuentros a nivel local en Beni y provincial en Goma para la promoción de los DSR a través de la difusión del documento mencionado anteriormente. De esta manera, el proyecto supuso una solución a algunos de los problemas de la comunidad, ya que la población y la sociedad civil tuvieron la oportunidad de expresarse en relación con la situación de inseguridad y sus consecuencias, y las quejas y recomendaciones se hicieron llegar a las autoridades locales y provinciales. En Beni se presentó a 15 autoridades político-administrativas.

Las recomendaciones cubren entre otros, aspectos sanitarios, judiciales y socioeconómicos:

- Hacer efectiva la asistencia médica gratuita y mejorar las condiciones de vida del personal sanitario
- Dotar a las estructuras sanitarias de equipamiento médico
- Reforzar las capacidades del personal sanitario
- Reforzar las capacidades de los funcionarios de la Policía Judicial
- Restablecer la paz (reforzar la paz y la convivencia pacífica) convivencia pacífica)

- Capacitar a los líderes religiosos y tradicionales en materia de salud sexual y reproductiva.
- Crear actividades generadoras de ingresos (AGI) para las víctimas de violencia
- Supervisar y acompañar psicológicamente a las víctimas de masacres
- Identificar las estructuras sanitarias inviables y no rehabilitadas

Se destaca como positivo que a través del informe de promoción que se presentó en Beni y Goma, las autoridades se comprometieron a resolver los problemas. Se tomaron 9 compromisos:

- Sensibilización de Líderes Comunitarios sobre Salud Sexual y Reproductiva y Violaciones de los Derechos Humanos por parte del CS de Ngongolio.
- Reforzar la política de SSR y hacer que la gestión de casos de desnutrición y VIH por parte del CS de Rwangoma.
- Recordar a las autoridades judiciales observar su ética profesional y aplicar la ley, entre otros. En el caso de Goma, las autoridades locales se comprometieron a establecer un programa especial para la ciudad y territorio de Beni afectados por las masacres por parte de la División de Planificación
- Capacitar a la policía judicial por la policía nacional congoleña
- Tratar los dosieres judiciales aplicando la ley, por parte de enjuiciamiento civil.
- Restaurar la paz en la convivencia por la sociedad civil, entre otros.

Las OSC manifestaron durante el proceso de evaluación que su papel era la sensibilización a nivel comunitario y la realización de la incidencia social para garantizar los derechos de la población, Como ejemplo, se incluye un testimonio de un miembro de una OSC de Rwangoma dijo: *"Nos dedicamos a sensibilizar a la comunidad sobre la violencia de género, los DDHH y la violencia sexual, luego denunciarnos y documentamos casos de violencia sexual y de género, y después recogemos recomendaciones de la comunidad para defenderlas"*.

A nivel de Beni particularmente, GADHOP hizo un seguimiento de estos compromisos en Beni. En concreto, según la representante de GADHOP durante la labor de incidencia a nivel provincial, se reunieron con el Jefe de la División de Planificación quien recomendó que se presentaran al Ministerio de Planificación del Gobierno central.

8.7. Conectividad y enfoques transversales

Grado en el que las actividades que dan 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 al criterio de sostenibilidad que se utiliza en la evaluación de programas de desarrollo. En este apartado se analizan también la incorporación de los enfoques de género y de derechos durante la implementación del proyecto.

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

- Alineamiento con las políticas locales: En la ejecución de las actividades se respetó la normativa local, ya que el proyecto respondió favorablemente a los problemas de la comunidad teniendo en cuenta las normas consuetudinarias locales. En el documento de promoción se establecieron estrategias de transición para trabajar los compromisos por parte de las autoridades.
- Incorporación de respuesta a una emergencia incluyendo aspectos de rehabilitación: El proyecto se centró en la fase de emergencia, ya que fue diseñado para atender a la población vulnerable en una situación de crisis aguda, pero integró el aspecto de rehabilitación abordando la atención a la población desplazada internamente, las mujeres embarazadas, los partos y la atención psicológica de SVS contribuyendo al alivio de la comunidad beneficiaria.
- Mejora de las capacidades locales: El proyecto ha mejorado las capacidades de profesionales de salud, consejeras de salud, CLDH y OSC. Esta formación ha favorecido la conectividad de las acciones provistas por el proyecto. Además, a través de la movilización social y la sensibilización se tranquilizó a la población para que siguiera presentando todos los problemas de las mujeres a la división de género y familia del Ayuntamiento de Beni para obtener apoyo jurídico con el fin de detener a los autores de la violencia sexual.
- La promoción de la incidencia social: La realización del documento de incidencia elaborado en el marco del proyecto en el que se establecieron recomendaciones y compromisos a problemas a medio y largo plazo.

Sin embargo, las ES siguen teniendo muchas limitaciones existiendo aspectos relacionados con la provisión de servicios como el suministro de insumos médicos en el que es muy complicado evitar la ruptura de stock.

En cuanto a los enfoques transversales, cabe resaltar que, aunque a los servicios de salud sexual y reproductiva acuden mayoritariamente mujeres, el proyecto ha integrado el **enfoque de género** durante la ejecución de las actividades, de modo que todas las personas puedan desempeñar su papel, cada una a su manera, para promover la igualdad comunitaria. Por ello, se ha sensibilizado a los hombres sobre la importancia de la atención prenatal, y de que acompañen a sus esposas a la atención prenatal y elijan un método de planificación familiar. Además, se ha mejorado la **cobertura** aumentando la atención a hombres supervivientes de violencia sexual.

8.8. Impacto

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

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

No obstante, se puede afirmar que el proyecto ha tenido un claro impacto positivo en el sistema de salud de la zona reforzando capacidades asistenciales dirigidas a población vulnerable a través de mejoras en la provisión de material e insumos y del fortalecimiento de capacidades de profesionales sanitarios dada la situación del contexto y la debilidad específica de las 3 ES en la zona de intervención.

Los principales logros del proyecto fueron la capacitación de las partes interesadas, el suministro de insumos médicos, la atención médica y psicológica, la movilización social y los debates en torno a los retos de la violencia de género y los DSR, la aplicación de políticas públicas a través de la incidencia ante las autoridades locales y provinciales.

Dado que la zona de salud de Beni es la más grande, este impacto ha sido específico sólo para las tres AS. Un dato relevante es que durante un año del proyecto no hubo ningún caso de muerte materna, mientras que en la zona se registraron más de 15 casos.

Además, en todas las entrevistas individuales y grupales realizadas, así como en los cuestionarios, se perciben los siguientes impactos positivos:

- El aumento de las capacidades del personal sanitario de las estructuras sanitarias apoyadas por el proyecto
- El aumento de la visibilidad de la violencia sexual, especialmente a través de emisiones de radio, como flagrante violación de los derechos humanos de las mujeres en las zonas donde interviene el proyecto
- El aumento de número de casos atendidos de urgencia por debajo de las 72 h después de haber sufrido la agresión, ya mencionado en el apartado de eficacia.
- Una mayor concientización de la población sobre la SSR (importancia de acudir a la CPN y CPON, y la Planificación familiar) y la VS (importancia de acudir antes de las 72h).
- La mayor implicación de los hombres en la planificación familiar
- La atención a SVS hombres, que en el proyecto anterior no se registraron
- Un cambio de creencias comunitarias contrarias al acceso a la planificación familiar para jóvenes, principalmente
- Un cambio de comportamientos por parte de la comunidad que ha contribuido a un mayor acceso a los servicios de SSR en las AS
- Un cambio a nivel de políticas, con el compromiso de las autoridades de Beni y Goma para abordar las preocupaciones expuestas en el informe elaborado por el proyecto

9. CONCLUSIONES

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

La **pertinencia** del proyecto queda demostrada tanto por la trayectoria de colaboración entre PPSSP y Farmamundi y su experiencia, que garantiza un conocimiento compartido del contexto. El proyecto ha apoyado a poblaciones que sufren violaciones de sus derechos sexuales, a agentes comunitarios para aumentar sus capacidades para la incidencia política y ha fortalecido el sistema de salud, tanto en su calidad como en la mejora de la disponibilidad de servicios e insumos.

El aumento de los desplazamientos de la población y de las necesidades humanitarias en el último año unido a la disminución de fondos destinados a RDC tras el fin de la epidemia de ébola ha hecho que la pertinencia de proyecto sea aún mayor. En este sentido es importante también mencionar que el proyecto da respuesta a las diversas alertas expresadas en los informes de los clústeres y de la recopilación de diversas necesidades en la zona sanitaria de Beni y en las estructuras sanitarias.

El análisis de **eficiencia** muestra que la ejecución ha sido eficiente con un alto porcentaje, alrededor de un 60,77%, destinado a la ejecución de actividades y su seguimiento (viajes, alojamiento y dietas, equipos y materiales, construcción y otros servicios técnicos) y un 30,81% destinado a personal. En general, se cubrieron las necesidades de recursos del proyecto en un contexto donde la movilización puede verse afectada por las condiciones de seguridad, se realizó seguimiento de las acciones y los recursos humanos utilizados para llevar a cabo las actividades fueron adecuados.

Los mecanismos de **coordinación** establecidos y utilizados por el proyecto cuentan con una alta valoración por parte de todas las partes. A nivel interno han resultado muy eficientes y han contado con la flexibilidad necesaria para adaptarse a un entorno muy cambiante y, a nivel externo el alto grado de participación de PPSSP y GADHOP en los diferentes espacios de coordinación de todos los actores del sector en terreno, ha permitido el conocimiento profundo y actualizado del contexto, la coordinación con otros actores y el establecimiento de sinergias y complementariedades entre ellos. Algunos ejemplos como la derivación a servicios jurídicos o de traslados de urgencias obstétricas muestran el grado de coordinación en las ES y la complementariedad. La coordinación con las ES también ha sido muy constante y bien valorada.

En cuanto al **fortalecimiento de capacidades locales**, el proyecto, incorporando un enfoque de derechos, ha fortalecido las capacidades tanto de instituciones públicas como titulares de obligaciones, organizaciones comunitarias como titulares de responsabilidades y población titular de derechos. Se destaca el refuerzo de los recursos, entidades e instituciones locales mediante la capacitación del personal sanitario con los líderes comunitarios y la mejora de la concienciación profesional en la prestación de servicios. GADHOP apoyó a PPSSP en el desarrollo de las capacidades de autoridades locales en el ámbito de la salud y de la violencia de género con el fin de presentar informes de incidencia a nivel provincial y a CLDH, como titulares de

responsabilidades. La valoración de estas formaciones es muy alta resaltando su calidad y utilidad.

En lo que se refiere a **apropiación y participación**, la puesta en marcha de encuestas de satisfacción, así como de mecanismos de quejas y sugerencias ha contribuido a dar voz a la población titular de derechos y a generar participación de las organizaciones comunitarias tales como CODESA apoyando la puesta en marcha de los buzones de quejas y sugerencias, el sistema de rendición de cuentas con la participación de los oyentes comunitarios y CODESA. La valoración de estos mecanismos de quejas y sugerencias es buena y el conocimiento que tiene la población desplazada, mujeres usuarias y estudiantes de ellos es alto, aunque todavía queda un margen de mejora para que estos mecanismos sean conocidos y/o utilizados por toda la población.

En relación con la participación se destaca también el enfoque comunitario del proyecto, que ha considerado a un amplio espectro de los recursos comunitarios (agentes comunitarios, y CLDH, entre otros) ha favorecido la aceptación, y por tanto ha contribuido a la apropiación del proyecto.

En cuanto a la **eficacia**, el derecho a la salud, principalmente en relación con el acceso y la calidad ha mejorado gracias a la formación recibida por los profesionales sanitarios y consejeras de salud. Las sesiones y acciones de sensibilización unido a la distribución de suministros e insumos médicos han reforzado la capacidad de prestación de servicios de SSR en las 3 ES. Los principales logros identificados son: (1) el aumento de la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de la atención de emergencia a MSVS antes de las 72 horas, (2) el aumento de la participación en hombres en las consultas de PF, así como de casos que acuden a los servicios de emergencia de atención a la VS y, (3) el acceso a la atención psicosocial de calidad y gratuita para MSVS a través de los grupos de terapia.

Las redes comunitarias han mejorado sus capacidades para la identificación de casos de VbG y VS y para sensibilizar a la comunidad. En este sentido los principales logros identificados han sido: (1) la mejora de las capacidades de agentes defensoras de derechos sexuales y reproductivos, (2) una mayor visibilización del tema de la violencia y la SSR tanto en población joven como en mujeres y, (3) la mejora de la capacidad de los CLDH para monitorear las violaciones de DDHH. A pesar de ello, sigue habiendo brechas en la promoción de no violencia, así como en el acceso a la justicia de las MSVS, derivadas del contexto de seguridad frágil en el que los casos de violencia sexual siguen siendo muy frecuentes y un reto en uso de métodos anticonceptivos en la población joven.

Las capacidades para la incidencia política de las OSC se han visto reforzadas a través de las formaciones y se ha logrado establecer comunicación con las instituciones públicas competentes en las que se les ha dado a conocer la situación y se han realizado recomendaciones. De estas acciones se han logrado acuerdos para mejorar la situación por parte de las autoridades.

En relación con la **conectividad**, se han identificado algunos elementos que contribuyen a la respuesta a la emergencia a corto plazo tomando en cuenta las diferentes causas e intentando promover respuesta a más largo plazo, como son: (1) el alineamiento con las políticas locales y el respeto a la normativa y cultura comunitaria local, así como el trabajo de incidencia política, (2) la incorporación de elementos de rehabilitación y fortalecimiento de capacidades y, (3) la promoción de la incidencia social fomentando una visión de desarrollo y promoción de la paz siguiendo el enfoque triple Nexus. A pesar de ello, aspectos como el abastecimiento de medicamentos de manera permanente siguen siendo un reto relacionado con la debilidad de las ES.

En cuanto a los **enfoques transversales**, este ha sido incorporado en todas las formaciones y se ha realizado un esfuerzo en la promoción de la igualdad y corresponsabilidad logrando aumentar el acompañamiento y la participación de los hombres en las visitas del control prenatal, así como aumentando la atención a hombres supervivientes de violencia sexual.

En cuanto al **impacto**, los principales logros identificados del proyecto han sido: (1) el fortalecimiento de capacidades de profesionales sanitarios dada la situación del contexto y la debilidad específica de las 3 ES en la zona de intervención, (2) garantizar una atención médica y psicológica de calidad para las SVS, (3) la mejora en la interlocución con instituciones y el logro de acuerdos por parte de las mismas, (4) el aumento de la visibilidad de la violencia sexual en la comunidad y, (5) la reducción de la mortalidad materna en la zona de intervención no habiéndose dado ningún caso durante el período de implementación.

10.LECCIONES APRENDIDAS

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

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

En la fase de **formulación**:

- La realización de una línea de base, teniendo en cuenta a todos los agentes comunitarios sirvió, por un lado, para actualizar las necesidades en un entorno cambiante, así como para concretar las necesidades de suministros médicos y, para contar con la medición de la situación de partida que ha facilitado el ejercicio del proceso de evaluación.

En la fase de **implementación**:

- La coordinación entre los socios, así como la distribución de roles basada en su expertise ha permitido una buena organización y complementariedad y ha facilitado el alcance de los objetivos del proyecto.
- El refuerzo de las capacidades locales para encontrar soluciones a los problemas relacionados con la violencia sexual, la violencia de género y la SSR en las comunidades.
- La participación en espacios de coordinación local ha contribuido claramente a la complementariedad de acciones, así como a la eficacia del proyecto.

En el **monitoreo y evaluación**:

- La formación a los CLDH en herramientas de trabajo y de recopilación de datos para incorporarlos en el sistema de monitoreo y evaluación del proyecto.
- La realización de un Plan de monitoreo para el seguimiento de acuerdos establecidos entre los CLDH y las instituciones públicas.
- La formación a socios locales sobre seguimiento durante la visita a terreno del técnico de Farmamundi.

11. RECOMENDACIONES

En primer lugar, se considera fundamental continuar con el apoyo a este tipo de proyectos de SSR incluyendo la VbG y la VS en contextos como el de Kivu Norte en la República Democrática del Congo, con el fin de mejorar la vida de muchas personas en uno de los peores lugares del mundo para nacer mujer.

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

Como recomendación inicial se propone en el marco del Comité de rendición de cuentas, generar un espacio de revisión de las recomendaciones de la evaluación en el que participen todos los actores involucrados (PPSSP, GADHOP y Farmamundi) con el fin de analizar y planificar su puesta en marcha.

1. **Revisar con la ZS de Beni y con las instituciones de gobierno competentes sus compromisos tanto en relación con la sostenibilidad de los recursos humanos como en las acciones de promoción de la paz.** Se recomienda realizar una reunión en la que se revisen los acuerdos establecidos en relación con la sostenibilidad del personal de salud en las Estructuras de Salud y para explorar con las instituciones competentes (justicia, educación u otras), la promoción de acciones para la promoción de la paz y la reducción de la violencia en Kivu Norte.
2. **Continuar reduciendo las brechas de género y promoviendo la corresponsabilidad de los cuidados en el ámbito de la SSR.** Se recomienda incorporar en las acciones comunitarias la importancia de la participación de los hombres en las acciones de PF, así como en el cuidado de la salud de los niños y niñas e identificar espacios comunitarios en los que participen específicamente hombres para fomentar procesos de sensibilización y concienciación de género y de masculinidad positiva.
3. **Continuar con las acciones de IEC para reducir el estigma y la discriminación de las SVS y de sus hijos/as a nivel comunitario.** Se recomienda promover acciones de sensibilización en las comunidades orientadas a visibilizar la violencia sexual y de género y desculpabilizar a las víctimas y sus familias promoviendo el apoyo comunitario y no la discriminación.
4. **Implicar al profesorado, CAC y líderes religiosos como agentes de sensibilización en DSR y VbG y VS.** Se recomienda formar al profesorado, CAC y líderes religiosos con una metodología de formación de formadores para que luego ellos puedan replicar con alumnado en el caso del profesorado o con la comunidad en el caso de los CAC y líderes religiosos.
5. **Incluir el registro de acompañamiento en las consultas de CPN y PF.** Se recomienda registrar en las consultas si las mujeres van acompañadas de sus maridos con el fin de ver si está aumentado la participación de los hombres en las mismas y aprovechar estas consultas

para sensibilizar sobre el autocuidado, las relaciones de buen trato y la corresponsabilidad en la SSR.

6. **Seguir promoviendo en las sensibilizaciones el aborto seguro tal y como recoge el protocolo de la Unión Africana a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos con relación a los Derechos de las Mujeres en África, más conocido como el Protocolo de Maputo**
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/ProtocolontheRightsofWomen.pdf>. Se recomienda seguir trabajando este tema en las sensibilizaciones y garantizar la referencia al Hospital de Beni y la disponibilidad asegurando la privacidad e intimidad.
7. **Continuar reforzando la promoción de la salud con los jóvenes en los temas en los que ellos y ellas consideran que hay más problemas, que son: el embarazo precoz y la información sobre SSR.** Se recomienda organizar campañas y/o acciones comunitarias dirigidas a la población joven para la prevención del embarazo precoz, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la autoestima, el autocuidado y las relaciones de buen trato. Se recomienda explorar metodologías participativas y/o incorporar en acciones culturales y/o de tiempo libre como teatro comunitario, estos temas.
8. **Incorporar el componente de cash transfer para las SVS.** Se recomienda incorporar las ayudas económicas para las SVS realizando una identificación de si otras organizaciones están poniendo en marcha otro tipo de iniciativas y revisando las evaluaciones de procesos similares en otros contextos.
9. **Dar mayor difusión a las quejas y sugerencias y a las respuestas que se está dando a las mismas.** Se recomienda continuar dando difusión a los buzones de sugerencias para que la población conozca su existencia, promover su análisis y dar difusión a las respuestas que se da a las quejas.
10. **Continuar reforzando las capacidades para el seguimiento entre PPSP, las ES y los actores comunitarios.** Se recomienda realizar sesiones formativas con las personas responsables de la ZS de Beni y el personal de las ES sobre la recogida y análisis de la información que se está generando en las atenciones. Se promoverá la mejora de la calidad en la recogida de la información y poner en marcha sesiones para el análisis de la misma en la que se incorpore la perspectiva de género con el fin de conocer quien está acudiendo a los servicios de SSR, qué tipo de enfermedades o problemas tienen hombres y mujeres (sobre todo si se recoge información de ITS) y tomar medidas al respecto en relación a la promoción de la salud y la organización de los servicios sanitarios. Se reforzará también la incorporación de la perspectiva de género en el análisis que se realiza sobre la situación de salud en las reuniones mensuales del CODESA.
11. **Promover la formación y sensibilización de los jueces y otros actores importantes en el sistema judicial.** Teniendo en cuenta que, a pesar de los avances, todavía existen brechas en la promoción de no violencia, así como en el acceso a la justicia de las MSVS, ya que el contexto de seguridad sigue siendo frágil y los casos de violencia sexual siguen siendo muy frecuentes, se recomienda realizar acciones de formación y sensibilización con los jueces sobre VbG y VS.

Las recomendaciones 4, 8 y 9 ya han sido incorporadas en el proyecto Proyecto *“Respuesta humanitaria multisectorial de atención, prevención y protección del derecho a la salud y a una vida libre de violencias en un contexto de simultaneidad de emergencias sanitarias y de naturalización de la VSyBG, en Kivu Norte, RDC”* financiado por la GVA en la convocatoria de 2021 con número de expediente SOLHUM/2021/0002.

12. ACCIONES RECOMENDADAS PARA LA DIFUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

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

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

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

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

Audiencia	Finalidad	Instrumentos y actividades de socialización	Plazo de ejecución	Personas responsables	Otros actores implicados
Responsables del proyecto de Farmamundi y PPSSP	Dar a conocer las conclusiones y trabajar conjuntamente las recomendaciones	Taller con exposición del proceso de evaluación y trabajo conjunto con las recomendaciones	Febrero-marzo 2023	Farmamundi PPSSP SANART	
Personal técnico de las diferentes áreas de Farmamundi	Dar a conocer el proceso de evaluación, las conclusiones y recomendaciones	Reunión con presentación del proceso y espacio para aportes y preguntas	Febrero-marzo 2023	Farmamundi	

Audiencia	Finalidad	Instrumentos y actividades de socialización	Plazo de ejecución	Personas responsables	Otros actores implicados
Personal de las Estructuras de Salud y Zona de salud de Beni	Compartir el proceso de evaluación con el fin de retroalimentar el trabajo realizado, que conozcan los avances de las diferentes ES y que puedan poner en marcha algunas de las recomendaciones.	Reunión en el Comité de Salud mensual	Marzo 2023	PPSSP GADHOP	DPS (Zona de salud de Beni)

3. Tercera fase. Una vez presentado a los diferentes se compartirá en la web de Farmamundi el informe de evaluación o un resumen o documento más visual y amigable.

ANEXOS

Anexo I. Matriz de evaluación

Dimension : CONCEPTION			
Critères d'évaluation	Questions d'évaluation	Indicateurs d'évaluation	Sources et outils de collecte de données
<p>RELEVANCE (Inclut le critère NHE 1. La réponse humanitaire est adéquate et pertinente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'intervention correspond-elle aux priorités et aux besoins de la population participante ? - La conception de l'intervention (logique verticale et horizontale) est-elle cohérente et pertinente par rapport au contexte de l'intervention ? - Les principes opérationnels de coordination et de complémentarité ont-ils été pris en compte ? - Les politiques existantes en matière de santé et de genre au niveau de l'État, des collectivités locales ou des parties prenantes ont-elles été analysées et incluses dans le projet ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de la participation des parties prenantes - Nombre et type d'intérêts et de besoins identifiés pour les femmes et les hommes - Nombre et type de mécanismes et techniques de promotion de la participation - Nombre et type de besoins identifiés par les institutions et traités par le projet. - Nombre d'activités proposées qui ont dû être modifiées ou éliminées parce qu'elles ne tenaient pas compte du contexte local - Nombre et type de mesures incorporées à partir des politiques ou stratégies de genre identifiées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire (diagnostic, baseline, identification et document de projet et autres). - Entretiens, groupes de discussion, questionnaires et ateliers.
Dimension: PROCESSUS			
Critères d'évaluation	Questions d'évaluation	Indicateurs d'évaluation	Sources et outils de collecte de données
<p>EFFICACITÉ (y compris le critère 9 de la NHE. Les ressources sont gérées et utilisées de manière responsable pour l'usage auquel elles sont destinées).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les budgets initialement prévus dans le document ont-ils été respectés ? - Les délais et les échéances ont-ils été respectés ? - La transformation des ressources en résultats a-t-elle été efficace ? - Les ressources locales ont-elles été exploitées et mises à profit ? - Dans quelle mesure la collaboration institutionnelle et les mécanismes de gestion articulés ont-ils contribué à l'obtention des résultats de l'intervention ? - Comment l'impact de la mise en œuvre du projet sur l'environnement a-t-il été pris en compte ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Non. et type de processus mis en œuvre pour la gestion de projet. - Non. et type de processus de gestion impliquant d'autres acteurs et/ou institutions. - Analyse de la formation et/ou de l'expérience des ressources humaines. - Analyse de la répartition du budget. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire (diagnostic, base de référence, document d'identification et de projet, système de suivi et d'évaluation, protocoles et processus de gestion économique...). - Entretiens, groupes de discussion, questionnaires et atelier.

<p>PARTENARIATS ET COORDINATION Critère de référence 6 des NHE : la réponse humanitaire est coordonnée et complémentaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les stratégies et programmes de développement du pays dans lequel l'intervention est mise en œuvre ont-ils été pris en compte ? - L'intervention comprend-elle des mesures spécifiques pour renforcer les capacités des institutions locales ? Cela a-t-il été réalisé ? - Dans quelle mesure des partenariats appropriés avec des acteurs nationaux, internationaux et locaux ont-ils été établis pour aider les personnes touchées par les crises ? - Les interventions de Farmamundi complètent-elles les actions des autorités locales et nationales ainsi que celles des autres organisations humanitaires ? - Quels mécanismes de coordination internes (Farmamundi et PPSSP) et externes (avec d'autres acteurs) ont été utilisés ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et type de mécanismes et d'espaces mis en œuvre pour la coordination entre les acteurs. - Analyse de l'expérience, des domaines de travail des partenaires. - Degré d'alignement sur les actions des autorités locales et nationales et des autres organisations communautaires. - Nombre et type de mécanismes de coordination 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire (protocoles, manuels de coordination, rapports, comptes rendus de réunions). - Entretiens, groupes de discussion, questionnaires et ateliers. - Revue documentaire (protocoles de coordination, rapports, procès-verbaux, ...) - Entretiens, groupes de discussion, questionnaires
<p>Critère 3 de la NHE. La réponse humanitaire renforce les capacités locales et évite et évite de provoquer des effets négatifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les interventions de Farmamundi sont-elles axées sur le renforcement de la résilience des communautés et des personnes touchées par les crises humanitaires ? - Farmamundi utilise-t-il des analyses de risques et de dangers et des plans de préparation pour guider ses activités ? - Farmamundi prévoit-il des stratégies de transition ou de sortie dès les premières étapes des interventions d'urgence afin d'assurer la persistance des effets positifs à long terme et de réduire le risque de dépendance ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et type d'actions visant à renforcer la résilience des communautés et des individus. - N° et type d'analyses des risques et des dangers. - Nombre de plans de préparation élaborés. - Analyse de la conception des plans de préparation élaborés. - Analyse de la conception des stratégies de transition ou de sortie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire (plans de préparation, stratégie de sortie) - Entretiens, groupes de discussion, questionnaires et ateliers.
<p>PROPRIÉTÉ ET PARTICIPATION Critère 4 de la NHE. La réponse humanitaire est basée sur la communication, la participation et le retour d'information.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Farmamundi a-t-il mis en place des mécanismes permettant aux communautés et aux personnes affectées par les crises humanitaires d'exprimer leur niveau de satisfaction quant à la qualité et à l'efficacité de l'aide qu'elles ont reçue, en accordant une attention particulière au genre, à l'âge et à la diversité des personnes qui expriment leur opinion ? - Dans quelle mesure les organismes/institutions locaux ont-ils été impliqués dans la conception de l'intervention ? - Dans quelle mesure les institutions locales sont-elles impliquées dans la mise en œuvre et la gestion de l'intervention ? - Dans quelle mesure et par quels moyens et procédures la population détentrice des droits a-t-elle été impliquée tout au long du projet ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et type de mécanismes et d'espaces d'information et de participation des titulaires de droits mis en œuvre. - Degré de satisfaction des titulaires de droits concernant les informations reçues et la participation. - Nombre et type de mécanismes mis en œuvre pour le retour d'information aux détenteurs de droits. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire (protocoles, manuels de coordination, rapports, comptes rendus de réunions). - Entretiens, groupes de discussion, questionnaires et ateliers.
<p>Critère 5 de la NHE : les plaintes sont bien reçues et gérées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Farmamundi a-t-il mis en place un système de gestion des plaintes pour recevoir et accepter les plaintes des communautés et des personnes affectées par les urgences ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et type de mécanismes de communication des plaintes des communautés et des personnes affectées par les urgences. - Nombre et type de mécanismes pour résoudre et répondre aux plaintes des communautés et des personnes affectées par les urgences. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire (protocoles, manuels de coordination, rapports, comptes rendus de réunions). - Entretiens, groupes de discussion, questionnaires et ateliers.

Dimension: RÉSULTATS			
Critères d'évaluation	Questions d'évaluation	Indicateurs d'évaluation	Sources et outils de collecte de données
EFFICACITÉ (y compris le critère 2 du NEH : la réponse humanitaire est efficace et fournie en temps voulu)	<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats prévus ont-ils été atteints ? - L'objectif spécifique prévu a-t-il été atteint ? - D'autres effets non intentionnels ont-ils été atteints ? - Farmamundi utilise-t-elle les normes techniques pertinentes et les bonnes pratiques déjà utilisées dans le secteur humanitaire pour planifier ses interventions ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de la portée des résultats attendus. - Nombre et type d'autres effets non intentionnels obtenus. - Degré de satisfaction des titulaires de droits par rapport à la réponse à leurs besoins. - Analyse de l'utilisation des normes et des bonnes pratiques utilisées dans le secteur humanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire (rapports de suivi, sources de vérification...) - Entretiens, discussions de groupe, questionnaires
CONNECTIVITÉ	<ul style="list-style-type: none"> - Les réglementations locales ont-elles été respectées dans la mise en œuvre des activités ? - Les équipements et fournitures mis à la disposition de la population sont-ils adaptés au contexte d'intervention ? - Une fois l'aide extérieure retirée, les structures sanitaires en place sont-elles toujours fonctionnelles ? - La capacité institutionnelle publique et communautaire a-t-elle été influencée positivement ? - La perspective du genre et de l'âge, l'approche basée sur les droits de l'homme, la sensibilité aux conflits et la culture de la paix, la promotion de la participation de la population concernée et une approche multiculturelle et environnementale ont-elles été intégrées dans l'intervention ? - L'aide fournie par Farmamundi a-t-elle tenu compte du lien entre l'urgence, la réhabilitation et le développement ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des interventions en relation avec l'urgence, la réhabilitation et le développement et leurs liens. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretiens, discussions de groupe, questionnaires
IMPACT	<ul style="list-style-type: none"> - L'intervention a-t-elle atteint les impacts prévus ? - Y a-t-il eu des impacts positifs involontaires sur la population des détenteurs de droits ? - Y a-t-il eu des impacts négatifs involontaires sur la population détentrice de droits ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et type d'impacts positifs involontaires - Nombre et type d'impacts négatifs involontaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire (protocoles, directives et rapports de suivi) - Entretiens, discussions de groupe, questionnaires
COUVERTURE	<ul style="list-style-type: none"> - Dans quelle mesure les détenteurs de droits (femmes, personnes déplacées, jeunes et adolescents) ont-ils bénéficié de l'action humanitaire du projet ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et type de population bénéficiaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire (diagnostic, baseline, identification et document de projet et autres). - Entretiens, discussions de groupe, questionnaires
APPROCHES TRANSVERSALES	<ul style="list-style-type: none"> - Comment les approches d'intégration du genre ont-elles été intégrées dans la conception et la mise en œuvre du projet ? - Comment la perspective de genre a-t-elle été intégrée de manière explicite et tout au long du processus ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et type d'actions visant à intégrer les approches de mainstreaming dans le projet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire (diagnostic, baseline, identification et document de projet et autres). - Entretiens, discussions de groupe, questionnaires

Anexo II. Guiones entrevistas, grupos y cuestionarios

E1. ENTRETIEN AVEC LE PERSONNEL TECHNIQUE DE FARMAMUNDI

PERTINENCIA / PERTINENCE

1. ¿Cómo surge el proyecto?
2. ¿Ha resultado útil la elaboración de la línea de base? ¿Y la matriz de seguimiento que se elaboró en ella?
3. ¿De qué manera consideras que el proyecto ha dado respuesta a las necesidades del contexto y de la población?
4. ¿De qué manera el proyecto se alinea con las políticas públicas locales en salud y género? ¿Podrías poner algún ejemplo?

1. comment le projet a-t-il vu sa naissance ?
2. quelle a été l'utilité de l'élaboration de la ligne de base et de la matrice de suivi qui a été élaborée ?
3. de quelle manière considérez-vous que le projet a répondu aux besoins du contexte et de la population ?
4. en quoi le projet est-il aligné sur les politiques publiques locales en matière de santé et de genre ? pouvez-vous donner un exemple ?

EFICIENCIA / EFFICIENCE

5. ¿Ha habido cambios en el cronograma y/o en el presupuesto? ¿A qué se han debido y cómo se han resuelto?
6. ¿Qué mecanismos de gestión y de seguimiento se han puesto en marcha? ¿Quién ha participado en ellos?

5. des modifications ont-elles été apportées au calendrier et/ou au budget ? quelles étaient les raisons de ces modifications et comment ont-elles été résolues ?
6. quels mécanismes de gestion et de suivi ont été mis en place ? qui a été impliqué ?

COORDINACIÓN Y PARTENARIADO / COORDINATION ET PARTENARIAT

7. ¿Qué mecanismos de coordinación interna (Farmamundi, PPSSP y Gadhop) y externa (con el resto de agentes) se han utilizado?
8. ¿De qué manera se han establecido alianzas y coordinaciones con actores nacionales, internacionales y locales para prestar asistencia a las personas afectadas por las crisis?
9. ¿El proyecto complementa otras actuaciones?

7. quels mécanismes de coordination internes (Farmamundi, PPSSP et Gadhop) et externes (avec d'autres acteurs) ont été utilisés ?
8. comment les partenariats et la coordination avec les acteurs nationaux, internationaux et locaux ont-ils été établis pour aider les personnes touchées par les crises ?
9. le projet est-il complémentaire d'autres actions ?

FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES LOCALES / RENFORCEMENT DES CAPACITÉS LOCALES

10. ¿De qué manera se han potenciado y fortalecido los recursos, entidades e instituciones locales?
11. ¿De qué manera la intervención ha fortalecido la resiliencia de las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias?

10. Comment les ressources, les entités et les institutions locales ont-elles été responsabilisées et renforcées ?

11. Comment l'intervention a-t-elle renforcé la résilience des communautés et des personnes touchées par les crises humanitaires ?

APROPIACIÓN Y PARTICIPACIÓN / L'APPROPRIATION ET LA PARTICIPATION

12. ¿Se han puesto en marcha mecanismos para que las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias expresen su nivel de satisfacción en lo que respecta a la calidad y eficacia de la ayuda que han recibido?
13. ¿En qué medida han participado las entidades/instituciones locales en el diseño y gestión de la intervención?
14. ¿En qué medida y a través de qué medios y procedimientos ha participado la población titular de derechos en todo el proyecto?

12. Des mécanismes ont-ils été mis en place pour que les communautés et les personnes affectées par les crises humanitaires puissent exprimer leur degré de satisfaction quant à la qualité et à l'efficacité de l'aide qu'elles ont reçue ?

13. Dans quelle mesure les entités/institutions locales ont-elles été impliquées dans la conception et la gestion de l'intervention ?

14. Dans quelle mesure et par quels moyens et procédures les titulaires de droits ont-ils été impliqués tout au long du projet ?

EFICACIA /EFFICACITÉ

15. ¿En qué medida se ha mejorado el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva entre la población más desfavorecida en la ciudad de Beni en las 3 áreas de salud en las que el proyecto ha intervenido? Pon algún ejemplo de mejoras o cambios.
16. ¿En qué medida se han reforzado las capacidades de prestación de los servicios de SSR de las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma?
17. ¿Cómo se ha incorporado el enfoque de género y generacional en los servicios de SSR de las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma?
18. ¿En qué medida se ha mejorado la identificación de casos de violencia basada en el género y la violencia sexual por parte de las redes comunitarias?
19. ¿De qué manera se han reforzado las capacidades de incidencia en políticas públicas entre la sociedad civil y los grupos de mujeres en Beni para demandar el ejercicio de los derechos sexual y reproductivos?

15. dans quelle mesure l'exercice du droit à la santé sexuelle et reproductive s'est-il amélioré parmi la population la plus défavorisée de la ville de Beni dans les 3 aires de santé dans lesquelles le projet est intervenu ? Donnez quelques exemples d'améliorations ou de changements.

16. Dans quelle mesure les capacités à fournir des services de SSR dans les zones de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ont-elles été renforcées ?

17. Comment l'approche genre et générationnelle a-t-elle été intégrée dans les services de SSR dans les aires de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ?

18. Dans quelle mesure l'identification des cas de violence sexiste et de violence sexuelle par les réseaux communautaires a-t-elle été améliorée ?

19. De quelle manière les capacités de plaidoyer sur les politiques publiques ont-elles été renforcées au sein de la société civile et des groupes de femmes à Beni pour exiger l'exercice des droits sexuels et reproductifs ?

CONECTIVIDAD / CONNECTIVITÉ

20. ¿Se han respetado las normativas locales en la ejecución de las actividades?
21. ¿Se ha planificado alguna estrategia de transición o de salida con el objeto de garantizar la persistencia de efectos positivos a largo plazo y reducir el riesgo de dependencia?
22. ¿De qué manera el proyecto ha tenido en cuenta el vínculo entre la emergencia, la rehabilitación y el desarrollo?

20. la réglementation locale a-t-elle été respectée dans la mise en œuvre des activités ?
21. des stratégies de transition ou de sortie ont-elles été prévues afin d'assurer la persistance des effets positifs à long terme et de réduire le risque de dépendance ?
22. Comment le projet a-t-il pris en compte le lien entre l'urgence, la réhabilitation et le développement ?

IMPACTO / IMPACT

23. ¿Cuáles son los 3 principales logros del proyecto?
 24. ¿Qué recomendaciones tiene para mejorar los derechos sexuales y reproductivos y la atención a la violencia en el área de intervención?
-
23. quelles sont les 3 principales réalisations du projet ?
 24. quelles recommandations faites-vous pour améliorer les droits sexuels et reproductifs et l'attention portée à la violence dans la zone d'intervention ?

E2. ENTREVISTA PERSONAL TÉCNICO DE PPSSP / ENTRETIEN AVEC LE PERSONNEL TECHNIQUE DU PPSSP

PERTINENCIA

1. ¿Cómo surge el proyecto?
 2. ¿Ha resultado útil la elaboración de la línea de base? ¿Y la matriz de seguimiento que se elaboró en ella?
 3. ¿De qué manera consideras que el proyecto ha dado respuesta a las necesidades del contexto y de la población?
 4. ¿De qué manera el proyecto se alinea con las políticas públicas locales en salud y género? ¿Podrías poner algún ejemplo?
1. comment le projet a-t-il vu sa naissance ?
 2. quelle a été l'utilité de l'élaboration de la ligne de base et de la matrice de suivi qui y a été élaborée ?
 3. de quelle manière considérez-vous que le projet a répondu aux besoins du contexte et de la population ?
 4. en quoi le projet est-il aligné sur les politiques publiques locales en matière de santé et de genre ? pouvez-vous donner un exemple ?

EFICIENCIA

5. ¿Ha habido cambios en el cronograma y/o en el presupuesto? ¿A qué se han debido y cómo se han resuelto?
 6. ¿De qué manera se ha llevado a cabo el seguimiento del proyecto? ¿Quién ha participado en él?
5. des modifications ont-elles été apportées au calendrier et/ou au budget ? quelles étaient les raisons de ces modifications et comment ont-elles été résolues ?
 6. quels mécanismes de gestion et de suivi ont été mis en place ? qui a été impliqué ?

COORDINACIÓN Y PARTENARIADO

7. ¿Qué mecanismos de coordinación interna (Farmamundi, PPSSP y Gadhop) y externa (con el resto de agentes en el contexto, participación en clusters,...) se han utilizado?
 8. ¿El proyecto complementa otras actuaciones?
7. quels mécanismes de coordination internes (Farmamundi, PPSSP et Gadhop) et externes (avec d'autres acteurs) ont été utilisés ?
 8. le projet est-il complémentaire d'autres actions ?

FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES LOCALES

9. ¿De qué manera se ha fortalecido a las entidades locales y redes comunitarias? ¿Y a la población?
9. Comment les ressources, les entités et les institutions locales ont-elles été responsabilisées et renforcées ?

APROPIACIÓN Y PARTICIPACIÓN

10. ¿Se han puesto en marcha mecanismos para que las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias expresen su nivel de satisfacción en lo que respecta a la calidad y eficacia de la ayuda que han recibido?
 11. ¿De qué manera ha participado la población titular de derechos en todo el proyecto?
10. Des mécanismes ont-ils été mis en place pour que les communautés et les personnes affectées par les crises humanitaires puissent exprimer leur degré de satisfaction quant à la qualité et à l'efficacité de l'aide qu'elles ont reçue ?
 11. Dans quelle mesure et par quels moyens et procédures les titulaires de droits ont-ils été impliqués tout au long du projet ?

EFICACIA

12. ¿En qué medida se han reforzado las capacidades de prestación de los servicios de SSR de las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma? ¿ se ha garantizado el paquete mínimo de servicios de SSR en estas áreas de salud?
13. ¿Se ha mejorado la atención de la violencia sexual y la referenciación a otros servicios de las VVS en las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma?
14. ¿En qué medida se ha mejorado la identificación de casos de violencia basada en el género y la violencia sexual por parte de las redes comunitarias?
15. ¿De qué manera se han reforzado las capacidades de incidencia en políticas públicas entre la sociedad civil y los grupos de mujeres en Beni para demandar el ejercicio de los derechos sexual y reproductivos?
12. dans quelle mesure l'exercice du droit à la santé sexuelle et reproductive s'est-il amélioré parmi la population la plus défavorisée de la ville de Beni dans les 3 aires de santé dans lesquelles le projet est intervenu ? Donnez quelques exemples d'améliorations ou de changements.
13. Dans quelle mesure les capacités à fournir des services de SSR dans les zones de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ont-elles été renforcées ?
14. Dans quelle mesure l'identification des cas de violence sexiste et de violence sexuelle par les réseaux communautaires a-t-elle été améliorée ?
15. De quelle manière les capacités de plaidoyer sur les politiques publiques ont-elles été renforcées au sein de la société civile et des groupes de femmes à Beni pour exiger l'exercice des droits sexuels et reproductifs ?

CONECTIVIDAD

16. Ahora que ha finalizado el proyecto, ¿cómo se va a continuar garantizando la atención en SSR y violencia sexual en las áreas de salud de de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma?
16. Maintenant que le projet est terminé, comment la prise en charge de la SSR et des violences sexuelles va-t-elle continuer à être assurée dans les aires de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ?

IMPACTO

17. ¿Cuáles son los 3 principales logros del proyecto?
18. ¿Qué recomendaciones tiene para mejorar los derechos sexuales y reproductivos y la atención a la violencia en el área de intervención?
17. quelles sont les 3 principales réalisations du projet ?
18. quelles recommandations faites-vous pour améliorer les droits sexuels et reproductifs et l'attention portée à la violence dans la zone d'intervention ?

E3. ENTREVISTA PERSONAL TÉCNICO DE GADHOP / ENTRETIEN AVEC LE PERSONNEL TECHNIQUE DE GADHOP

PERTINENCIA

1. ¿Cómo surge su participación en el proyecto ?
2. ¿De qué manera consideras que el proyecto ha dado respuesta a las necesidades del contexto y de la población ?
3. ¿De qué manera el proyecto se alinea con las políticas públicas locales en salud y género ? ¿Podrías poner algún ejemplo ?
1. comment le projet a-t-il vu sa naissance ?
2. de quelle manière considérez-vous que le projet a répondu aux besoins du contexte et de la population ?
3. en quoi le projet est-il aligné sur les politiques publiques locales en matière de santé et de genre ? pouvez-vous donner un exemple ?

EFICIENCIA

4. ¿De qué manera ha participado en el seguimiento del proyecto? ¿Ha resultado útil?
4. comment avez-vous été impliqué dans le suivi du projet, et cela a-t-il été utile ?

COORDINACIÓN Y PARTENARIADO

5. ¿Qué mecanismos de coordinación interna existen entre Farmamundi, PPSSP y GADHOP? ¿Y con otros agentes comunitarios (CLDH, Consejeras comunitarias, organizaciones de la sociedad civil)
6. ¿Participan en algún cluster para coordinación de acciones?
5. quels mécanismes de coordination interne existent entre Farmamundi, PPSSP et GADHOP ? et avec les autres acteurs communautaires (CLDH, conseillers communautaires, organisations de la société civile) ?
6. participez-vous à des clusters pour la coordination des actions ?

FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES LOCALES

7. ¿De qué manera se ha fortalecido a las entidades locales y redes comunitarias? ¿Y a la población?
7. Comment les ressources, les entités et les institutions locales ont-elles été responsabilisées et renforcées ?

APROPIACIÓN Y PARTICIPACIÓN

8. ¿Se han puesto en marcha mecanismos para que las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias expresen su nivel de satisfacción en lo que respecta a la calidad y eficacia de la ayuda que han recibido?
9. ¿De qué manera ha participado la población titular de derechos en todo el proyecto?
8. Des mécanismes ont-ils été mis en place pour que les communautés et les personnes affectées par les crises humanitaires puissent exprimer leur degré de satisfaction quant à la qualité et à l'efficacité de l'aide qu'elles ont reçue ?
9. Dans quelle mesure et par quels moyens et procédures les titulaires de droits ont-ils été impliqués tout au long du projet ?

EFICACIA

10. ¿En qué medida se han reforzado las capacidades de prestación de los servicios de SSR de las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma? ¿Se ha garantizado el paquete mínimo de servicios de SSR en estas áreas de salud?

11. ¿Se ha mejorado la atención de la violencia sexual y la referenciación a otros servicios de las VVS en las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma?
12. ¿En qué medida se ha mejorado la identificación de casos de violencia basada en el género y la violencia sexual por parte de las redes comunitarias?
13. ¿De qué manera se han reforzado las capacidades de incidencia en políticas públicas entre la sociedad civil y los grupos de mujeres en Beni para demandar el ejercicio de los derechos sexual y reproductivos?
10. dans quelle mesure l'exercice du droit à la santé sexuelle et reproductive s'est-il amélioré parmi la population la plus défavorisée de la ville de Beni dans les 3 aires de santé dans lesquelles le projet est intervenu ? Donnez quelques exemples d'améliorations ou de changements.
11. Dans quelle mesure les capacités à fournir des services de SSR dans les zones de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ont-elles été renforcées ?
12. Dans quelle mesure l'identification des cas de violence sexiste et de violence sexuelle par les réseaux communautaires a-t-elle été améliorée ?
13. De quelle manière les capacités de plaidoyer sur les politiques publiques ont-elles été renforcées au sein de la société civile et des groupes de femmes à Beni pour exiger l'exercice des droits sexuels et reproductifs ?

CONECTIVIDAD

14. Ahora que ha finalizado el proyecto, ¿cómo se va a continuar garantizando la atención en SSR y violencia sexual en las áreas de salud de de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma?
14. Maintenant que le projet est terminé, comment la prise en charge de la SSR et des violences sexuelles va-t-elle continuer à être assurée dans les aires de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ?

IMPACTO

14. ¿Cuáles son los 3 principales logros del proyecto?
15. ¿Qué recomendaciones tiene para mejorar los derechos sexuales y reproductivos y la atención a la violencia en el área de intervención?
15. quelles sont les 3 principales réalisations du projet ?
16. quelles recommandations faites-vous pour améliorer les droits sexuels et reproductifs et l'attention portée à la violence dans la zone d'intervention ?

E4. ENTREVISTA REPRESENTANTE ZS BENI / ENTRETIEN REPRÉSENTANTE ZS BENI

Nom et prénom des professionnels

AS _____

1. ¿Ha participado en las actividades del proyecto? ¿En cuáles? ¿Cómo las evalúa? / *Avez-vous participé des activités du projet ? Quels ? Comment vous les évaluez ?*
2. ¿Cuáles son los principales problemas de salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres en la región? *Quels sont les principaux problèmes de santé sexuelle et reproductive des femmes et des hommes de la région ?*
3. ¿Se corresponde la intervención con las prioridades y necesidades de la población? / *L'intervention correspond-elle aux priorités et aux besoins de la population ?*
4. ¿Existe a nivel nacional y local alguna política o estrategia de salud y/o género. ¿De qué manera el proyecto se alinea con las políticas públicas locales en salud y género ? ¿Podrías poner algún ejemplo ? *Existe-t-il des politiques ou des stratégies nationales et locales en matière de santé et/ou de genre ? Comment le projet s'aligne-t-il sur les politiques publiques locales en matière de santé et de genre ? Pouvez-vous donner quelques exemples ?*
5. ¿De qué manera ha participado en el seguimiento del proyecto? ¿Ha resultado útil? *comment avez-vous été impliqué dans le suivi du projet et comment cela vous a-t-il été utile ?*
6. ¿Participan en algún cluster para coordinación de acciones? / *participez-vous à un cluster pour la coordination d'actions?*
7. ¿Incluye la intervención medidas específicas para desarrollar la capacidad de las instituciones locales, incluidos las zonas de salud y los centros sanitarios? ¿Se ha logrado esto? / *L'intervention comprend-elle des mesures spécifiques pour renforcer les capacités des institutions locales, y compris les zones de santé et les structures sanitaires ? Cela a-t-il été réalisé ?*
8. ¿De qué manera se ha fortalecido a las entidades locales y redes comunitarias? ¿Y a la población? / *comment les entités locales et les réseaux communautaires ont-ils été renforcés ? et la population ?*
9. ¿En qué medida se han establecido asociaciones adecuadas con la zona de salud y los centros sanitarios para ayudar a las personas afectadas por las crisis? / *Dans quelle mesure des partenariats appropriés avec la zone de santé et les structures sanitaires ont-ils été établis pour aider les personnes touchées par les crises ?*
10. ¿Dispone el proyecto de un sistema de gestión de quejas para recibir y aceptar las quejas de las comunidades y los beneficiarios? / *Le projet a-t-il mis en place un système de gestion des plaintes pour recevoir et accepter les plaintes des communautés et des personnes bénéficiaires ?*
11. ¿En qué medida se han reforzado las capacidades de prestación de los servicios de SSR de las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma? ¿Se ha garantizado el paquete mínimo de servicios de SSR en estas áreas de salud? / *Dans quelle mesure les capacités à fournir des services de SSR dans les aires de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ont-elles été renforcées ? Le paquet minimum de services de SSR a-t-il été garanti dans ces aires de santé ?*
12. ¿Se ha mejorado la atención de la violencia sexual y la referenciación a otros servicios de las VS en las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma? / *la prise en charge des violences sexuelles et l'orientation vers d'autres services VS ont-elles été améliorées dans les aires de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ?*
13. ¿En qué medida se ha mejorado la identificación de casos de violencia basada en el género y la violencia sexual por parte de las redes comunitarias? / *Dans quelle mesure l'identification des cas de violence sexiste et de violence sexuelle par les réseaux communautaires s'est-elle améliorée ?*
14. ¿De qué manera se han reforzado las capacidades de incidencia en políticas públicas entre la sociedad civil y los grupos de mujeres en Beni para demandar el ejercicio de los derechos sexual y reproductivos? / *De quelle manière les capacités de plaidoyer en matière de politique publique ont-elles été renforcées au sein de la société civile et des groupes de femmes à Beni pour exiger l'exercice des droits sexuels et reproductifs ?*
15. Ahora que ha finalizado el proyecto, ¿cómo se va a continuar garantizando la atención en SSR y violencia sexual en las áreas de salud de de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma? *Maintenant que le projet est terminé, comment allez-vous continuer à assurer la prise en charge de la SSR et des violences sexuelles dans les zones de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ?*

16. ¿Cuáles son los 3 principales logros del proyecto? / *quelles sont les 3 principales réalisations du projet ?*
17. ¿Qué recomendaciones tiene para mejorar los derechos sexuales y reproductivos y la atención a la violencia en el área de intervención? / *quelles recommandations faites-vous pour améliorer les droits sexuels et reproductifs et l'attention portée à la violence dans la zone d'intervention ?*

E5. REPRESENTANTES DE AUTORIDADES LOCALES Y REGIONALES PARTICIPAN EN LAS ACTIVIDADES DE INCIDENCIA POLITICA

Nom et prénom

AS _____

1. ¿Ha participado en las actividades del proyecto? ¿En cuáles? ¿Cómo las evalúa?
2. ¿A qué organización representa y cuáles son sus objetivos ?
3. ¿Ha incluido el proyecto medidas específicas para desarrollar la capacidad de las instituciones locales, incluidos las zonas de salud y los centros sanitarios?
4. ¿En qué medida se han reforzado las capacidades de prestación de los servicios de SSR de las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma? ¿Se ha garantizado el paquete mínimo de servicios de SSR en estas áreas de salud?
5. ¿Se ha mejorado la atención de la violencia sexual y la referenciación a otros servicios de las VVS en las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma?
6. ¿En qué medida se ha mejorado la identificación de casos de violencia basada en el género y la violencia sexual por parte de las redes comunitarias?
7. ¿De qué manera se han reforzado las capacidades de incidencia en políticas públicas entre la sociedad civil y los grupos de mujeres en Beni para demandar el ejercicio de los derechos sexual y reproductivos?
8. ¿Qué acciones de incidencia política se han llevado a cabo para promover los derechos sexuales y reproductivos
9. Ahora que ha finalizado el proyecto, ¿cómo se va a continuar garantizando la atención en SSR y violencia sexual en las áreas de salud de de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma?
10. ¿Cuáles son los 3 principales logros del proyecto?
11. ¿Qué recomendaciones tiene para mejorar los derechos sexuales y reproductivos y la atención a la violencia en el área de intervención?

1. avez-vous participé aux activités du projet, lesquelles, et comment les évaluez-vous ?
2. quelle organisation représentez-vous et quels sont ses objectifs ?
3. le projet a-t-il prévu des mesures spécifiques pour développer la capacité des institutions locales, y compris les zones et les établissements de santé ?
4. dans quelle mesure les capacités à fournir des services de SSR dans les zones de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ont-elles été renforcées ? le paquet minimum de services de SSR dans ces zones de santé a-t-il été assuré ?
5. la prise en charge des violences sexuelles et l'orientation des SVS dans les zones de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ont-elles été améliorées ?
6. dans quelle mesure l'identification des cas de violence sexiste et de violence sexuelle par les réseaux communautaires a-t-elle été améliorée ?
- Comment les capacités de plaidoyer de politique publique ont-elles été renforcées au sein de la société civile et des groupes de femmes à Beni pour exiger l'exercice des droits sexuels et reproductifs ?
8. quelles actions de plaidoyer ont été menées pour promouvoir les droits sexuels et reproductifs ?
9. Maintenant que le projet est terminé, comment allez-vous continuer à assurer la prise en charge de la SSR et des violences sexuelles dans les zones de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ?
10. quelles sont les 3 principales réalisations du projet ?
11. quelles recommandations faites-vous pour améliorer les droits sexuels et reproductifs et la prise en charge de la violence dans la zone d'intervention ?

GD1. FEMMES SURVIVANTES DE VIOLENCES SEXUELLES ACCEDENT A DES SERVICES DE SANTE COMPLETS

1. ¿Cuál fue la vía por la que conoció los servicios de salud? ¿Tuvo alguna dificultad para acceder a los servicios de salud? ¿Transporte, horarios, espacios, idioma...?
2. ¿Cómo valora la atención que ha recibido? ¿Considera que recibió información y atención adecuada? ¿se sintió escuchada y apoyada?
3. ¿Qué recomendaciones tiene para mejorar la atención?
4. ¿Le derivaron a otros servicios? ¿Fue bien atendida en esos servicios?
5. ¿Participa de alguna actividad comunitaria: grupos de apoyo, charlas, ¿actividades de sensibilización...? ¿Estas actividades se implementan de forma regular?
6. ¿Participa en algún grupo de ayuda mutua? ¿Cómo lo valora?
7. ¿Ha recibido alguna ayuda después de la atención recibida?
8. ¿Qué recomendaciones tiene para mejorar la atención a la salud sexual y reproductiva y la violencia?
9. ¿Le gustaría añadir algún comentario a la entrevista? Voulez-vous ajouter un commentaire à l'interview?

1. Comment avez-vous eu connaissance des services de santé ? Avez-vous eu des difficultés à accéder aux services de santé ? Les transports, les horaires, l'espace, la langue... ?
2. Comment évaluez-vous les soins que vous avez reçus, pensez-vous avoir reçu des informations et des soins adéquats, vous êtes-vous senti écouté et soutenu ?
3. quelles recommandations avez-vous à faire pour améliorer les soins que vous avez reçus ?
4. avez-vous été orienté vers d'autres services et avez-vous été bien suivi dans ces services ?
5. participez-vous à des activités communautaires : groupes de soutien, conférences, activités de sensibilisation... ? Ces activités sont-elles mises en œuvre de manière régulière ?
6. participez-vous à des groupes de soutien mutuelle ? comment les jugez-vous ?
7. avez-vous reçu de l'aide après les soins que vous avez reçus ?
8. quelles recommandations faites-vous pour améliorer les soins de santé sexuelle et reproductive et la violence ?
9. souhaitez-vous ajouter des commentaires à l'interview ? Voulez-vous ajouter un commentaire à l'interview ?

GD2. CONSEILLERES COMMUNAUTAIRES PARTICIPANT A LA FORMATION DE CONSEILLERS SUR LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS ET LES TECHNIQUES DE PLANIFICATION FAMILIALE

1. ¿Nos podrían explicar cuál es su rol?
2. ¿Cuáles son las principales necesidades que identifican para garantizar la atención a víctimas de violencia sexual? ¿Considera que el proyecto ha cubierto estas necesidades?/
3. ¿En qué medida se han reforzado las capacidades de prestación de los servicios de SSR de las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma? ¿Se ha garantizado el paquete mínimo de servicios de SSR en estas áreas de salud?
4. ¿Se ha mejorado la atención de la violencia sexual y la referenciación a otros servicios de las VVS en las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma?
5. ¿Han recibido alguna formación?
6. ¿En qué medida se ha mejorado la identificación de casos de violencia basada en el género y la violencia sexual por parte de las redes comunitarias?
7. ¿Han participado en alguna acción de sensibilización y/o incidencia política?
8. ¿Cuáles son los 3 principales logros del proyecto?
9. ¿Qué recomendaciones tiene para mejorar los derechos sexuales y reproductivos y la atención a la violencia en el área de intervención?

1. Pourriez-vous nous expliquer quel est votre rôle ?
2. quels sont les principaux besoins identifiés pour garantir la prise en charge des victimes de violences sexuelles ? Considérez-vous que le projet a répondu à ces besoins ?
3. dans quelle mesure les services de SSR dans les zones de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ont-ils été améliorés, et le paquet minimum de services de SSR a-t-il été garanti dans ces zones de santé ?
4. la prise en charge des violences sexuelles et l'orientation vers d'autres services pour les VVS dans les aires de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ont-elles été améliorées ?
5. Avez-vous reçu une formation ?
6. dans quelle mesure l'identification des cas de violence sexiste et de violence sexuelle par les réseaux communautaires a-t-elle été améliorée ?
 7. Avez-vous été impliqués dans des activités de sensibilisation et/ou de plaidoyer ?
 8. quelles sont les 3 principales réalisations du projet ?
9. quelles recommandations faites-vous pour améliorer les droits sexuels et reproductifs et l'attention portée à la violence dans la zone d'intervention ?

GD3. REPRESENTANTS D'ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE PARTICIPANT A DES ACTIVITES DE FORMATION ET DE PLAIDOYER POUR AMELIORER L'EXERCICE DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS

1. ¿Nos podrían explicar cuál es su rol?
2. ¿Cuáles son las principales necesidades que identifican para garantizar la atención a víctimas de violencia sexual? ¿Considera que el proyecto ha cubierto estas necesidades? /
3. ¿En qué medida se han mejorado los servicios de SSR de las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma? ¿Se ha garantizado el paquete mínimo de servicios de SSR en estas áreas de salud?
4. ¿Se ha mejorado la atención de la violencia sexual y la referenciación a otros servicios de las VVS en las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma?
5. ¿Han recibido alguna formación?
6. ¿En qué medida se ha mejorado la identificación de casos de violencia basada en el género y la violencia sexual por parte de las redes comunitarias?
7. ¿Han participado en alguna acción de sensibilización y/o incidencia política?
8. ¿Cuáles son los 3 principales logros del proyecto?
9. ¿Qué recomendaciones tiene para mejorar los derechos sexuales y reproductivos y la atención a la violencia en el área de intervención?

1. Pourriez-vous nous expliquer quel est votre rôle ?
2. quels sont les principaux besoins identifiés pour garantir la prise en charge des victimes de violences sexuelles ? Considérez-vous que le projet a répondu à ces besoins ?
3. dans quelle mesure les services de SSR dans les zones de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ont-ils été améliorés, et le paquet minimum de services de SSR a-t-il été garanti dans ces zones de santé ?
4. la prise en charge des violences sexuelles et l'orientation vers d'autres services pour les VVS dans les aires de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ont-elles été améliorées ?
5. Avez-vous reçu une formation ?
6. dans quelle mesure l'identification des cas de violence sexiste et de violence sexuelle par les réseaux communautaires a-t-elle été améliorée ?
 8. Avez-vous été impliqués dans des activités de sensibilisation et/ou de plaidoyer ?
 8. quelles sont les 3 principales réalisations du projet ?
9. quelles recommandations faites-vous pour améliorer les droits sexuels et reproductifs et l'attention portée à la violence dans la zone d'intervention ?

GD4. DEFENSEURS DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DANS LES 3 SE

1. ¿Nos podrían explicar cuál es su rol?
2. ¿Cuáles son las principales necesidades que identifican para garantizar la atención a víctimas de violencia sexual?
3. ¿En qué medida se han mejorado los servicios de SSR de las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma? ¿Se ha garantizado el paquete mínimo de servicios de SSR en estas áreas de salud?
4. ¿Se ha mejorado la atención de la violencia sexual y la referenciación a otros servicios de las VVS en las áreas de salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma?
5. ¿Han recibido alguna formación?
6. ¿En qué medida se ha mejorado la identificación de casos de violencia basada en el género y la violencia sexual por parte de las redes comunitarias?
7. ¿Han participado en alguna acción de sensibilización y/o incidencia política?
8. ¿Cuáles son los 3 principales logros del proyecto?
9. ¿Qué recomendaciones tiene para mejorar los derechos sexuales y reproductivos y la atención a la violencia en el área de intervención?

1. Pourriez-vous nous expliquer quel est votre rôle ?
2. quels sont les principaux besoins identifiés pour garantir la prise en charge des victimes de violences sexuelles
3. dans quelle mesure les services de SSR dans les zones de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ont-ils été améliorés, et le paquet minimum de services de SSR a-t-il été garanti dans ces zones de santé ?
4. la prise en charge des violences sexuelles et l'orientation vers d'autres services pour les VVS dans les aires de santé de Malepe, Ngongolio et Rwangoma ont-elles été améliorées ?
5. Avez-vous reçu une formation ?
6. dans quelle mesure l'identification des cas de violence sexiste et de violence sexuelle par les réseaux communautaires a-t-elle été améliorée ?
 9. Avez-vous été impliqués dans des activités de sensibilisation et/ou de plaidoyer ?
8. quelles sont les 3 principales réalisations du projet ?
9. quelles recommandations faites-vous pour améliorer les droits sexuels et reproductifs et l'attention portée à la violence dans la zone d'intervention ?

Q1. Questionnaire pour les utilisatrices

Explication du questionnaire : L'objectif de ce questionnaire est de connaître votre opinion sur les services de santé sexuelle et reproductive et les actions de sensibilisation menées dans les communautés au cours de l'année passée. Les informations que vous nous donnez sont confidentielles et anonymes et ne seront pas diffusées. Elles contribueront uniquement à améliorer les services de santé sexuelle et reproductive dans la région.

Structure de santé :

Communauté dans laquelle vous vivez :

1. Avez-vous été enceinte au cours de la dernière année ?

Oui Non

2. Si oui, avez-vous suivi des soins prénataux ?

- Oui, une fois pendant la grossesse
 Oui, deux fois pendant la grossesse
 Oui, trois fois ou plus pendant la grossesse
 Non

Si la réponse est non, Quelles sont les raisons de cette absence ? : _____

3. Avez-vous suivi des soins des soins postnatals ?

Oui
 Non

Si la réponse est non, Quelles sont les raisons de cette absence ? : _____

4. Comment évaluez-vous les soins que vous avez reçus pendant votre grossesse ?

- Très bien.
 Bon
 Régulier
 Mauvais

Si la réponse est régulière ou mauvaise, Quelles sont les raisons ? :

5. En cas d'accouchement, avez- vous reçu un kit lors de l'accouchement ?

Oui Non

6. Comment évaluez-vous la dotation en équipement et fournitures médicales nécessaires aux services de santé sexuelle et reproductive ?

- Très bien.
 Bon
 Régulier
 Mauvais

7. Avez-vous déjà demandé une contraception au centre de santé ?

Oui Non

Quel type de contraception ?

- Jadelle
 Pilule
 Condom
 Contraception d'urgence
 Autres : _____

8. Était-il disponible ?

Oui Non

9. Est-ce que vous et votre mari êtes allés au centre de santé pour la contraception ?

Oui Non

10. Connaissez-vous des conseillères communautaires dans votre communauté ?

Oui, et il/elle m'a aidé pour le contrôle de la grossesse.

Oui, et il/elle m'a aidé en me communiquant des informations sur la santé sexuelle et reproductive, planning familial et IST, Infections sexuellement transmissibles.

Non, je ne sais pas.

11. Avez-vous reçu de soins d'urgence ?

Oui Non

12. En cas affirmative, Comment évaluez-vous les soins d'urgence ?

Très bien.

Bon

Régulier

Mauvais

13. Connaissez-vous s'il y a un système de gestion des plaintes pour recevoir et accepter les plaintes et recommandations de la communauté ?

Oui Non

14. Comment évaluez-vous le système de plaintes ?

Très bien

Bon

Régulier

Mauvais

15. Avez-vous participé à des actions de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive dans votre communauté au cours de l'année dernière ?

Oui Non

Sur quels sujets ? _____

16. Comment évaluez-vous l'activité de sensibilisation ?

Très bien

Bon

Régulier

Mauvais

17. Si la réponse est régulière ou mauvaise, quelles sont les raisons ? :

_____.

18. Avez-vous participé à des actions de sensibilisation sur la violence sexuelle dans votre communauté au cours de l'année dernière ?

Oui Non

19. Comment évaluez-vous l'activité de sensibilisation sur la violence sexuelle ?

Très bien

Bon

Régulier

Mauvais

20. En cas de violence sexuelle, sauriez-vous à quel service vous adresser ?

Oui Non

21. Avez-vous déjà utilisé ce service ?

Oui Non

22. Avez-vous écouté des messages radio sur la santé sexuelle et reproductive au cours de l'année dernière ?

Oui Non

Sur quels sujets ? _____

23. Comment évaluez-vous ces messages radio ?

Très bien
 Bon
 Régulier
 Mauvais

Q2. Questionnaire pour les élèves

Explication du questionnaire : Le but de ce questionnaire est de connaître votre opinion sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et l'attention portée à la violence sexuelle au cours de l'année écoulée ainsi que sur les actions auxquelles vous avez participé. Les informations que vous nous donnez sont confidentielles et anonymes et ne seront pas diffusées ; elles contribueront uniquement à améliorer les services de santé sexuelle et reproductive dans la région.

Homme
 Femme

Centre éducatif :

Zone de santé :

1. Quels sont les principaux problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive et à la violence sexuelle pour la population jeune dans cette aire de santé ?

2. Avez-vous participé à une formation au cours de l'année dernière ?

Oui
 Non

Sur quels sujets ? _____

3. Comment évaluez-vous la formation que vous avez reçue ?

Très bien.
 Bon
 Régulier
 Mauvaise

4. Avez-vous des informations sur la promotion de la santé et la prévention des infections (infections sexuellement transmissibles, le virus Ebola, etc.) ?

- Oui
 Non

Dans quel format ?

- Dépliants et autre
 Spots radio, séances de sensibilisation
 Formations
 Autres. Quelles ? _____

5. Avez-vous déjà demandé une contraception au centre de santé ?

- Oui Non

Quel type de contraception ?

- Jadelle
 Pilule
 Condom
 Contraception d'urgence
 Autres : _____

Était-il disponible ?

- Oui Non

6. Connaissez-vous s'il y a un système de gestion des plaintes pour recevoir et accepter les plaintes et recommandations de la communauté ?

- Oui Non

Comment évaluez-vous le système de plaintes ?

- Très bien
 Bon
 Régulier
 Mauvais

7. Avez-vous participé à une action de sensibilisation ou de plaidoyer sur la santé sexuelle et reproductive et/ou la violence sexuelle au cours de l'année dernière ?

- Oui
 Non

Sur quels sujets ? _____

8. Avez-vous écouté des messages radio sur la santé sexuelle et reproductive au cours de l'année dernière ?

- Oui
 Non

Sur quels sujets ? _____

9. Comment évaluez-vous ces messages radio ?

- Très bien.
 Bon
 Régulier
 Mauvais

10. Pensez-vous que les soins d'urgence pour les femmes victimes de violences sexuelles se sont améliorés l'année dernière ?

- Oui
- Non

11. Quelles sont les principales améliorations en matière de santé sexuelle et reproductive et de prévention de la violence sexuelle au cours de l'année dernier ?

12. Quelles recommandations avez-vous à faire pour continuer à promouvoir les droits sexuels et reproductifs et une vie sans violence à Beni ?

Anexo III. Ficha CAD

Título	“Promover el derecho a una vida saludable y libre de toda violencia en un contexto de emergencia de salud pública a través de la prevención y mitigación de la violencia sexual y de género en Beni (Kivu Norte, RDC)” Ref.: SOLHUM/2020/002	Lugar	Kivu Norte, República Democrática del Congo (RDC)
Sector	Sector CRS: 12110 -Política sanitaria y gestión administrativa Sector CAD: 130 -Programas/políticas sobre población y salud reproductiva	Subsectores	2111003 Cobertura Universal / Protección Social 1302001 Apoyo a víctimas de violencia de género
Tipo de evaluación	Final, externa, de objetivos y proceso.	Coste (€)	249.458,82 €
Fecha de la intervención	01 de agosto de 2021 - 2 de octubre de 2022	Agente ejecutor	Farmamundi y PPSSP
Fecha de la evaluación	Octubre 2022- enero 2023	Agente evaluador	SANART el arte de hacer salud- Inma Gisbert Civera y Ana Zamacona Mulas, junto con Justin Kirere (ATEBADEC)
Antecedentes y objetivo general de la intervención	<p>Según Naciones Unidas, la provincia de Kivu Norte de la República Democrática del Congo, en adelante RDC, está considerada el peor lugar del mundo para nacer mujer al concentrar el mayor número de agresiones sexuales del planeta, desde que fuera identificada la importante riqueza minera que se encuentra en su territorio a finales de la década de los 90. La RDC ha sido también una zona endémica de Ébola y en los últimos tiempos ha vivido el segundo brote más letal (66% de letalidad) del mundo que ha durado más de dos años. La pandemia del COVID-19 también ha afectado siendo uno de los países más afectados de África Subsahariana y siendo la provincia de Kivu Norte calificada de alto riesgo por su carácter fronterizo con Uganda y Ruanda. La debilidad del sistema de salud unida a la situación de violencia y de desplazamiento forzoso hace que los derechos sexuales y reproductivos sean vulnerados y que responder al brote del Ébola y al COVID-19 resulte muy complejo.</p> <p>Farmamundi lleva trabajando desde el año 2003-2004 en la RDC y, concretamente con PPSSP desde hace 14 años en el ámbito de la violencia sexual, fundamentalmente contra las mujeres y las niñas, tanto en la prevención como en la atención física y psicológica y en la minimización de los efectos socioeconómicos de las víctimas y sus familias, que se materializa en el diseño de una estrategia conjunta en el año 2017.</p> <p>Este proyecto continúa el apoyo en Beni en nuevas áreas de salud después del proyecto “Disponibilidad, calidad y acceso a la salud sexual y reproductiva (SSR) ante el deterioro de la situación humanitaria y el brote de ébola en Beni- Kivu Norte, RDC” (Ref.: SOLHUM/2019/001), ejecutado entre el 1 de junio de 2020 y el 31 de agosto de 2021.</p> <p>El proyecto ha tenido como objetivo general promover el derecho a una vida saludable y libre de toda violencia en un contexto de emergencia de salud pública a través de la prevención y mitigación de la violencia sexual y de género en Beni (Kivu Norte, RDC). Y, como objetivo específico, proteger la salud y los DSR de la población más vulnerable (PDI, mujeres supervivientes de violencia sexual – MSVS, infancia, supervivientes de VS) afectada por la crisis humanitaria en Beni (RDC) ante el brote de enfermedades pandémicas y la prolongación de la actividad armada.</p>		

Principios y objetivos de la evaluación	La evaluación tenía como objetivo general verificar el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos por el IV Plan Director de la Cooperación Valenciana 2017-2020, y como objetivos específicos: (1) Analizar el grado de cumplimiento de la planificación prevista en este proyecto, desde la pertinencia, eficacia, eficiencia, cobertura, impacto, viabilidad, participación y coherencia con un enfoque de género, derecho a la salud, diversidad cultural y utilidad de la evaluación, y (2) Identificar lecciones aprendidas y recomendaciones para mejorar la práctica del seguimiento y las estrategias de intervención.
Metodología y herramientas	Para la recogida de información se ha utilizado un enfoque principalmente cualitativo que ha permitido la aproximación a las experiencias individuales y al conocimiento de diferentes aspectos de la realidad utilizando como herramientas la revisión documental, la entrevista, los grupos de discusión y un taller de teoría de programa. La evaluación ha incorporado los enfoques de derechos humanos y de género para el diseño de instrumentos para la recogida de información, en el proceso de recogida de la misma y en su posterior análisis. Las preguntas de evaluación se han incluido en una matriz organizada por los siguientes criterios: pertinencia, eficiencia, partenariado, coordinación, fortalecimiento de capacidades locales, apropiación, participación, mecanismos de quejas y denuncias, eficacia, conectividad, enfoques transversales e impacto. Se han realizado un total de 5 entrevistas semi estructuradas individuales a socios y titulares de obligaciones y responsabilidades; 9 entrevistas grupales (3 en las estructuras de salud con personal de salud, 3 con CLDH y 3 con docentes en las que participaron 39 personas (17 mujeres y 22 hombres); 15 grupos de discusión: 3 con MSVS, 3 con defensores de DDHH, 3 con representantes de OSC, 3 con consejeras y 3 con representantes de autoridades locales, en las que participaron 96 personas (70 mujeres y 26 hombres); 3 cuestionarios, uno dirigido a mujeres usuarias de los servicios de SSR que fue respondido por 28 mujeres, otro dirigido a población desplazada que fue respondido por 45 personas y otro dirigido a estudiantes que fue respondido por 45 personas; y un Taller de Teoría de Programa con responsables de Farmamundi, GADHOP y PPSSP.
Conclusiones	<p>PERTINENCIA</p> <p>La pertinencia del proyecto queda demostrada tanto por la trayectoria de colaboración entre PPSSP y Farmamundi, que garantiza un conocimiento compartido del contexto y de su experiencia. El proyecto ha apoyado a poblaciones que sufren violaciones de sus derechos sexuales. Se ajusta a las prioridades del este de la RDC, donde la violencia sexual y de género es un problema muy grave. El contexto de las masacres en el territorio de Beni ha acentuado la violencia sexual y de género, al tiempo que han aumentado la exposición de estas poblaciones vulnerables a sus consecuencias físicas y psicológicas. Así, las zonas sanitarias destinatarias del proyecto se caracterizaban tanto por una elevada prevalencia de la violencia sexual y de género como por casos de este tipo de violencia desde el estallido de la epidemia de ébola, incluida una creciente inseguridad. Además, se alineó con las prioridades de la Zona Sanitaria de Beni, donde la violencia sexual y de género es un problema agudo.</p> <p>EFICIENCIA</p> <p>El análisis de eficiencia muestra que la ejecución ha sido eficiente con un alto porcentaje, alrededor de un 60,77%, destinado a la ejecución de actividades y su seguimiento (viajes, alojamiento y dietas, equipos y materiales, construcción y otros servicios técnicos) y un 30,81% destinado a personal. En general, se cubrieron las necesidades de recursos del proyecto, se evaluaron periódicamente y se movilizaron con eficacia, y los recursos humanos utilizados para llevar a cabo las actividades fueron relativamente adecuados.</p>

	<p>PARTENARIADO Y COORDINACIÓN</p> <p>Los mecanismos de coordinación establecidos y utilizados por el proyecto cuentan con una alta valoración por parte de todas las partes. A nivel interno han resultado muy eficientes y han contado con la flexibilidad necesaria para adaptarse a un entorno muy cambiante y, a nivel externo el alto grado de participación de PPSSP y GADHOP en los diferentes espacios de coordinación de todos los actores del sector en terreno, ha permitido el conocimiento profundo y actualizado del contexto, la coordinación con otros actores y el establecimiento de sinergias y complementariedades entre ellos.</p>
	<p>FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES LOCALES</p> <p>En cuanto al fortalecimiento de capacidades locales, se han potenciado y reforzado los recursos, entidades e instituciones locales mediante la capacitación del personal sanitario con los líderes comunitarios y la mejora de la concienciación profesional en la prestación de servicios. GADHOP apoyó a PPSSP en el desarrollo de las capacidades de autoridades locales en el ámbito de la salud y de la violencia de género con el fin de presentar informes de incidencia a nivel provincial. Se estableció un plan de capacitación también para consejeras y miembros del CLDH y, durante la supervisión sobre el terreno, se llevaron a cabo actividades de formación y prevención de AES. A pesar de ello, ha sido un reto la capacitación de los profesores en SSR, DSR, VG y VS.</p>
	<p>APROPIACIÓN Y PARTICIPACIÓN</p> <p>En lo que se refiere a apropiación y participación, las encuestas de satisfacción se pusieron en marcha como mecanismo para facilitar que las comunidades y las personas afectadas por crisis expresaran libremente su agradecimiento por la ayuda recibida. Se instauró un sistema de rendición de cuentas en las ES y se escuchó a la comunidad a distintos niveles: a los profesionales de salud y a la propia población beneficiaria. La firma de cartas de apoyo demostró la implicación de las entidades o instituciones locales en el diseño y la gestión de la intervención. Así, a través de las diversas sesiones de sensibilización organizadas por las consejeras, los miembros del CLDH y la instalación de buzones de quejas en las ES, los titulares de derechos pudieron participar en el proceso de ejecución del proyecto.</p>
	<p>MECANISMOS DE QUEJAS Y DENUNCIAS</p> <p>Se estableció un mecanismo de quejas y denuncias y se informó a la población para que presentara sus observaciones, propuestas y quejas en los buzones de sugerencias disponibles en las ES.</p>
	<p>EFICACIA</p> <p>En cuanto a la eficacia, el derecho a la salud mejoró gracias a la formación recibida por los profesionales sanitarios y otras partes interesadas para mejorar el servicio. La multiplicación de las sesiones de sensibilización y las emisiones de radio han contribuido a concienciar a la población vulnerable sobre SSR y VbG, especialmente a las mujeres, y las niñas, que son las más afectadas. La distribución de suministros e insumos médicos ha reforzado la capacidad de prestación de servicios de SSR en las 3 ES. Además, las formaciones sirvieron de base para conocer los signos de peligro de embarazo y limitaron los peligros en el seguimiento de las mujeres que acuden a las actividades de SSR. Hombres y mujeres, niños y niñas han participado en las actividades de sensibilización y consiguiendo registrar casos de violencia sexual de hombres. Aunque la SSR está normalmente orientada a las mujeres, el proyecto ha integrado el enfoque de género durante la ejecución de las actividades, de modo que todas las personas</p>

	<p> puedan desempeñar su papel, cada una a su manera, para promover la igualdad comunitaria. Por ello, se ha sensibilizado a los hombres sobre la importancia de la atención prenatal, y de que acompañen a sus esposas a la atención prenatal y elijan un método de planificación familiar.</p> <p>CONECTIVIDAD Y ENFOQUES TRANSVERSALES</p> <p>En relación con la conectividad, se respetó la normativa local, ya que el proyecto respondió favorablemente a los problemas de la comunidad teniendo en cuenta las normas consuetudinarias locales. El proyecto se centró en la fase de emergencia, ya que fue diseñado para atender a la población vulnerable en una situación de crisis aguda, pero integró el aspecto de rehabilitación en la atención a la población desplazada interna, las mujeres embarazadas, los partos y la atención psicológica de SVS contribuyendo al alivio de la comunidad beneficiaria. Las ES se han abastecido de medicamentos antes de un mes del final del proyecto para garantizar la gestión de la SSR y la violencia sexual; y los conocimientos transferidos a profesionales de salud, CLDH, consejeras, OSC y autoridades locales favorecen la conectividad de las acciones previstas por el proyecto. Por último, en el documento de incidencia elaborado por el proyecto se establecieron recomendaciones y compromisos a problemas a medio y largo plazo.</p> <p>IMPACTO</p> <p>En cuanto al impacto, los principales logros del proyecto fueron la capacitación de las partes interesadas, el suministro de insumos médicos, la atención médica y psicológica, la movilización social y los debates en torno a los retos de la violencia de género y los DDSSRR, la aplicación de políticas públicas a través de la incidencia ante las autoridades locales y provinciales.</p>
Recomendaciones	<p>Revisar con la ZS de Beni y con las instituciones de gobierno competentes sus compromisos tanto en relación con la sostenibilidad de los recursos humanos como en las acciones de promoción de la paz. Se recomienda realizar una reunión en la que se revisen los acuerdos establecidos en relación con la sostenibilidad del personal de salud en las Estructuras de Salud y para explorar con las instituciones competentes (justicia, educación u otras), la promoción de acciones para la promoción de la paz y la reducción de la violencia en Kivu Norte.</p> <p>Continuar reduciendo las brechas de género y promoviendo la corresponsabilidad de los cuidados en el ámbito de la SSR. Se recomienda incorporar en las acciones comunitarias la importancia de la participación de los hombres en las acciones de PF, así como en el cuidado de la salud de los niños y niñas e identificar espacios comunitarios en los que participen específicamente hombres para fomentar procesos de sensibilización y concienciación de género y de masculinidad positiva.</p> <p>Continuar con las acciones de IEC para reducir el estigma y la discriminación de las SVS y de sus hijos/as a nivel comunitario. Se recomienda promover acciones de sensibilización en las comunidades orientadas a visibilizar la violencia sexual y de género y desculpabilizar a las víctimas y sus familias promoviendo el apoyo comunitario y no la discriminación.</p>

Implicar al profesorado, CAC y líderes religiosos como agentes de sensibilización en DSR y VbG y VS. Se recomienda formar al profesorado, CAC y líderes religiosos con una metodología de formación de formadores para que luego ellos puedan replicar con alumnado en el caso del profesorado o con la comunidad en el caso de los CAC y líderes religiosos.

Incluir el registro de acompañamiento en las consultas de CPN y PF. Se recomienda registrar en las consultas si las mujeres van acompañadas de sus maridos con el fin de ver si está aumentado la participación de los hombres en las mismas y aprovechar estas consultas para sensibilizar sobre el autocuidado, las relaciones de buen trato y la corresponsabilidad en la SSR.

Seguir promoviendo en las sensibilizaciones el aborto seguro tal y como recoge el protocolo de la Unión Africana a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos con relación a los Derechos de las Mujeres en África, más conocido como el Protocolo de Maputo <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/ProtocolontheRightsofWomen.pdf>. Se recomienda seguir trabajando este tema en las sensibilizaciones y garantizar la referencia al Hospital de Beni y la disponibilidad asegurando la privacidad e intimidad.

Continuar reforzando la promoción de la salud con los jóvenes en los temas en los que ellos y ellas consideran que hay más problemas, que son: el embarazo precoz y la información sobre SSR. Se recomienda organizar campañas y/o acciones comunitarias dirigidas a la población joven para la prevención del embarazo precoz, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la autoestima, el autocuidado y las relaciones de buen trato. Se recomienda explorar metodologías participativas y/o incorporar en acciones culturales y/o de tiempo libre como teatro comunitario, estos temas.

Incorporar el componente de cash transfer para las SVS. Se recomienda incorporar las ayudas económicas para las SVS realizando una identificación de si otras organizaciones están poniendo en marcha otro tipo de iniciativas y revisando las evaluaciones de procesos similares en otros contextos.

Dar mayor difusión a las quejas y sugerencias y a las respuestas que se está dando a las mismas. Se recomienda continuar dando difusión a los buzones de sugerencias para que la población conozca su existencia, promover su análisis y dar difusión a las respuestas que se da a las quejas.

Continuar reforzando las capacidades para el seguimiento entre PPSSP, las ES y los actores comunitarios. Se recomienda realizar sesiones formativas con las personas responsables de la ZS de Beni y el personal de las ES sobre la recogida y análisis de la información que se está generando en las atenciones. Se promoverá la mejora de la calidad en la recogida de la información y poner en marcha sesiones para el análisis de la misma en la que se incorpore la perspectiva de género con el fin de conocer quien está acudiendo a los servicios de SSR, qué tipo de enfermedades o problemas tienen hombres y mujeres (sobre todo si se recoge información de ITS) y tomar medidas al respecto en relación a la promoción de la salud y la organización de los servicios sanitarios. Se reforzará también la incorporación de la perspectiva de género en el análisis que se realiza sobre la situación de salud en las reuniones mensuales del CODESA.

	<p>Promover la formación y sensibilización de los jueces y otros actores importantes en el sistema judicial. Teniendo en cuenta que, a pesar de los avances, todavía existen brechas en la promoción de no violencia, así como en el acceso a la justicia de las MSVS, ya que el contexto de seguridad sigue siendo frágil y los casos de violencia sexual siguen siendo muy frecuentes, se recomienda realizar acciones de formación y sensibilización con los jueces sobre VbG y VS.</p> <p>Las recomendaciones 4, 8 y 9 ya han sido incorporadas en el proyecto Proyecto <i>“Respuesta humanitaria multisectorial de atención, prevención y protección del derecho a la salud y a una vida libre de violencias en un contexto de simultaneidad de emergencias sanitarias y de naturalización de la VSyBG, en Kivu Norte, RDC”</i> financiado por la GVA en la convocatoria de 2021 con número de expediente SOLHUM/2021/0002.</p>
<p>Agentes que han intervenido</p>	<p>Farmamundi, PPSSP, GADHOP, representante de la ZS Beni; representantes de autoridades locales y regionales; personal de las Áreas de Salud de Malepe, Ngongolio y Rwangoma, mujeres supervivientes de violencia sexual, mujeres embarazadas o en edad fértil y hombres que acceden a los servicios de planificación familiar, mujeres embarazadas que acceden a cuidados neonatales y parto, consejeras, representantes de organizaciones de la sociedad civil, agentes defensores de derechos sexuales y reproductivos y Comités Locales de Derechos Humanos (CLDH); docentes y estudiantes de 3 centros educativos de las 3 áreas de salud.</p>