



Informe de evaluación de proyecto

Garantizar servicios integrales de salud entre
población desplazada y retornada Kurdistán Iraquí en
contexto de emergencia sanitaria global (Ref. AECID
2020/ACHU/000135)

"El Estado garantizará la seguridad social y sanitaria de la población iraquí en caso de vejez, enfermedad, incapacidad laboral, desamparo, orfandad o desempleo; trabajará para protegerla de la ignorancia, el miedo y la pobreza, y les proporcionará una vivienda y programas especiales de atención y rehabilitación, lo que se regulará por ley"

"Toda ciudadanía tiene derecho a la atención sanitaria. El Estado mantendrá la salud pública y proporcionará los medios de prevención y tratamiento mediante la construcción de diferentes tipos de hospitales e instituciones sanitarias"
(República de Irak, 2005).

Glosario

AECID	La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
APS	Atención Primaria en Salud
APA	La Asociación Americana de Psicología
BHSP	Paquete de Servicios Básicos de Salud
CHPs	Promotores comunitarios de la salud
DoH	Directorado de Salud
TRD	Técnica de revisión de documentos
EWARN	Sistema de vigilancia epidemiológica y alerta temprana
EBDH	Enfoque basado en Derechos Humanos y género
FGDs	Grupos focales de discusión
FM	Farmacéuticos Mundi
HCT	Equipo humanitario del país
ICCG	Grupo de Coordinación Interclúster
PDI	Población Desplazada Interna
DIUs	Dispositivos intrauterinos
KIIs	Entrevistas con informantes clave
KRG	Gobierno Regional del Kurdistan
KRI	Región del Kurdistan de Iraq
SMAPS	Salud mental y apoyo psicosocial
ONGs	Organizaciones no gubernamentales
PANEL	Participación, responsabilidad, no discriminación e igualdad, empoderamiento y legalidad
CAP	Centros de Atención Primaria
SWOT	Fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (DAFO)
ToC	Teoría del Cambio
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
TRD	Técnicas de Revisión Documental
ONU	Organización de las Naciones Unidas

Contenido

Lista de figuras	vi
Lista de cuadros	vi
1.0 Resumen ejecutivo	1
1.1 Resumen ejecutivo (version en inglés).....	4
2.0 Introducción.....	6
3.0 Metodología de la investigación	8
3.1 Marco teórico	8
3.2 Técnicas de investigación	10
3.2.1 Técnica de revisión de documentos.....	12
3.2.2 Entrevistas a informantes clave (KII).....	12
3.2.3 Discusiones de grupos focales.....	13
4.0 Principales resultados	13
4.1 Adecuación y pertinencia (coherencia).....	24
4.1.1 Formulación e identificación del proyecto	24
4.1.2 Teoría del cambio	27
4.1.3 ¿Fueron más relevantes algunas intervenciones?.....	30
4.1.4 Capacidad de respuesta a los factores externos	30
4.1.5 Relevancia para el perfil local de la enfermedad.....	33
4.1.6 Adaptación de los servicios al género, la edad y la pertinencia cultural	33
4.1.7 Conformidad con las normas de la AECID	34
4.1.8 Propiedad y participación	35
4.2 Eficiencia.....	35
4.3 Eficacia y cobertura.....	37
4.3.1 Estructuras	37
4.3.1.1 Instalaciones físicas	38
4.3.1.2 Equipos y suministros.....	39
4.3.1.3 Recursos humanos.....	41
4.3.1.4 Formación del personal	42
4.3.1.5 Confianza y responsabilidad mutual	43
4.3.2 Procesos	45

4.3.2.1 Alcance comunitario	45
4.3.2.2 Servicios SMAPS	47
4.3.2.3 EWARN	48
4.3.2.4 Asistencia médica.....	49
4.3.2.5 Laboratorio y ecografía.....	53
4.3.2.6 Derivaciones.....	54
4.3.2.7 Mecanismos de reclamación y retroalimentación	56
4.3.3 Principales resultados	57
4.4 Impacto	61
5.0 Recomendaciones para FM y HEEVIE	64
Bibliografía	70
Anexos	

Lista de figuras

FIGURA 1: PROCESOS DE COMPROMISO ENTRE LA POBLACIÓN TITULAR DE OBLIGACIONES Y LA POBLACIÓN TITULAR DE DERECHOS	9
FIGURA 2: MODELO DE DONABEDIAN PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	9
FIGURA 3: PERTINENCIA Y COHERENCIA EN LOS PROCESOS DE FORMULACIÓN DE PROYECTOS	27
FIGURA 4: TEORÍA DEL CAMBIO DEL PROYECTO	29

Lista de cuadros

CUADRO 1: FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA EVALUACIÓN	10
CUADRO 2: POBLACIÓN EN MAYO DE 2022 (DESGLOSADA POR SEXO Y EDAD)	14
CUADRO 3: PERSPECTIVA DE COBERTURA MACRO (DESGLOSADA POR UBICACIÓN, GÉNERO Y EDAD).....	15
CUADRO 4: BREVE RESUMEN DE LOS LOGROS DEL PROYECTO	16
CUADRO 5: CONSULTAS DEL PERSONAL PROFESIONAL (DESGLOSADAS POR SEXO Y EDAD)	41
CUADRO 6: SMAPS SERVICIOS (DESGLOSADOS POR GÉNERO Y EDAD).....	47
CUADRO 7: CONSULTAS MÉDICAS (DESGLOSADAS POR SEXO Y EDAD)	49
CUADRO 8: PRINCIPALES CATEGORÍAS DE ENFERMEDADES (DESGLOSADAS POR SEXO Y EDAD)	50
CUADRO 9: PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS (DESGLOSADOS POR SEXO Y EDAD)	52
CUADRO 10: DERIVACIONES EXTERNAS DEL PROYECTO (DESGLOSADAS POR ZONA, SEXO Y EDAD)	54
CUADRO 11: PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE LAS DERIVACIONES (DESGLOSADOS POR SEXO Y EDAD)	55
CUADRO 12: RESUMEN DE LA RETROALIMENTACIÓN ALEATORIA (OBTENIDA MEDIANTE LLAMADAS ALEATORIAS)	57

1.0 Resumen ejecutivo

Farmacéuticos Mundi (FM) y HEEVIE ejecutaron el proyecto desde el 15 de febrero de 2021 al 15 de mayo de 2022 en las zonas de Cham Mishko y Bozan de las gobernaciones de Duhok y Nínive. El proyecto fue financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). La empresa consultora Research & Technical Solutions (CCRTS) realizó la evaluación externa de fin de proyecto entre mayo y julio de 2022 que se recoge en el presente informe.

Los acuerdos de colaboración con ambos centros de salud estaban totalmente (100%) en vigor. Los Centros de Atención Primaria de Salud (CAP) disponían de suministros y equipos con edificios limpios y funcionales. El edificio de Bozan todavía tiene algunos aspectos (como la construcción) que mejorar. Los servicios de APS cubren el paquete de servicios sanitarios básicos, excepto los servicios de vacunación esenciales. El proyecto proporcionó formación a 70 profesionales de la salud (incluidos algunos perfiles del gobierno) y a 12 promotores/as de salud comunitarios (CHP).

El proyecto proporcionó 41.005 consultas a mujeres, hombres, niños y niñas. Es importante mencionar que Farmamundi y HEEVIE calculan el ratio de utilización de los servicios de salud sobre un valor medio de 1,25¹ basándose en los datos recogidos en ambos CAP. El Grupo de Asesoramiento Estratégico del Grupo Nacional de Salud de Iraq y el Equipo de Revisión de Proyectos Estratégicos orientaron a las ONGI y a las ONG de Iraq para que calcularan la población titular de derechos basándose en los incidentes de servicios². Esto indicaría que el número total de personas que acuden a ambos centros sanitarios es de aproximadamente 32.804. Se trata de 27.423 personas en el caso de Cham Mishko y de 5.381 personas en el de Bozan a lo largo del proyecto (léase Cuadro 2 en la página 14). Sin embargo, como consultores de la evaluación, hemos considerado una estimación conservadora de 2,5 (cada persona recurre a los servicios de atención primaria a la salud 2,5 veces en un año) y asumimos que el número de personas que han accedido a los servicios de salud en el marco del presente proyecto, es de 18.454.

¹ Este índice supone que cada persona acude a los servicios de atención primaria a la salud 1,25 veces en un año

² "Incidente de servicio" se refiere a una consulta u otro servicio prestado y registrado por el proyecto. Una persona X puede haberse beneficiado de varios incidentes de servicio y el proyecto registrará el incidente de servicios (no el individuo). La atención se centra principalmente en el número de resultados (servicios y materiales) en lugar de hacer un seguimiento del número de personas que se benefician de los servicios o materiales del proyecto.

Las tres tipologías de atención más utilizadas en ambos centros de salud participantes en el proyecto (suponen alrededor del 80%) según el análisis de las consultas realizadas han sido: (1) Medicina Interna (56,50%), (2) Urología (11,00%) y (3) Ortopedia (7,72%). Además, los CAP de Bozan y Cham Mishko derivaron a 4.036 personas a servicios de salud especializados. Del total, 3.166 derivaciones fueron internas, y 870 fueron externas a los hospitales.

En el CAP de Cham Mishko se realizaron 1.153 atenciones relacionadas con la Salud Mental y de Apoyo Psicosocial (SMAPS). La integración de los servicios SMAPS en el Paquete de Servicios de Atención Primaria de Salud ha favorecido el acceso de las unidades de convivencia desplazadas en Cham Mishko a estos servicios sanitarios.

El proyecto realizó 6.010 pruebas de laboratorio y 1.123 pruebas de ultrasonido. El proyecto consiguió que la ruptura de stock de medicamentos fuera de 0 días durante toda la duración de la ejecución del proyecto, garantizando en todo momento la disponibilidad de tratamientos de APS relacionados con las enfermedades más prevalentes en las zonas de intervención.

Los y las CHP realizaron más de 2.500 sesiones para compartir mensajes oportunos sobre salud comunitaria, a las que asistieron aproximadamente 10.000 personas. El proyecto con esta acción ha contribuido a mejorar el acceso a información veraz y oportuna, desmontando bulos sobre riesgos relacionados con las enfermedades transmisibles (especialmente COVID-19). Todos los materiales de promoción de la salud y prevención de enfermedades presentan mensajes armonizados con el clúster de salud y al DOH. Además, en el marco del proyecto se han traducido al kurdo (pertinencia cultural) y se han revisado para garantizar la integración de la perspectiva de género y edad.

El proyecto proporcionó formación a 70 profesionales de la salud (incluidos algunos perfiles del gobierno) y a 12 promotores/as de salud (6 mujeres). Algunas de las temáticas de las formaciones han sido: (1) identificación de emergencias médicas, (2) tratamiento adecuado y gestión de casos, (3) gestión de farmacias, (4) ética farmacéutica y (5) educación sanitaria general.

El proyecto formó parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Alerta Temprana (EWARN) y proporcionó 15 informes de vigilancia. Mediante estos informes, se ha mejorado el sistema de vigilancia epidemiológica de las autoridades locales, garantizando una respuesta temprana en el caso de brotes de enfermedades infecto-contagiosas, otorgando una capacidad de respuesta mayor en ambas localizaciones.

El proyecto utilizó buzones de quejas, una línea telefónica directa, llamadas aleatorias y visitas sobre el terreno para obtener la opinión de la población titular de derechos. Los buzones de quejas y la línea de atención telefónica fueron ineficaces ya que la población no los utilizó con frecuencia, mientras que las llamadas aleatorias por parte de HEEVIE y las visitas a los centros de salud mejoraron considerablemente la gestión del proyecto al conocer con carácter quincenal la evolución del proyecto y las acciones a corregir en caso de necesidad de implementar alguna.

Llegamos a la conclusión de que el proyecto ha alcanzado ampliamente sus objetivos y ha beneficiado a las comunidades locales de Bozan y Cham Mishko.

1.1 Resumen ejecutivo (versión en inglés)

Farmacéuticos Mundi (FM) and HEEVIE implemented the project from 15 February 2021 to 15 May 2022 in the Cham Mishko and Bozan areas of Duhok and Nineveh governorates. The project was funded by the Spanish Agency for International Development Cooperation (AECID). The consultancy firm Research & Technical Solutions (CCRTS) carried out the external end-of-project evaluation between May and July 2022, which is included in this report.

The collaboration agreements with the health centres were fully (100%) in place. The Primary Health Care Centres (PHCs) had supplies and equipment with clean and functional buildings. The Bozan building still has some areas (such as construction) to improve. The PHC services cover the basic package of health services, except for essential vaccination services. The project provided training to 70 health professionals (including some government profiles) and 12 community health promoters (CHPs).

The project provided 41,005 consultations to women, men, boys and girls. Importantly, Farmamundi and HEEVIE calculate the health service utilisation ratio on an average value of 1.25 based on the data collected in both CHPs. The Iraq National Health Cluster Strategic Advisory Group and the Strategic Project Review Team guided INGOs and NGOs in Iraq to calculate the entitlement population based on service incidents. This would indicate that the total number of people attending both health centres is approximately 32,804. This is 27,423 people in the case of Cham Mishko and 5,381 people in the case of Bozan over the course of the project (see Table 2 on page 14). However, as evaluation consultants, we have considered a conservative estimate of 2.5 (each person uses primary health care services 2.5 times in a year) and assumed that the number of people who have accessed health services under this project is 18,454.

The three most frequently used types of care in both health centres participating in the project (accounting for around 80%) according to the analysis of the consultations carried out were: (1) Internal Medicine (56.50%), (2) Urology (11.00%) and (3) Orthopaedics (7.72%). In addition, the Bozan and Cham Mishko KAPs referred 4,036 persons to specialised health services. Of the total, 3,166 referrals were internal, and 870 were external to the hospitals.

At the Cham Mishko CAP, 1,153 Mental Health and Psychosocial Support Services (MHPSS) were provided. The integration of MHPSS services into the Primary Health Care Service Package has facilitated access to these health services for the displaced living units in Cham Mishko.

The project conducted 6,010 laboratory tests and 1,123 ultrasound tests. The project achieved a 0-day stock-out of medicines for the entire duration of the project, ensuring the availability of PHC treatments related to the most prevalent diseases in the intervention areas at all times.

The CHPs conducted more than 2,500 sessions to share timely community health messages, attended by approximately 10,000 people. The project through this action has contributed to improving access to accurate and timely information, debunking hoaxes about risks related to communicable diseases (especially COVID-19). All health promotion and disease prevention materials present messages harmonised with the health cluster and the DOH. In addition, the project has translated them into Kurdish (cultural relevance) and revised them to ensure gender and age mainstreaming.

The project provided training to 70 health professionals (including some government profiles) and 12 health promoters (6 women). Training topics included: (1) identification of medical emergencies, (2) appropriate treatment and case management, (3) pharmacy management, (4) pharmacy ethics and (5) general health education.

The project was part of the Epidemiological Surveillance and Early Warning System (EWARN) and provided 15 surveillance reports. Through these reports, the epidemiological surveillance system of the local authorities has been improved, ensuring an early response in the event of outbreaks of infectious and communicable diseases, providing increased response capacity in both locations.

The project used complaint boxes, a telephone hotline, random calls and field visits to obtain rightholders' feedback. The complaint boxes and hotline were ineffective as the population did not use them on a recurrent basis, while the random calls by HEEVIE and the visits to the health centres considerably improved project management by providing bi-weekly updates on the progress of the project and the actions to be corrected if any needed to be implemented.

We conclude that the project has largely achieved its objectives and has benefited the local communities of Bozan and Cham Mishko.

2.0 Introducción

El proyecto objeto de evaluación "Garantizar servicios integrales de salud entre la población desplazada y retornada en la región del Kurdistán de Iraq (KRI) en contexto de emergencia sanitaria global³" ha sido ejecutado por Farmacéuticos Mundi (FM) en colaboración con HEEVIE, una Organización No Gubernamental (ONG) local. La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) financió el proyecto. FM y HEEVIE ejecutaron el Proyecto entre el 15 de febrero de 2021 en las gobernaciones de Duhok y Nínive.

El proyecto incluyó una prórroga de tres meses, que no conlleva gasto presupuestario adicional. Esta prórroga fue comunicada a la AECID el 10 de enero de 2022, siendo que el fin del proyecto efectivo es el 15 de mayo de 2022. El presupuesto aprobado del Proyecto fue de 533.339 €, de los cuales 522.548 € fueron aportados por AECID y 10.791 € por Farmamundi. (AECID, 2020).

La AECID financió el Proyecto en el marco de su "Mejora de la calidad de los Servicios Nacionales de Salud" (LA 3.8.A) bajo el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) de Buena Salud y Bienestar (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, 2018).

El plan del proyecto tenía como objetivo proporcionar servicios sanitarios integrales, sostenibles y no discriminatorios a 34.150 personas (16.217 personas, el 48% mujeres y 17.923 personas, el 52% hombres) a través de dos centros de salud primaria públicos (CAPs). Las localizaciones de intervención del proyecto han sido: (1) Campo de población desplazada interna (PDI) en Cham Mishko, subdistrito y distrito de Zakho, en la gobernación de Duhok, y (2) unidades de convivencia retornadas en Bozan, subdistrito de Alqoosh, distrito de Tel Kaif, en la gobernación de Nínive (AECID, 2020).



³ El código del expediente de la propuesta es [2020/ACHU/000135](#).

La mayoría de la población residente en el campamento de Cham Mishko pertenecen a la identidad etnorreligiosa yazidí. En el pueblo de Bozan y sus alrededores (Llanuras de Nínive) se concentra la población yazidí, desplazada durante la violencia armada y que ha regresado recientemente a sus zonas de origen tras algunas mejoras y sin tener otras opciones (Arraf, 2020). La población retornada en Bozan vive en las comunidades, mientras que la población desplazada interna y la población retornada viven principalmente en un campamento formal en Cham Mishko. El proceso de retorno sigue siendo fluido y variable en función de la situación de seguridad cambiante en la zona. Por lo tanto, la distinción entre población desplazada interna y población retornada cambia con frecuencia. Muchas familias regresaron a sus lugares de origen, pero posteriormente se desplazaron a dos o tres lugares diferentes y luego volvieron a sus hogares nativos, todavía con la incertidumbre sobre su futuro. Por ende, hemos utilizado los términos “población desplazada interna” y “población retornada” indistintamente en la presente evaluación, quedando claro que la población meta del proyecto en Cham Mishko tiene la condición de población desplazada interna mientras que la población meta del proyecto en Bouzan es en su gran mayoría población retornada mientras que el resto es población local.

El objetivo principal del proyecto era garantizar *servicios integrales y sostenibles de Atención Primaria de Salud (APS)*, adaptados a la pertinencia de género, edad y cultura, sin discriminación y a lo largo de todo el ciclo vital entre las unidades de convivencia de la población desplazada interna del campo de Cham Mishko y las unidades de convivencia retornadas de Bozan.

De acuerdo con el presupuesto y el plan del proyecto aprobados por la AECID, FM y HEEVIE contrataron la evaluación externa (de terceros) a la empresa Consultant Company for Research & Technical Solutions (CCRTS) tras un proceso competitivo. CCRTS evaluó exhaustivamente los resultados del proyecto utilizando los criterios de evaluación de (1) Pertinencia y Adecuación y (2) Eficacia y Cobertura. Además, el CCRTS también realizó un ligero examen de (3) Impacto y (4) Eficiencia (Borton, Mitchell, Orzel, Robertson y Russo, 2006). En el criterio de evaluación de Pertinencia y Adecuación se incluyó la Coherencia. El informe de evaluación gira en torno a la medida de la Eficacia y la Cobertura en la que CCRTS utilizó el Marco de Donabedian (véase Figura 2 en la página 9) para evaluar la eficacia de los centros de salud de Cham Mishko y Bozan.

CCRTS recopiló y trianguló pruebas relacionadas con los criterios de evaluación de una muestra de titulares de derechos, titulares de obligaciones e instituciones proveedoras de servicios (véase Cuadro 1 en la página 10).

La población destinataria del informe de evaluación es la dirección de HEEVIE, Farmacéuticos Mundi y el funcionario competente de la AECID. CCRTS realizó el estudio al final del proyecto, cuando la disponibilidad de las personas responsables del proyecto de HEEVIE y FM permitía mantener cuantas reuniones o entrevistas fueran necesarias. Lo mismo se aplicó para el personal que trabaja en los diferentes centros de salud de intervención del proyecto, desplazándose el equipo de CCRTS a ambos centros en numerosas ocasiones. La evaluación utilizó la información, las aportaciones y el análisis de las personas participantes, cualquiera que fuera el rol desempeñado en el proyecto.

La evaluación utilizó el siguiente marco teórico y técnicas de investigación que aportan pruebas válidas sobre el rendimiento del proyecto:

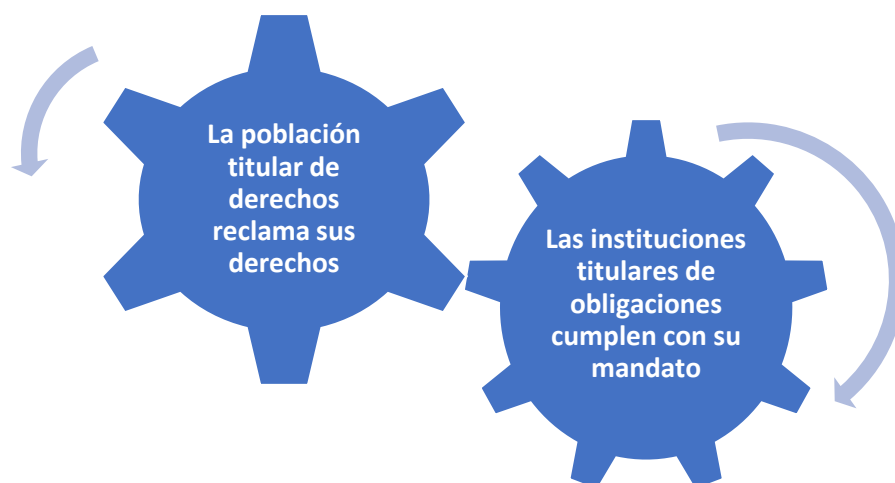
3.0 Metodología de la investigación

3.1 Marco teórico

Utilizamos el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH) para enfocar los procesos vitales de la investigación, como el diseño, la recopilación de datos y la garantía de participación de las partes interesadas en el estudio. CCRTS se adhirió a los cinco principios de participación, responsabilidad, no discriminación e igualdad, empoderamiento y legalidad (PANEL), que se refuerzan mutuamente, a lo largo de los procesos de investigación y se aseguró de que la evaluación se ajustara al EBDH.

- En nuestra investigación, abordamos el acceso a la salud como un derecho humano fundamental en el que la (1) capacidad, (2) voluntad y (3) recursos del grupo de titulares de obligaciones para prestar servicios sanitarios son factores críticos para la realización de los derechos humanos de la ciudadanía. Además, es igualmente crucial que la población titular de derechos tenga la capacidad y el espacio político para reclamar sus derechos sanitarios mediante un compromiso constructivo con los grupos de titulares de obligaciones. La evaluación recopiló información sobre el papel del proyecto en el fortalecimiento de las capacidades locales, la mejora de la voluntad y los recursos de las instituciones titulares de obligaciones y la forma en que ayudó a la población titular de derechos a reclamar sus derechos sanitarios. Se trata de un enfoque de proceso en el que las instituciones garantes de derechos y la población titular de derechos se refuerzan mutuamente mediante un compromiso basado en cinco principios de derechos humanos: participación, responsabilidad, no discriminación e igualdad, empoderamiento y legalidad.

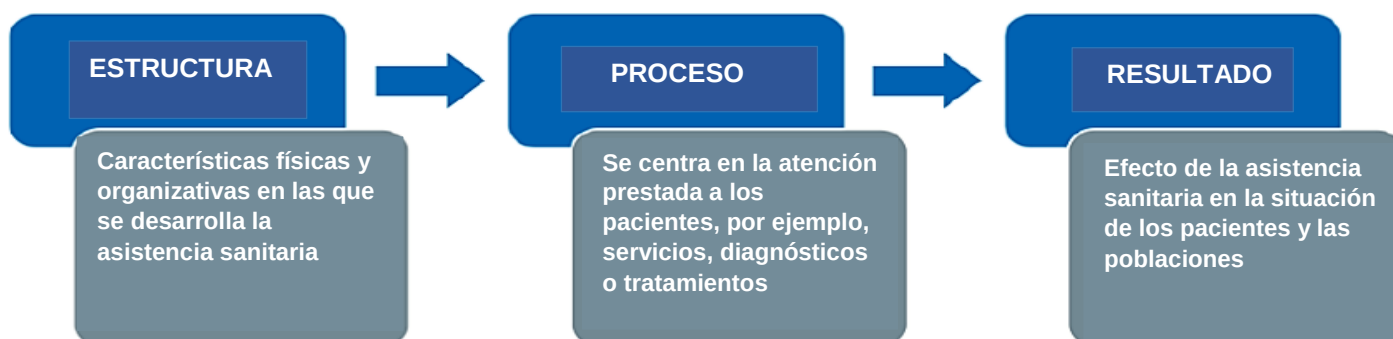
Figura 1: Procesos de compromiso entre la población titular de obligaciones y la población titular de derechos



El mecanismo entre los dos engranajes (véase la figura anterior) consiste en (1) un entorno habilitador y empoderador en el que la población titular de derechos no tenga miedo y se sienta lo suficientemente empoderada como para reclamarlo y (2) que las instituciones titulares de obligaciones sean responsables ante la ley y los y las representantes elegidos por el pueblo. Sin el mecanismo de acción, el funcionamiento de los engranajes es insostenible y poco duradero.

La investigación de la evaluación organizó las áreas de indagación en las siguientes fases según el Modelo Donabedian para la calidad de la atención (Donabedian, 1990):

Figura 2: Modelo de Donabedian para la calidad de la atención



3.2 Técnicas de investigación

CCRTS preparó la matriz de evaluación identificando las principales preguntas de evaluación bajo los dos criterios y formulando después sus subpreguntas. En el segundo paso, identificamos la categoría de población encuestada de relevancia para el proyecto y les asignamos las preguntas. Por último, dividimos las preguntas de evaluación entre tres técnicas de investigación: la técnica de revisión de documentos, las entrevistas a informantes clave y los grupos focales de debate. En el Anexo 1 se pueden encontrar varias listas de preguntas de evaluación por (1) personas encuestadas y (2) técnicas de investigación.

Las siguientes entidades o personas fueron entrevistadas para la presente investigación, como método de obtención de testimonios primarios desde diferentes perspectivas del proyecto.

Cuadro 1: Fuentes de información primaria para la investigación de la evaluación

No.	Entidades/personas entrevistadas	Tipología según EBDH	Perspectiva del proyecto
1	Presidencia y copresidencia del Cluster de Salud de la ONU a nivel de KRI (y de las gobernaciones).	Titular de obligaciones	Influencia
2	Directorado de Salud Sheikhan (Representantes de las autoridades sanitarias)	Titular de obligaciones – Gobierno	Influencia
3	Directorado de Salud Zakho (Representantes de las autoridades sanitarias)	Titular de obligaciones - Gobierno	Influencia
4	Directorado de Salud, Duhok (Representantes de las autoridades sanitarias)	Titular de obligaciones – Gobierno	Influencia
5	Personal de Farmamundi relacionado con el proyecto	Titular de obligaciones - Sociedad civil internacional (sin ánimo de lucro)	Control
6	Personal general de HEEVIE que trabaja en el proyecto	Titular de obligaciones - Sociedad civil nacional (sin ánimo de lucro)	Control

No.	Entidades/personas entrevistadas	Tipología según EBDH	Perspectiva del proyecto
7	Trabajadores/as sanitarios/as del proyecto HEEVIE	Titular de obligaciones - Sociedad civil nacional (sin ánimo de lucro)	Control
8	Dirección del proyecto HEEVIE	Titular de obligaciones - Sociedad civil nacional (sin ánimo de lucro)	Control
9	Dirección de HEEVIE	Titular de obligaciones - Sociedad civil nacional (sin ánimo de lucro)	Control
10	Trabajadores/as sociales de HEEVIE en el proyecto	Titular de obligaciones - Sociedad civil nacional (sin ánimo de lucro)	Control
11	Funcionariado de las fuerzas del orden que proporcionan seguridad a las operaciones de los centros de salud pública	Titular de obligaciones - Gobierno	Control
12	Otras organizaciones (locales, nacionales o internacionales) que prestan servicios sanitarios (y de ayuda)	Titular de obligaciones	Otros actores/trices
13	Farmacias que venden medicamentos y equipos médicos en las zonas del proyecto (agentes de la cadena de suministro local)	Titular de obligaciones - Interés comercial privado (con fines de lucro)	Otros actores/trices
14	Representantes de la dirección del campo de población desplazada interna-Duhok	Titular de obligaciones - Sociedad civil nacional (sin ánimo de lucro)	Control
15	El personal de los Centros de Salud Pública	Titular de responsabilidades - Sociedad civil nacional (sin ánimo de lucro)	Control
16	Proveedores de medicamentos, equipos médicos y artículos generales a los Centros de Salud Pública	Titular de obligaciones - Interés comercial privado (con fines de lucro)	Otros actores/trices
17	Sheikhs y Mukhtars (líderes comunitarios)	Titular de derechos	Influencia

No.	Entidades/personas entrevistadas	Tipología según EBDH	Perspectiva del proyecto
18	Unidades de convivencia de población desplazada interna en las comunidades locales (no en los campamentos)	Titular de derechos	Influencia
19	Unidades de convivencia de población retornada en las comunidades locales	Titular de derechos	Influencia
20	Titulares de derechos que recibieron atención médica en los Centros de Salud Pública	Titular de derechos - Servicios directos	Influencia
21	Personas que recibieron concienciación e información relacionada con la salud (por ejemplo, prevención)	Titular de derechos- Servicios directos	Influencia
22	Personas con el "Deber de Cuidado" de la población titular de derechos (familiares responsables de cuidados o convivientes)	Titular de derechos	Influencia

El equipo de evaluación utilizó las siguientes técnicas de investigación para la recopilación de datos de fuentes de datos secundarias y primarias:

3.2.1 Técnica de revisión de documentos

Recogimos información cualitativa y cuantitativa de documentos publicados, como artículos en revistas académicas y de investigación, estadísticas, noticias e informes de progreso narrativo de los proyectos. Todos los documentos eran de dominio público. Los datos recogidos en la revisión documental ayudaron a la firma evaluadora a elaborar listas de comprobación y guías para las entrevistas a informantes clave (KII) y las entrevistas a grupos focales (FGD). Citamos las fuentes siguiendo el método de la Asociación Americana de Psicología (APA) (véase la sección en la página 63 para consultarlas).

3.2.2 Entrevistas a informantes clave (KII)

CCRTS utilizó las KIIs para obtener información cualitativa en profundidad de informantes clave, que también eran las principales partes interesadas del proyecto con diferentes perspectivas. La experiencia, los conocimientos y la comprensión de los y las informantes permitieron entender la naturaleza de los problemas, la

pertinencia de los mecanismos de acción, quién obtuvo apoyo a través de los resultados del proyecto (quién no y por qué), así como la identificación de las lecciones aprendidas y buenas prácticas, etc.

CCRTS adoptó seis medidas principales para completar las KII. Las medidas incluyeron: (1) la recopilación y revisión de los datos existentes (TRD), (2) la identificación de las necesidades de información con respecto a los criterios de evaluación, y (3) la identificación de posibles informantes clave mediante un muestreo aleatorio no probabilístico de la lista de partes interesadas, (4) la elaboración de listas de comprobación, (5) el diseño de la herramienta de entrevista junto con los protocolos de procesamiento de datos y, por último, (6) la recopilación y organización de la información textual en un formato recuperable.

CCRTS también utilizó los KIIs para triangular la información obtenida a través de las técnicas de revisión documental. La triangulación ayudó a identificar lagunas de información críticas en las primeras fases del proceso de recogida de datos.

3.2.3 Discusiones de grupos focales

CCRTS organizó y diseñó los debates de una categoría concreta de personas (por ejemplo, mujeres desplazadas internas, funcionariado del distrito, personal de los CAP, etc.) para obtener respuestas en torno a diversas cuestiones, con el apoyo de HEEVIE y Farmamundi. CCRTS utilizó las discusiones de grupo focal (FGD) para comprender la problemática abordada a un nivel más profundo. Las FGD añadieron significado y comprensión a la información obtenida a través de las técnicas de revisión documental y las entrevistas con informantes clave. Esta técnica de investigación ayudó a determinar el "por qué" y el "cómo" de varias preguntas de investigación. CCRTS preparó listas de comprobación y guías para las discusiones grupales y llevó a cabo los debates en un entorno privado, seguro y cómodo para los y las participantes. Nos aseguramos de que el lugar y la hora fueran adecuados para las mujeres, la población desplazada interna, los y las profesionales sanitarias y las unidades de convivencia de la población retornada.

4.0 Principales resultados

Cham Mishko y Bozan son las zonas donde la población se desplaza con frecuencia de un lugar a otro. La demografía no deja de cambiar. La población se incrementa y reduce a medida que las unidades de convivencia se desplazan de un lugar a otro por diversas razones, destacando tanto la falta de preparación de las zonas de retorno como la situación de seguridad cambiante. Por lo tanto, estimamos la

población a lo largo del periodo del proyecto. La población estimada de Cham Mishko y Bozan es la siguiente:

Cuadro 2: Población en mayo de 2022 (desglosada por sexo y edad)

Área geográfica	Mujeres	Niñas <18 años	Mujeres (Mujeres + Niñas)	Hombres	Niños <18 años	Hombres (Hombres + Niños)	Población (Personas)	%de edad	Total familias
Bozan	1.614	962	2.576	1.632	1.216	2.848	5.424	20,89	1.084
Cham Mishko	5.841	4.560	10.401	5.749	4.396	10.145	20.546	79,11	4.309
Personas	7.455	5.522	12.977	7.381	5.612	12.993	25.970	100,00	5.393
%de edad	28,71	21,26	49,97	28,42	21,61	50,03	100,00	%	

Del total de la población, el 49,97% son mujeres y el 50,03% son hombres. El número estimado de unidades de convivencia es de 5.393 (con una media de cinco personas por unidad de convivencia). Niños y niñas representan el 42,87% de la población y población adulta el 56,13%. La proporción de sexos en las zonas del proyecto se ajusta prácticamente a la proporción global de sexos de 2021 (Statistics Times, 2021).

La movilidad de la población fue mayor en Cham Mishko en comparación con Bozan. Las personas señalaron que los principales obstáculos para su regreso a las zonas de origen eran la inestabilidad y la seguridad, seguidos de la falta de oportunidades de subsistencia. Sin embargo, también había otras razones como la falta de servicios públicos básicos como servicios sanitarios o escuelas. Nos reunimos con las unidades de convivencia que experimentaron tres o más desplazamientos, pero que finalmente volvieron al campo de población desplazada interna.

La concentración de población desplazada interna en Cham Mishko lo convierte en el campo de PDI más importante en el Kurdistan Iraquí (KRI), siendo el de mayor capacidad de todo el país. Cham Mishko tiene aproximadamente cuatro veces la población que la zona de retorno de Bozan. En nuestra opinión, la mayor población de Cham Mishko se debe a una situación relativamente estable de seguridad en el KRI en comparación con el Iraq federal, siendo que la mayoría de población procede de las llanuras de Ninewa (Sinjar principalmente). Su cercanía a la frontera con Siria (lugar del que provenía la mayor parte de la PDI que previamente se había desplazado) contribuye a esto, como lo hace la cercanía sociocultural de la población yazidí.

La propuesta del proyecto tenía como objetivo llegar a 34.150 personas. Como la demografía era fluida, FM y HEEVIE se centraron en los "incidentes del servicio"⁴ en su marco de seguimiento. La decisión no fue exclusiva ni unilateral de FM y HEEVIE. El Grupo de Asesoramiento Estratégico del Grupo Nacional de Salud de Iraq y el Equipo de Revisión de Proyectos Estratégicos orientaron a las ONGI y a las ONG de Iraq para que calcularan el número de población titular de derechos basándose en los incidentes de los servicios, o lo que es lo mismo, las atenciones realizadas a la población.

El CAP de Cham Mishko comenzó a funcionar el 1 de mayo de 2021. El retraso se debe principalmente a la construcción del edificio del CAP de Cham Mishko, financiado por Farmamundi y HEEVIE para asegurar la correcta ejecución del proyecto. Ambas organizaciones señalaron que en el momento de identificación del proyecto, había otra instalación presente en el campo, pero en el momento de inicio del proyecto, no era funcional debido a las condiciones físicas y el grado de utilización del mismo. Estos dos factores junto a las indicaciones del Directorado de Salud de Duhok⁵, fueron los motivos por los que decidieron aportar los fondos necesarios para sufragar la construcción del centro de Cham Mishko.

Cuadro 3: Perspectiva de cobertura macro (desglosada por ubicación, género y edad)

Variables de género y edad	Bozan			Cham Mishko			Escenario consolidado		
	Población (Personas)	Cobertura (Personas)	% edad de cobertura	Población (Personas)	Cobertura (Personas)	% edad de cobertura	Población (Personas)	Cobertura (Personas)	% edad de cobertura
Mujeres	1.614	1.105	68,48	5.841	7.876	134,84	7.455	8.981	120,47
Niñas	962	735	76,38	4.560	2.927	64,19	5.522	3.662	66,32
Hombres	1.632	575	35,22	5.749	2.307	40,13	7.381	2.882	39,04
Niños	1.216	711	58,49	4.396	2.218	50,46	5.612	2.930	52,20
Total	5.424	3.126	57,63	20.546	15.328	74,61	25.970	18.454	71,06

Siguiendo nuestros cálculos, desde el punto de vista de la ubicación, el proyecto cubrió el 71,06% de la población total en Bozan y Cham Mishko (véase Cuadro 2 en la página 14 sobre la población total estimada). En Bozan, la cobertura del proyecto fue del 57,63%, mientras que en Cham Mishko fue del 74,61%. La mayor proporción de cobertura con respecto a la población en Cham Mishko se debe principalmente a la provisión de edificios adecuados y a la más amplia oferta de servicios disponibles para la población titular de derechos.

⁴ Ver nota a pie de página 1.

⁵ Verificamos a través de las entrevistas con informantes clave que en el momento de inicio del proyecto el otro centro de salud, operado por otra organización internacional, no proveía atenciones médicas más que 5 horas al día con un personal insuficiente para atender a la población.

En cuanto al género, la proporción de cobertura femenina ha sido del 97,43%. Este alto porcentaje indica que las mujeres, especialmente las mayores de 18 años, se desplazaron a los centros de salud de las áreas de intervención del proyecto con más frecuencia que los hombres. La cobertura del proyecto para los hombres fue del 44,73%.

En cuanto a género y edad, la cobertura del proyecto para las mujeres adultas fue del 120,47% en comparación con su población estimada en mayo de 2022. Esto indica que las mujeres que entraron y salieron de las zonas de captación de Bozan y Cham Mishko fueron más en comparación con los hombres, niños y niñas. También puede sugerir que las mujeres utilizaron los servicios del proyecto por encima de la media de 2,5 que utilizamos para determinar el número de personas. En futuros proyectos, sólo podremos afirmar cifras exactas sobre la población meta utilizando una aplicación informática integrada (véase la página 55).

En el escenario general, para las niñas (menores de 18 años), el proyecto cubrió el 66,32% de su población total estimada en mayo de 2022. La cobertura de los hombres (mayores de 18 años) fue del 39,04%; en el caso de los niños, fue del 52,20%. En orden de cobertura de los servicios del proyecto, las mujeres adultas están a la cabeza, seguidas de las niñas, los niños y los hombres. El uso de los servicios de atención en relación a la cantidad de población en cada rango de edad fue mayor tanto en niñas y niños como en personas adultas.

En el marco de la intervención, el proyecto registró los siguientes logros respecto a los indicadores acordados (objetivos previstos):

Cuadro 4: Breve resumen de los logros del proyecto

Nivel	Indicador	Logros
Objetivo específico	<u>IOV1.OE</u> : El paquete esencial de servicios sanitarios definido por la Dirección de Salud (DoH) está disponible y es accesible en Cham Mishko y Bozan.	Existían acuerdos de colaboración con los centros de salud (100%). Los CAP disponían de suministros y equipos con edificios limpios y funcionales. El edificio de Bozan todavía tiene algunos aspectos (como la construcción) que mejorar. Los servicios de APS cubren el paquete de servicios sanitarios básicos, excepto los servicios de vacunación esenciales.

Nivel	Indicador	Logros
Objetivo específico	<u>IOV2.OE</u> : El personal sanitario de ChamMishko y Bozan conoce y observa los protocolos de gestión de casos clínicos y operativos.	El proyecto proporcionó formación a 70 profesionales de la salud (incluidos trabajadores sanitarios del gobierno) y a 12 promotores/as de salud comunitarios (CHPs). Los temas de formación fueron (1) identificación de emergencias médicas, (2) tratamiento adecuado y gestión de casos, (3) gestión de farmacias, (4) ética farmacéutica y (5) educación sanitaria general (véase la sección 4.3.1.4 Formación del personal en la página 36).
Objetivo específico	<u>IOV3.OE</u> : Número de personas desglosadas por sexo y edad que han accedido a los servicios sanitarios de APS en el subdistrito de Cham Mishko y Bozan.	(1) El proyecto proporcionó 41.005 consultas a mujeres, hombres y niños. (2) Del total, 24.673 (60,17%) fueron con mujeres y niñas (menores de 18 años), y 16.312 (39,78%) con hombres y niños (menores de 18 años). (3) Las consultas con adultos (mayores de 18 años) fueron 36.232 (88,36%), y con niños (menores de 18 años) fueron 4.753 (11,64%). Las cifras de consultas incluyen también a las personas que hicieron más de una consulta (léase junto con los datos en Cuadro 3 en la página 15).
Objetivo específico	<u>IOV4.OE</u> : % de familias afectadas que indican haber recibido información adecuada sobre los riesgos relacionados con las enfermedades transmisibles y las acciones de prevención. Objetivo: al menos el 80% de las familias encuestadas.	Durante el proyecto, FM y HEEVIE también realizaron encuestas para documentar las percepciones sanitarias de la población objetivo. Todas las personas con las que hablamos conocían el COVID-19 y sus medidas preventivas. No pudimos establecer la atribución de dicho conocimiento a la campaña de concienciación del proyecto. Los y las CHP realizaron más de 2.500 sesiones comunitarias, a las que asistieron aproximadamente 10.000 personas (véase la sección 4.3.2.1 Alcance comunitario en la página 39 para más detalles). Es muy probable que el proyecto contribuya a mejorar el acceso a la información sobre los riesgos relacionados con las enfermedades transmisibles.

Nivel	Indicador	Logros
Objetivo específico	<u>IOV5.OE</u>: Los y las titulares de responsabilidades (personal sanitario y los promotores de salud) reconocen los elementos del EBDH en salud y los integran en su práctica.	(1) Las autoridades sanitarias locales de Cham Mishko y Bozan tenían un enfoque inclusivo y basado en derechos (es decir, "servicios sanitarios para todos los seres humanos como su derecho"). Pero no disponían de recursos suficientes para atender las necesidades de la población desplazada interna, la población retornada y la población en general (véase la sección 4.1.1 Formulación e identificación del proyecto en la página 20). (2) Los y las CHP podían explicar el enfoque basado en derechos humanos de forma permanente y aprendida. Las CHP también empezaron a utilizar el vocabulario basado en los derechos como ciudadanía en sus conversaciones con los miembros de la comunidad. El proyecto no organizó a las comunidades en grupos cuya sostenibilidad se garantice tras la finalización del proyecto (por ejemplo, CBOs, etc.); por lo tanto, mantener la comprensión del EBDH después del proyecto puede ser un reto (véase Página 40 y la sección 4.4 Impacto en la página 54).

Nivel	Indicador	Logros
Resultado n° 1	<u>IOV1.R.1:</u> Número de protocolos de actuación y gestión clínica de casos que integren las perspectivas de género y edad y estén orientados a la persona. Objetivo: al menos tres propuestas de protocolos revisados presentados a las autoridades.	(1) El proyecto alcanzó y superó el 100% de logros en este indicador, al presentar 6 protocolos revisados a las autoridades. (2) FM & HEEVIE utilizaron sistemáticamente el análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (SWOT) (véase la sección 4.3 Eficacia y cobertura en la página 37 y la sección 4.3.2.6 en la página 47). (3) Cham Mishko y Bozan cubrieron el Paquete de Servicios Sanitarios Básicos, excepto los servicios de vacunación esenciales, y ambos se ajustaron al módulo de la AECID sobre Atención Básica (véase la Sección 4.2 Eficiencia en la página 35 y Sección 4.1.7 Conformidad con las normas de la AECID en la página 29). (4) En el diseño y la ejecución del proyecto, FM y HEEVIE incorporaron las directrices de UNFPA sobre la violencia de género y crearon capacidad para utilizar las directrices (véase la Sección 4.3.1.4 Formación del personal en la página 41 y la sección 4.3.2.1 Alcance comunitario en la página 39).
Resultado n° 1	<u>IOV2.R.1:</u> N° de profesionales de la salud que participan en actividades de formación y reciclaje. Objetivo: al menos 62 profesionales de la salud de diferentes perfiles participan en actividades de formación.	El proyecto proporcionó formación a 70 profesionales de la salud (incluidos algunos del gobierno) y a 12 CHP. Los principales temas de formación fueron (1) la identificación de emergencias médicas, (2) el tratamiento adecuado y la gestión de casos, (3) la gestión de farmacias, (4) la ética farmacéutica y (5) la educación sanitaria general (véase la sección 4.3.1.4 Formación del personal en la página 36).

Nivel	Indicador	Logros
Resultado nº 1	<u>IOV3.R.1</u> : Número medio de días de desabastecimiento de medicamentos en los centros de salud de los subdistritos de Cham Mishko y Buzan. Objetivo: El 80% de los medicamentos distribuidos no tienen un desabastecimiento de más de cuatro días.	En la práctica, el proyecto logró una brecha de 0 días en la disponibilidad de medicamentos durante toda la duración de la ejecución del proyecto (véase la sección 4.3.1.2 Equipos y suministros en la página 33). Además, véase la página 27 sobre los factores que permiten lograr una brecha de cero días).
Resultado nº 1	<u>IOV4.R.1</u> : Número de diagnósticos realizados por los servicios de laboratorio y ecografía desglosados por patología. Meta: Reducción del 5% en la incidencia de enfermedades transmisibles.	(1) El proyecto realizó 6.010 pruebas de laboratorio y 1.123 pruebas de ultrasonido. El proyecto mantuvo un amplio registro de consultas. (2) Las infecciones respiratorias de tracto superior (13.791 consultas o el 33,63% del total de consultas) fueron la enfermedad transmisible más destacada. No pudimos encontrar ningún patrón de reducción consistente de las enfermedades transmisibles en el conjunto de datos. Puede deberse a la falta de servicio antes de que se estableciera. Sin embargo, es importante incluir las infecciones respiratorias superiores de forma integral en el paquete de servicios sanitarios humanitarios (véase la sección 4.3.2.5 Laboratorio y ecografía en la página 53, Cuadro 9 en la página 45).
Resultado nº 1	<u>IOV5.R.1</u> : Número de informes completos de vigilancia, alerta temprana y respuesta presentados a las autoridades sanitarias locales. Objetivo: al menos un informe al mes (12 informes).	El proyecto formó parte del sistema EWARN y proporcionó 15 informes de vigilancia epidemiológica y alerta temprana (nueve de Bozan y seis de Cham Mishko). Los informes fueron beneficiosos para la comunidad sanitaria de Iraq (véase la sección 4.3.2.3 EWARN en la página 42. Página 33, 37 y 60 también contienen alguna información relevante) en la mejora de la coordinación y la respuesta rápida.

Nivel	Indicador	Logros
Resultado nº 1	<u>IOV6.R.1:</u> Mecanismos de retroalimentación articulados entre la población usuaria y el sistema de salud. Meta: 2 centros de salud cuentan con mecanismos y procedimientos de retroalimentación de la población usuaria.	El proyecto utilizó buzones de quejas, una línea telefónica directa, llamadas aleatorias y visitas sobre el terreno para obtener la opinión de la población titular de derechos. Los buzones de quejas y la línea de atención telefónica fueron ineficaces ya que la población meta no las utilizó apenas en todo el ciclo del proyecto, mientras que las llamadas y las visitas mejoraron notablemente la gestión del proyecto (véase el apartado 4.3.2.7 Mecanismos de reclamación y retroalimentación en la página 42).
Resultado nº 2	<u>IOV1.R.2:</u> Número de personas con enfermedades crónicas que acceden a un tratamiento adecuado a su condición, desglosado por sexo y edad. Objetivo: Al menos 11.210 personas	El número total de consultas fue de 41.005. Los tres tipos de atenciones más utilizadas en los centros (alrededor del 80%) para los que los centros proporcionaron consultas fueron (1) Medicina Interna (23.168 consultas o 56,50% del total), (2) Urología (4.511 consultas o 11,00%) y (3) Ortopedia (2.952 consultas o 7,72%). Podemos confirmar que estas consultas beneficiaron a 18.454 personas (véase Cuadro 8 en la página 44 y para conocer el número de población atendida, véase la página 14).
Resultado nº 2	<u>IOV2.R.2:</u> Número de mujeres embarazadas que acceden a consultas de atención prenatal. Objetivo: Al menos 3.600 mujeres embarazadas.	El proyecto 3.692 consultas a mujeres embarazadas. Del total, 731 fueron de atención postnatal, 2.031 fueron de atención prenatal, 490 de consultas de planificación familiar y 440 ecografías a mujeres embarazadas.
Resultado nº 2	<u>IOV3.R.2:</u> Los centros de salud de ChamMishko y Bozan disponen de al menos cuatro métodos anticonceptivos.	Los CAPs de Cham Mishko y Bozan disponían de los cuatro métodos anticonceptivos (ver página 28): Método sintotérmico, condones, dispositivo intrauterino y píldoras anticonceptivas.

Nivel	Indicador	Logros
	<u>IOV4.R.2:</u> Número de personas que acceden a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, desglosado por sexo, edad y situación. Objetivo: 1.080 personas	El proyecto proporcionó 1.153 consultas en el marco de los servicios SMAPS en el CHP de Cham Mishko. Del total, 906 (78,58%) fueron con personas en edad adulta y 247 (21,42%) con menores de 18 años. En cuanto al género, 945 (82,47%) fueron con mujeres (mujeres y niñas) y 208 (18,53%) con varones (hombres y niños). Las afecciones relacionadas con la salud mental identificadas con mayor prevalencia han sido: Depresión (524 o 45,42%), la Ansiedad (204 o 17,66%), el Trastorno de Estrés Postraumático (153 o 13,29%) y el Trastorno de Pánico (63 o 5,48%). La integración de los servicios SMAPS en el paquete de atención primaria de la salud ha favorecido el acceso a las unidades de convivencia para buscar atención médica relacionada con la salud mental (véase la sección 4.3.2.2 Servicios SMAPS en la página 40).
Resultado nº 2	<u>IOV5.R.2:</u> Número de derivaciones a servicios sanitarios especializados de segundo y tercer nivel desglosados por sexo, edad y patología. Objetivo: 1.800 personas derivadas.	Los CAP remitieron internamente a 3.166 personas (1.123 para ecografía y 2.043 para odontología) y externamente a 870 (total de derivaciones: 4.036). Cham Mishko envió el 87,97% de las derivaciones. Del total de derivaciones, 565 (54,38%) eran mujeres y 474 (45,62%) eran hombres. En cuanto a la edad, 697 personas (67,08%) eran adultas y 342 (32,92%) eran menores de 18 años. Antes del proyecto, no había ninguna derivación desde los centros (véase la sección 4.3.2.6 en la página 47). El menor número de derivaciones externas también indica un aumento gradual de la capacidad del CAP de Cham Mishko.
Resultado nº 3	<u>IOV1.R.3:</u> Número de promotores de salud desglosados por sexo que participan en actividades de capacitación. Objetivo: al menos 12 personas (6 de ellas mujeres).	Todas las CHP participaron en los talleres de formación (véase la sección 4.3.1.4 Formación del personal en la página 36). De las 12 participantes (6 mujeres), 6 trabajaron de forma voluntaria un día a la semana en las zonas de intervención mientras que el resto formalizaron un contrato a tiempo completo en ambas estructuras de salud.

Nivel	Indicador	Logros
Resultado nº 3	<u>IOV2.R.3:</u> Mensajes de promoción de la salud y prevención de enfermedades armonizados con los diferentes sectores humanitarios y en formatos y lenguaje adaptados al género, la edad y la identidad cultural.	El 100% de los materiales tenían mensajes de promoción de la salud y prevención de enfermedades armonizados con el clúster de salud y el DoH. Los mensajes estaban en consonancia con las orientaciones del gobierno, y fueron traducidos al kurdo y adaptados al enfoque de género, edad e identidad cultural (véase la página 33 y la sección 4.3.2.1 Alcance comunitario en la página 39).
Resultado nº 3	<u>IOV3.R.3:</u> Número de acciones de educación sanitaria realizadas en el campamento de ChamMishko y en el subdistrito de Bozan, desglosadas por temas, ubicación y número de participantes. Objetivo: Al menos 2.160 sesiones de educación sanitaria realizadas (2 sesiones por promotor y día).	Los y las CHP realizaron más de 2.500 sesiones comunitarias de promoción a la salud y prevención de enfermedades con aproximadamente 10.000 personas. Volvimos a confirmar con la población local sobre las sesiones, y recordaron haber participado en ellas (véase la sección 4.3.2.1 Alcance comunitario en la página 39).
Resultado nº 3	<u>IOV4.R.3:</u> Porcentaje de hogares afectados que pueden describir al menos tres medidas de protección que están tomando para prevenir la enfermedad. Objetivo: al menos el 80% de los hogares encuestados.	Creemos que la atribución a las acciones del proyecto será muy difícil porque varias organizaciones y organismos gubernamentales han promovido medidas preventivas contra las enfermedades, y atribuirlo a un solo organismo puede no ser válido.

A continuación se detallan los resultados más significativos de la evaluación con respecto a los criterios de evaluación:

4.1 Adecuación y pertinencia (coherencia)

En el contexto de la actual evaluación, la "adecuación" consiste en realizar intervenciones a medida para atender las necesidades de atención primaria a la salud de las personas que viven en Cham Mishko y Bozan. La "pertinencia", por su parte, consiste en evaluar si las intervenciones respondieron a las condiciones críticas de la población desplazada interna, la población retornada y las comunidades locales (por ejemplo, intervenciones para salvar vidas, aliviar el sufrimiento humano, etc.) y contribuyeron a aportar "normalidad" a la vida familiar y comunitaria. También implica la "coherencia" de las políticas de los actores/trices humanitarios, incluidos FM y HEEVIE, en las gobernaciones de Nínive y Duhok, además de abarcar la forma en que FM y HEEVIE implementan el proyecto en la "coordinación" de actores clave. En el diseño y la ejecución del proyecto, el criterio de evaluación refleja las necesidades (y los deseos) de (1) la población titular de derechos, (2) las organizaciones locales e internacionales de la sociedad civil, (3) los organismos pertinentes de la ONU, (4) los departamentos gubernamentales y (5) las prioridades de cada donante.

Llegamos a la conclusión de que las intervenciones del proyecto reflejaban plenamente las prioridades y necesidades de la población desplazada interna, la población retornada y las comunidades locales de Cham Mishko y Bozan. El diseño del proyecto se ajustaba a las necesidades de la población local. Además, FM y HEEVIE siguieron las políticas y leyes de las autoridades sanitarias gubernamentales (incluido el Gobierno Regional del Kurdistán-KRG), el Clúster de Salud de la ONU y la AECID. No hubo ninguna prioridad o enfoque conflictivo en el diseño o la ejecución del proyecto que pudiera situar a FM y HEEVIE en un compromiso en relación con la idiosincrasia local. FM y HEEVIE formaban parte del Clúster de Salud y ejecutaron el proyecto coordinándose con otras ONG, ONGI, agencias gubernamentales, organismos de la ONU y empresas privadas locales relacionadas con los servicios y suministros sanitarios.

El carácter humanitario del proyecto así como el enfoque de FM y HEEVIE limitaron las oportunidades de conectar las iniciativas del proyecto con el desarrollo de programas a medio y largo plazo y de aprovechar la financiación de diferentes fuentes internacionales para un programa de atención primaria a la salud integrado de varios años.

4.1.1 Formulación e identificación del proyecto

HEEVIE es una conocida y respetada ONG local, arraigada en los procesos sociales, económicos y políticos locales. HEEVIE ha trabajado mucho en cuestiones de salud en las gobernaciones de Duhok y Nínive y tiene una excelente

comprensión de los problemas sanitarios. El trabajo conjunto de FM y HEEVIE se retrotrae hasta 2019, con el apoyo de diferentes donantes de la Cooperación Española, a raíz del desplazamiento de población desde la frontera con Siria. Todo ese trabajo sirve como experiencia previa al diseño e identificación del presente proyecto, en los primeros meses de 2020.

FM y HEEVIE trabajaron con las autoridades sanitarias tanto a nivel de distrito como a nivel de gobernación. FM y HEEVIE, con la aportación de las autoridades sanitarias, decidieron conectar el proyecto firmemente en las estructuras gubernamentales. El objetivo principal era (1) fortalecer la capacidad de las instituciones titulares de obligaciones y (2) reforzar la voluntad y el compromiso (manifestada como una mayor asignación de fondos) de atender las necesidades de la población titular de derechos que en gran medida pertenecen a la identidad etnorreligiosa yazidí, minoritaria en Iraq.

FM y HEEVIE atrajeron al personal sanitario del KRI haciéndoles partícipes de la contribución a su propio pueblo, el yazidí, incrementando el grado de apropiación del proyecto. La población yazidí habla la lengua kurda y forma parte de la estructura social local desde hace siglos (Fuccaro, 1999). Enfrenta la circunstancia de que, en el sistema político iraquí contemporáneo, ha sido víctima de la violencia y la discriminación, especialmente durante la última década con la problemática relacionada con el Estado Islámico, lo que ha provocado varias vulnerabilidades en sus comunidades, aunque tienen el estatus de ciudadanía tanto en el Iraq federal como en el KRI (Zoonen & Wirya, 2017).

El proyecto alineó su enfoque con la Ley de Salud Pública de Iraq nº 89 (El Gobierno de Iraq, 1981). La ley regula la estructura y el funcionamiento de los Centros de Atención Primaria (CAP) en el territorio. La constitución iraquí de 2005 reconoce la salud como un derecho de la ciudadanía, pero la legislación necesaria para aplicar el derecho sigue consistiendo principalmente en la ley de 1981 (Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico, 2019). Es el único *instrumento legal* disponible en Iraq para la atención primaria de salud y requiere una importante revisión para reflejar las realidades actuales de Iraq y el espíritu de los artículos 30 y 31 (Sección Segunda: Derechos y Libertades) de la Constitución. El vacío no sólo se produce en términos de un instrumento jurídico actualizado, sino también en forma de estructuras y funciones de gobierno descoordinadas. Es una oportunidad para que FM y HEEVIE se comprometan a nivel político (véase la página 61).

Las autoridades sanitarias locales creyeron en la integración de la población refugiada, la población desplazada interna y la población retornada en las estructuras de servicios sanitarios existentes, en lugar de crear otras nuevas sólo

para la crisis⁶. El enfoque era principalmente inclusivo y basado en derechos humanos, pero carecía de una asignación adecuada de recursos por parte de los respectivos gobiernos. Las autoridades sanitarias locales se enfrentaron a la falta de fondos, recursos técnicos y problemas de liquidez, a pesar de la subida del precio del petróleo en el mercado internacional, que aumentó los ingresos del gobierno. Los retos del sector sanitario no son exclusivos del sector, sino que forman parte de cuestiones de gobernanza generales de Iraq federal y KRI.

Las convocatorias de propuestas en las zonas del KRI suelen centrarse en la población refugiada, la población desplazada interna y la población retornada, ignorando a la población local que vive en condiciones similares en las mismas zonas. Las autoridades sanitarias locales de la KRI apreciaron la cobertura inclusiva y universal en el diseño del proyecto. Hicieron hincapié en la necesidad de un mayor compromiso de los donantes en las zonas de KRI para la población refugiada, la población desplazada interna, la población retornada y las comunidades locales más vulnerables.

Encontramos pruebas de que FM y HEEVIE realizaron amplias consultas con (1) las autoridades sanitarias locales, (2) las ONGI que trabajan en Bozan, Dughata, Serishka y Cham Mishko, (3) las organizaciones locales de la sociedad civil, (4) las empresas privadas y (5) el Clúster de Salud en la fase de identificación y formulación del proyecto. Sobre la base de las consultas y las aportaciones de las autoridades sanitarias locales, FM y HEEVIE seleccionaron los emplazamientos de Cham Mishko y Bozan.

FM y HEEVIE mantuvieron el proceso de consulta durante la ejecución del proyecto, se ajustaron a las presiones externas e incorporaron las recomendaciones del Clúster de Salud. Además, el proyecto también tuvo en cuenta la orientación general del Plan de Respuesta Humanitaria de Iraq 2020 (Ruedas, 2020) en su diseño.

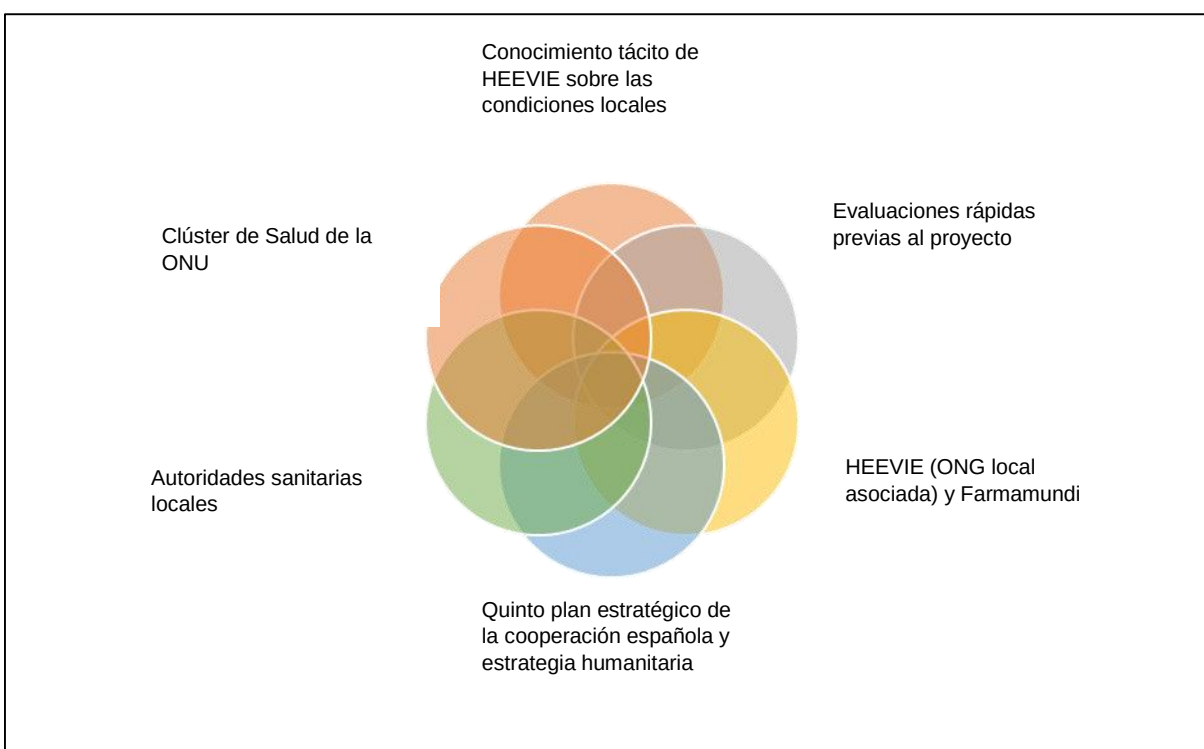
Durante la formulación del Proyecto, FM alineó la estructura del mismo con las prioridades del V Plan Director de la Cooperación Española en el apartado "LA 3.8.A" (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, 2018). Además, el proyecto se ajustó al enfoque estratégico de la Estrategia Humanitaria Española (2018-2019) para Iraq y Siria al centrarse en el sector de la salud y en las categorías vulnerables de la población (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, 2018).

⁶ Ver página 13 sobre construcción del Centro de Cham Mishko y los motivos relacionados con esa necesidad puntual.

HEEVIE y FM realizaron evaluaciones previas al proyecto, además de utilizar los datos de fuentes secundarias. HEEVIE tenía un conocimiento tácito del contexto debido a sus años de trabajo en el sector sanitario, y ese conocimiento, junto a la experiencia internacional de FM, ayudó a ambas organizaciones a hacer que el proyecto fuera relevante para las necesidades de la población identificada.

La formulación de las intervenciones del proyecto fue adecuada y pertinente a nivel de prácticas y políticas en el contexto local. FM y HEEVIE adoptaron el enfoque de diseño ascendente y participativo, además de alinear las intervenciones con la dirección estratégica de la Cooperación Española.

Figura 3: Pertinencia y coherencia en los procesos de formulación de proyectos



4.1.2 Teoría del cambio

La Teoría del Cambio (TdC) del proyecto demostró ser válida a partir de nuestros hallazgos sobre el terreno. El proyecto contó con la participación de los actores/trices pertinentes, abordó los factores fundamentales y adoptó las vías adecuadas y apropiadas. La TdC preveía una reducción significativa de la vulnerabilidad de la población titular de derechos en materia de salud mediante el fortalecimiento de la capacidad local de la población meta, acompañamiento para aumentar su conocimiento de los servicios disponibles y el derecho humano de

atención a la salud. De la misma manera, conjuntamente con las instituciones locales, se aseguró que las asignaciones más importantes de fondos del proyecto fueran aterrizadas a las necesidades.

Los factores críticos que contribuyen a perpetuar la vulnerabilidad en salud entre la población titular de derechos en el contexto del proyecto fueron (1) la situación relacionada con el desplazamiento prolongado tras una crisis humanitaria, (2) la persistencia de riesgos sanitarios específicos y enfermedades de carácter infecto-contagioso entre la población desplazada interna, la población retornada y la población local, (3) las disfunciones de los servicios sanitarios en un sector público con recursos limitados, unido a la capacidad y los recursos inadecuados de la población titular de derechos para hacer frente a las secuelas de la violencia armada que tiene raíces en la política regional e internacional. Consideramos que un segmento importante de la población titular de derechos tenía la determinación política y administrativa de hacer que los CAP funcionaran adecuadamente.

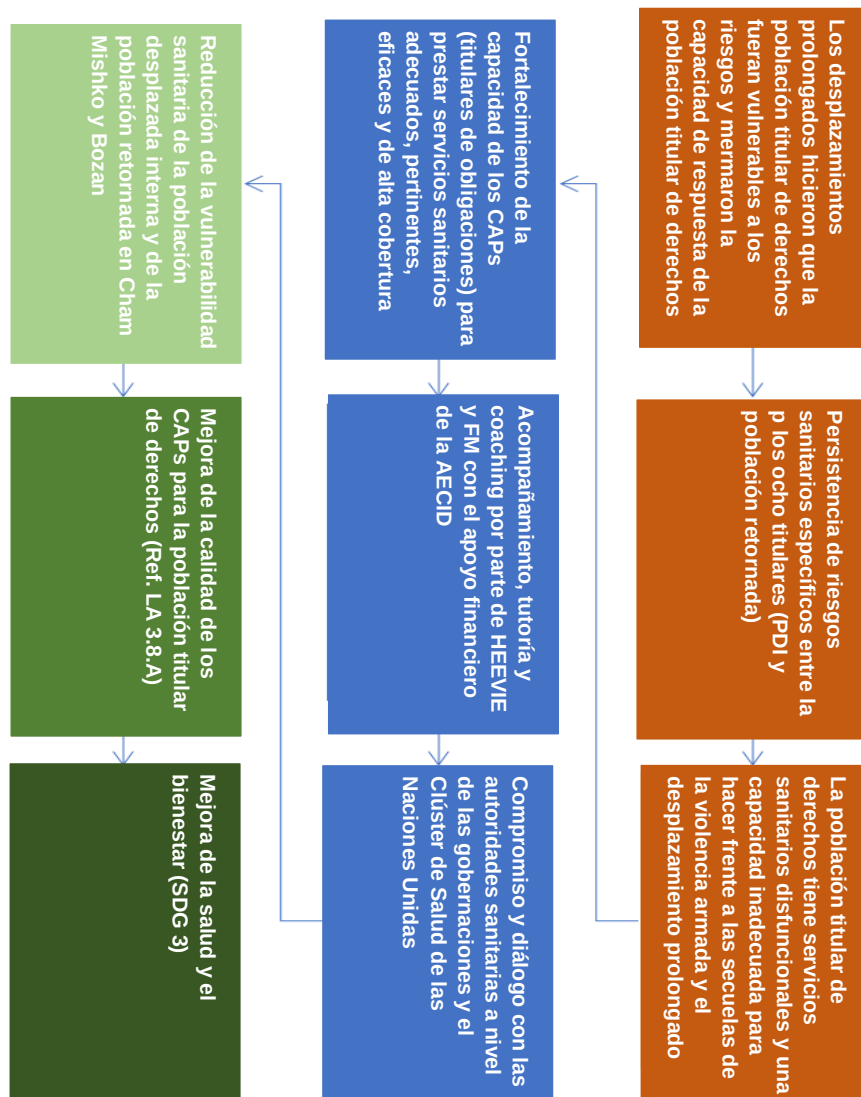
FM y HEEVIE trabajaron con los dos CAP públicos existentes (en lugar de crear nuevas estructuras de servicios sanitarios), coordinándose con el DoH de Duhok para la puesta en marcha del CAP de Chammishko con fondos propios de FM y HEEVIE, consecuencia de la situación observada en el momento del inicio del proyecto, muy diferente a la existente durante la identificación del mismo. La elección de la vía para abordar las vulnerabilidades sanitarias fue la más adecuada y pertinente en el contexto local, ya que reforzó la capacidad de la infraestructura sanitaria del sector público, allanó el camino para una mayor y más eficiente asignación de recursos públicos en el futuro e hizo que las instalaciones fueran funcionales y prácticas, lo que dio lugar a una excelente cobertura (véase Cuadro 3 en la página 15). FM y HEEVIE añadieron valor gracias a una mayor orientación de la atención sanitaria a las personas y a la oferta de unos servicios sanitarios de alta calidad, destacando la formación realizada con las trabajadoras sociosanitarias de ambas estructuras de salud y profesionales que ejercen sus funciones sanitarias en la zona de intervención.

Además, FM y HEEVIE se comprometieron con las autoridades sanitarias locales de las gobernaciones a contribuir a la mejora de las políticas y los procedimientos de cada uno de los CAP participantes en el proyecto, además de integrarse en el funcionamiento del Clúster de Salud y la coordinación general con las organizaciones nacionales e internacionales homólogas. Cabe mencionar que el proyecto pasó a formar parte de la red de vigilancia epidemiológica con los informes EWARN contribuyendo a la vigilancia y el control de las enfermedades contagiosas en el país (véase la sección 4.3.2.3 EWARN en la página 42).

Las acciones adoptadas por parte de FM y HEEVIE redujeron las vulnerabilidades en salud en las zonas de intervención del proyecto. Como dijo un informante clave en Cham Mishko: “Si no hubiera existido este proyecto, la salud de la población habría empeorado porque no había personal médico, aunque el departamento de salud y sus funcionarios nos conocían. El proyecto trajo personal, medicamentos, construyó el centro y proporcionó el equipo necesario, informó a la población sobre las enfermedades y la prevención, y nos ayudó a evitar los rumores durante COVID-19” (ID_666, 2022).

El proyecto contribuyó significativamente a establecer y restaurar los centros de salud pública y a mejorar la calidad general de los servicios de salud para la población titular de derechos, y finalmente contribuyó al SDG 3.

Figura 4: Teoría del cambio del proyecto



4.1.3 ¿Fueron más relevantes algunas intervenciones?

La población titular de derechos observa los servicios de los CAP de forma global y los consideran muy beneficiosos para la comunidad. En su opinión, (1) la consulta médica con profesionales cualificados/as y competentes, (2) el suministro de medicamentos y (3) las pruebas de laboratorio son los servicios mejor valorados para la población (véase también la página 33, 39 y 53 para más detalles).

En Cham Mishko, la población elogió los esfuerzos del proyecto a nivel comunitario para motivar a familiares directos o convivientes de las personas con afecciones relacionadas con la salud mental a buscar tratamiento médico en el CAP. El trabajo de divulgación en la comunidad fue muy apropiado y relevante, ya que fomentó la aceptación social de las enfermedades mentales entre la población y conectó la comunidad con ambas estructuras sanitarias.

Otra de las problemáticas presentes en muchas unidades de convivencia son las relacionadas con las enfermedades crónicas, como diabetes y enfermedades coronarias, que requieren un consumo mayor de medicamentos y revisiones médicas. Las personas convivientes refirieron que la disponibilidad gratuita de medicamentos recetados, servicios de pruebas y profesionales sanitarios en los CAP reducía considerablemente el estrés y la carga de los cuidados.

4.1.4 Capacidad de respuesta a los factores externos

FM y HEEVIE supervisaron y monitorearon continuamente la situación e introdujeron cambios en las actividades del proyecto para que siguieran siendo pertinentes en relación con las necesidades de la población, así como que estuvieran en consonancia con las principales partes interesadas externas (por ejemplo, el Directorado de Salud, el Clúster de Salud de la ONU o la propia AECID).

FM y HEEVIE forman una asociación de trabajo basada en la confianza mutua y la responsabilidad. Comparten frecuente y abiertamente toda la información y plantean posiciones conjuntas ante los funcionarios del gobierno, los donantes y otras ONG internacionales que trabajan en la zona. La confianza mutua les ha permitido responder a retos externos de forma adecuada y eficaz. A continuación se exponen algunos ejemplos de la capacidad de respuesta de FM y HEEVIE para que el diseño y las actividades del proyecto fuesen pertinentes y adecuados para la población titular de derechos y otros actores locales:

1. FM y HEEVIE colaboraron con el Clúster de Salud de las Naciones Unidas, el Equipo Humanitario de País (HCT), el Grupo de Coordinación Inter-Clúster (ICCG) y otras organizaciones para que las actividades del proyecto fueran

adecuadas y relevantes para la población desplazada interna, la población retornada y la población local. El compromiso de las partes involucradas también contribuyó a mejorar la eficacia (véase la página 31).

Los resultados de la coordinación en el marco de la participación en el Clúster de Salud mejoró el enfoque del proyecto en las tres prioridades sanitarias: (1) la cobertura universal de los servicios de atención primaria y las derivaciones a la atención secundaria, (2) la vigilancia y la respuesta a los brotes de enfermedades transmisibles (incluido el COVID-19), y (3) la ampliación de los servicios relacionados con la salud materno-infantil y neonatal. Además, permitió conocer prácticamente en tiempo real el estado epidemiológico de ambas zonas de intervención, compartiendo la información procedente de los informes EWARN y recibiendo inputs de la información que manejaban los Directorados de Salud a nivel gubernamental.

Además, FM y HEEVIE siguieron participando en las reuniones y colaborando con el Clúster de Salud en relación con la idoneidad y la pertinencia del enfoque geográfico del proyecto. A través del compromiso con los Directorados de Salud en Duhok, Sheikhan y las personas influyentes de la comunidad (sheikhs, moukhtars), FM y HEEVIE finalmente concluyeron que ambos CAP estaban en las áreas con necesidad de apoyo y las partes interesadas esperaban que FM y HEEVIE trabajaran en Cham Mishko y Bozan.

Asimismo, FM y HEEVIE colaboraron con el grupo en la formulación de mensajes de incidencia sobre la necesidad de asignar fondos públicos a los servicios de atención sanitaria.

2. Con la ayuda de la comunidad internacional, el Gobierno Regional del Kurdistan estableció un campamento para población desplazada interna en Cham Mishko, distrito de Zakho, en la gobernación de Duhok. Este asentamiento es el más grande de la gobernación de Duhok, con capacidad para 26.000 personas y que acoge principalmente a personas de identidad etnorreligiosa yazidí. En el momento de iniciar el proyecto, no se disponía de un edificio apropiado y adecuado ya que el que había no disponía de las capacidades necesarias, ni en material ni en personal. FM y HEEVIE se reunieron varias veces con el Directorado de Salud para abordar la situación, solicitando finalmente el DoH el establecimiento de la nueva estructura. Ante la falta de fondos para construir un edificio específico para el Centro de Salud Pública en Cham Mishko, donó el terreno para que se construyera, asumiendo el coste de la construcción tanto Farmamundi como HEEVIE con fondos propios de ambas organizaciones. La ausencia de una estructura adecuada y pertinente repercutió durante los meses

previos al inicio del proyecto (especialmente en otoño de 2020 con una fuerte incidencia del COVID-19) en los servicios sanitarios primarios que diversas organizaciones prestaban de forma irregular a la población residente en el campamento.

El proyecto en su formulación no había previsto dinero para la construcción ni el equipamiento del edificio, y FM y HEEVIE aportaron los fondos para la construcción por separado. Se solicitó a la Oficina Técnica de Cooperación de la AECID sita en Jordania la posibilidad, de acuerdo a las bases y normativa de la AECID, proporcionar el equipamiento médico para el centro de Cham Mishko, y FM lo confirmó mediante una comunicación formal con el donante. Este cambio no supone una modificación que deba ser informada (sustancial), pero se procuró compartir la información para mejor coordinación de todos los agentes involucrados en el proyecto.

La propiedad del centro, incluyendo el mobiliario, las instalaciones, el equipo médico y otros activos, fueron transferidos al Directorado de Salud de Duhok conforme a la normativa del donante una vez terminó el plazo del proyecto. Toda la construcción y el equipamiento se transfiere al sector público, y las autoridades sanitarias supervisan las operaciones y son responsables tras la finalización del proyecto, suponiendo un incremento de las capacidades locales.

3. FM y HEEVIE descubrieron que la combinación de un médico y una enfermera especialista en salud sexual y reproductiva en el CAP de Bozan era inadecuada para generar la confianza de las comunidades. El proyecto contrató una médica especialista en SSR en Bouzan no prevista en la formulación, tras consultar con la población titular de derechos y otros actores/trices locales relevantes. Además, el proyecto respondió a la situación contratando a una doctora adicional en ChamMishko, especialista en métodos de planificación familiar, para reforzar la provisión de este servicio entre la población que lo demandaba. La oportuna toma de decisiones de FM y HEEVIE hizo que las intervenciones del proyecto fueran adecuadas y pertinentes en el contexto local.
4. La situación de pandemia mundial junto con la elevada afluencia de pacientes, hizo necesaria la desinfección de las salas de atenciones con mayor frecuencia de la prevista. El personal se dio cuenta de que los recursos de limpieza inicialmente asignados eran insuficientes. La dirección del proyecto respondió rápidamente con recursos adicionales y ajustes en los horarios de trabajo del equipo de desinfección para garantizar que el entorno siguiera siendo adecuado y seguro para la prestación de servicios sanitarios.

5. Durante la fase inicial del proyecto, los y las profesionales sanitarias visitaron las comunidades y el campamento de PDI para informar a la población y realizar consultas en la comunidad (*outreaches*). La población fue informada de la calidad de los servicios y la población usuaria empezó a acudir a ambos centros. FM y HEEVIE no esperaron a la llegada de la población titular de derechos, sino que empezaron a establecer relaciones con la comunidad desde el principio. La divulgación hizo que el proyecto fuera más apropiado para la población titular de derechos desde sus inicios y demostró la idoneidad de los servicios a través de consultas a nivel comunitario, clave en este comienzo del proyecto.
6. FM y HEEVIE elaboraron materiales de sensibilización armonizados recomendaciones del Clúster de Salud Nacional y los subclústeres regionales en los que participan HEEVIE y Farmamundi, traducidos a las lenguas locales (árabe y kurdo) adaptados culturalmente y siendo sensibles a género y edad, para que los mensajes fueran adecuados y relevantes para las comunidades locales de Cham Mishko y Bozan (véase también la página 39).
7. Gracias a la buena coordinación entre las dos organizaciones, el proceso de toma de decisiones fue sencillo. La confianza mutua y la relación de trabajo conjunto permitieron a FM y HEEVIE acordar la adquisición local de medicamentos y otros suministros. Las ONGI suelen enfrentarse a la falta de disponibilidad de medicamentos en los centros a los que prestan apoyo debido a factores externos que escapan a su control (por ejemplo, la retención de camiones en los controles de seguridad, etc.). La buena coordinación y gestión en las compras y la capacidad de almacenaje de medicamentos, permitió a FM y HEEVIE adquirir los medicamentos en el mercado local manteniendo una cadena de suministro funcional, lo que dio como resultado que no hubiese brecha alguna en la disponibilidad de medicamentos en los centros.

4.1.5 Relevancia para el perfil local de la enfermedad

En las zonas del proyecto había hasta un total de 36 enfermedades prevalentes, incluidas las relacionadas con la salud mental y las psicosociales. La lista figura en el anexo 2. Los dos CAP ofrecían servicios sanitarios relacionados con las enfermedades más frecuentes, ya que los datos de la población usuaria de los servicios médicos de los CAP muestran que más del 90% acudían para consultar alguna de las enfermedades enumeradas (véase Cuadro 8 para referencia).

4.1.6 Adaptación de los servicios al género, la edad y la pertinencia cultural

FM y HEEVIE tenían una buena comprensión antes del comienzo del proyecto sobre la adaptación de los servicios de atención primaria de salud al género, la edad y la

identidad cultural de la población titular de derechos, en base a la combinación de experiencias locales de HEEVIE y Farmamundi. La mayoría de la población titular de derechos es yazidí, y fue esencial adaptar las intervenciones a las realidades locales, como la contratación a nivel local del personal sanitario.

Los y las profesionales sanitarias del proyecto estaban formados por población yazidí cualificada y con experiencia en las zonas del proyecto o aledañas, contribuyendo a aumentar el impacto del proyecto. El personal del proyecto podía comunicarse eficazmente con la población usuaria de los centros de salud y sus unidades de convivencia. De la misma manera, cada profesional tenía una comprensión holística de la situación humanitaria de la población titular de derechos y podían empatizar realmente para formar un vínculo que mantenía a las personas que acudían a los CAP y a sus familias comprometidas para completar la prescripción que recibía cada paciente. La mayor parte de los y las trabajadoras de Cham Mishko viven en el mismo campamento, ocurriendo lo mismo con las trabajadoras de Bouzan, lo que fomenta un sentimiento de comunidad muy fuerte.

Durante la ejecución del proyecto, FM y HEEVIE organizaron sesiones de formación para el personal recién incorporado al proyecto, incluidos los y las profesionales de cada CAP y otras profesionales de la salud que trabajan en el sector público, con el fin de que los servicios en la zona de intervención sean apropiados desde el punto de vista del género, la edad y adaptados culturalmente, siendo pertinentes para la población (véase la página 36).

Los y las 12 CHPs (6 mujeres) formadas en el marco del proyecto compartieron que la formación les sirvió para hablar adecuadamente de los métodos anticonceptivos a nivel comunitario. Promovieron los dispositivos intrauterinos (comúnmente conocidos como DIU), los preservativos, las píldoras y el método sintotérmico. Tanto HEEVIE como Farmamundi estuvieron en contacto con la unidad especializada en salud sexual y reproductiva del Directorado de Salud de Duhok, siendo una de las informantes claves del proyecto.

4.1.7 Conformidad con las normas de la AECID

La AECID dispone de unos requisitos mínimos para el equipamiento médico en el marco de la Cooperación Española durante las crisis humanitarias (Martín, et al., 2013). El CAP de Cham Mishko ofreció los 11 servicios requeridos bajo el "Módulo de Atención Básica-MAB", mientras que el CAP de Bozan ofreció diez servicios. En el marco del "Módulo de atención avanzada con capacidad quirúrgica-MAA_QXA", Cham Mishko ofreció tres servicios de los nueve enumerados en las directrices; el CAP de Bozan no ofreció ninguno. De los cuatro servicios del "Módulo de hospital

de campaña (incluido el módulo quirúrgico en el nivel E)-MHC", el CAP de Cham Mishko sólo ofrecía parcialmente un servicio y el CAP de Bozan ninguno. La matriz comparativa figura en el Anexo 3.

Es pertinente resaltar que los servicios mencionados anteriormente no estaban disponibles antes del proyecto, lo que indica la gran aportación del mismo a la estructura de servicios públicos en el KRI. Las intervenciones del proyecto hicieron que ambos centros fueran funcionales y les permitieron ofrecer servicios según el módulo de atención básica. En nuestra opinión, la prestación de servicios de ambos CAP es adecuada y pertinente de acuerdo con las directrices de la AECID en el marco del "Módulo de atención básica-MAB". El CAP Cham Mishko puede potencialmente pasar al módulo de atención avanzada con capacidad quirúrgica (MAA-QXA) a corto plazo y al módulo de hospital de campaña, incluido el módulo quirúrgico de nivel E (MHC) a largo plazo.

4.1.8 Propiedad y participación

FM y HEEVIE lograron la participación de las partes interesadas desde el diseño del proyecto hasta las fases de ejecución. Trabajaron en colaboración con las autoridades sanitarias de los distritos y las gobernaciones durante todo el ciclo de gestión del proyecto. El objetivo estratégico era fortalecer la capacidad del departamento de salud y concienciar de que realicen una asignación presupuestaria pública más significativa para el sector de la salud en las áreas de intervención. Los servicios continúan prestándose tras la finalización del proyecto y las autoridades locales (Directorados de Salud) se harán cargo de la provisión de servicios públicos una vez el apoyo externo finalice.

El proyecto también contó con la participación de las comunidades locales y otras personas influyentes durante el diseño y la ejecución del proyecto. Al principio del proyecto, el personal visitó las comunidades y otros lugares para prestar servicios médicos esenciales. El trabajo de divulgación conectó al personal del proyecto con las comunidades y promovió la información sobre la disponibilidad de medicamentos, pruebas y consultas sanitarias profesionales. Además, los y las CHP del proyecto pusieron en contacto a las comunidades con ambas estructuras de salud y las autoridades sanitarias para cumplir el derecho a la atención en salud de la población.

4.2 Eficiencia

El criterio de eficiencia en proyectos humanitarios mide los resultados logrados (cualitativa y cuantitativamente) en relación con los insumos aportados. Hemos cubierto la mayoría de los aspectos de eficiencia en el criterio de evaluación de

Eficacia y Cobertura. Creemos que el proyecto reforzó la capacidad de respuesta sanitaria de los CAP de Cham Mishko y Bozan y desempeñó un papel fundamental en la gestión de la emergencia de COVID-19 (véase la sección 4.3.1.4 Formación del personal en la página 36 para más detalles).

FM y HEEVIE hicieron esfuerzos coordinados para integrar la perspectiva de género y la pertinencia cultural en el paquete de servicios de salud primaria en los centros de Cham Mishko y Bozan (véase la sección 4.1.6 Adaptación de los servicios al género, la edad y la pertinencia cultural en la página 28). Además, se adaptaron los materiales de sensibilización para la comunidad yazidí en términos de contexto cultural e idioma, además de desarrollar formalmente la capacidad de los y las CHP para relacionarse más con la comunidad teniendo en cuenta las particularidades de género, edad y cultura (véase también la sección 4.3.2.1 Alcance comunitario).

FM y HEEVIE capacitaron a los y las CHP en la identificación de noticias falsas, la mitigación del impacto de los rumores y la provisión de información auténtica durante la pandemia de COVID-19 (ver también las páginas 23, 39 y 51 para más detalle).

Los servicios del proyecto llegaron a una proporción significativa de la población total en las zonas de captación de los centros de Cham Mishko y Bozan (para más detalles, véase Cuadro 2 en la página 14 y la sección Proceso en la página 39). Cabe destacar que toda la población que lo precisó fue atendida sin discriminación alguna en ambos centros de salud participantes en el proyecto.

FM y HEEVIE prestaron servicios de conformidad con el módulo de la AECID de "Módulo de Atención Básica-MAB" (Página 29) y utilizaron el Paquete de Servicios Básicos de Salud (BHSP) como documento de guía (Página 34). Las personas usuarias expresaron su satisfacción general con la calidad de los servicios sanitarios y confirmaron que el personal prestó los servicios sin pagar ni pedir favores (véase la sección 4.3.3 Principales resultados en la página 50).

El presupuesto del proyecto aprobado fue de 533.339 euros⁷, de los que 522.548 fueron financiados por la AECID. Esta financiación permitió a FM y HEEVIE ofrecer 41.005 consultas a aproximadamente⁸ 18.454 personas (véase Cuadro 3 en la página 10). El coste medio es de 28,32 euros por persona para los servicios de atención primaria en salud durante la ejecución del proyecto. El coste medio asciende a 2,36 euros por persona y mes. Durante la evaluación, no pudimos

⁷ No incluye el coste del edificio CAP (Cham Mishko).

⁸ Ver discrepancias de criterios entre CCRTS y organizaciones implementadoras del proyecto

acceder a los datos financieros de otras ONGI y ONG comparables que trabajen en situaciones y zonas geográficas idénticas en Iraq. Por lo tanto, no podemos comparar los costes de la atención sanitaria primaria para determinar el nivel de eficiencia relativo de FM y HEEVIE entre sus pares.

4.3 Eficacia y cobertura

Esta sección ofrece información sobre la medida en que las intervenciones del proyecto han alcanzado sus objetivos previstos y declarados. También hemos evaluado la cobertura de los servicios del proyecto para la población titular de derechos. FM y HEEVIE ejecutaron el proyecto en un contexto humanitario; por lo tanto, examinamos principalmente los resultados del proyecto.

Al principio del proyecto, FM y HEEVIE realizaron un análisis SWOT (DAFO) de los centros de salud de Cham Mishko y Bozan, con la participación de la población titular de derechos, las personas influyentes de la comunidad y los y las profesionales sanitarias locales. El análisis DAFO sistematizó la información ya obtenida a través de la línea de base.

Este proceso ayudó a FM y a HEEVIE a tener un punto de referencia con respecto al criterio de eficacia del proyecto a lo largo de la ejecución. Por ejemplo, FM y HEEVIE mejoraron los contenidos de la formación basándose en las principales conclusiones del análisis DAFO. Ambas organizaciones se esforzaron durante todo el periodo de ejecución en (1) utilizar los puntos fuertes internos para aprovechar las oportunidades y (2) eliminar los puntos débiles para gestionar las amenazas de forma eficaz.

Hemos utilizado el modelo de Donabedian para la calidad de la atención (véase Figura 2 en la página 9) para estructurar las preguntas de la evaluación, la recogida de datos y el análisis. En la siguiente sección organizamos las principales conclusiones bajo los epígrafes (1) estructuras, (2) procesos y (3) resultados.

4.3.1 Estructuras

El proyecto contribuyó significativamente a mejorar la infraestructura de los servicios sanitarios públicos locales, manteniendo el CAP de Bouzan y el recién construido CAP de Cham Mishko. Las instalaciones físicas, el equipamiento y los suministros, los recursos humanos, la confianza y la responsabilidad mutua proporcionaron la base y el entorno propicio para la prestación de servicios eficaces de atención primaria a la población titular de derechos.

4.3.1.1 Instalaciones físicas

FM y HEEVIE evaluaron los centros de atención primaria existentes en Bozan, Serishka, Neisseria, Doghata y Cham Mishko. Los procesos de evaluación consistieron en reuniones presenciales y visitas a las zonas, encuentros virtuales, revisión de la información de las fuentes de datos secundarias y de las políticas y leyes sanitarias, estudio del contexto (quién está haciendo qué en el sector de la salud), revisión de las prioridades de la ONU y articulación del conocimiento del equipo de HEEVIE que trabaja en las gobernaciones de Duhok y Nínive.

En los procesos de evaluación, FM y HEEVIE garantizaron la participación de la población titular de derechos, las autoridades titulares de obligaciones y otros actores/trices internacionales (por ejemplo, las ONG internacionales, los organismos de la ONU, etc.). La fase de identificación ayudó a identificar las instalaciones sanitarias en las que el apoyo era más necesario. FM y HEEVIE dieron prioridad a Bozan y Cham Mishko por las necesidades existentes entre la población desplazada interna y población retornada en las localidades, siempre en base a las indicaciones de las autoridades sanitarias. FM y HEEVIE se coordinaron internamente para decidir la zona de intervención, para proponerlo al Directorado de Salud de Duhok y al Clúster de Salud. Tras la confirmación oficial, obtuvieron la aprobación oficial de las autoridades sanitarias locales para trabajar en los CAP de Cham Mishko y Bozan. El proceso de selección fue eficaz porque tuvo en cuenta las necesidades de las diferentes zonas como (1) el número de casos, (2) el potencial de ampliación y (3) las malas condiciones de las instalaciones sanitarias.

FM y HEEVIE discutieron ampliamente las condiciones de los CAP con el Directorado de Salud de Duhok. FM y HEEVIE, siguieron las indicaciones de las autoridades sobre la necesidad de construir un nuevo CAP, debido a la insuficiencia en la provisión de servicios sanitarios, y financiaron con recursos propios la construcción de un nuevo centro en el campo de PDI para prestar los servicios de atención primaria de forma eficaz.

"Evaluamos nuestras opciones y podríamos haber completado el proyecto en una estructura improvisada o en algún edificio alquilado. Sin embargo, la calidad de los servicios y nuestro compromiso con la población meta de la intervención se habrían resentido. Decidimos recaudar fondos de otras fuentes y construir un edificio adecuado para un centro de atención sanitaria eficaz para la población. No pensamos en las personas como "sujetos pasivos" o "meros beneficiarios", sino que las consideramos ciudadanía y como tal tienen derechos humanos a recibir una atención sanitaria de calidad". (ID_111, 2022). FM y HEEVIE solicitaron a la AECID a través de la OTC en Jordania que el proyecto financiase los equipamientos

médicos (imprevistos en el presupuesto presentado) para el recién construido CAP con cargo al proyecto, gracias al tipo de cambio beneficioso. Verificamos que en todo momento se cumplió con la normativa del donante.

Encontramos instrucciones escritas desde la dirección para el mantenimiento y la limpieza periódicos de las instalaciones sanitarias. Ambos centros disponían de zonas de urgencias separadas de las zonas comunes de pacientes mediante una sala de triaje. Además, los CAP tenían espacios especialmente adaptados para los partos. Tanto las personas usuarias como el personal del CAP de Cham Mishko informaron de que el espacio físico del centro era adecuado; mientras otras partes interesadas de Bozan solicitaron la construcción también de un nuevo edificio para el CAP, ya que el actual es inadecuado y necesita de más mantenimiento.

En ambos CAP había agua potable y aseos funcionales. Observamos que las infraestructuras se higienizaban y que el personal de limpieza fregaba con frecuencia las zonas públicas y se aseguraba de que los baños estuvieran limpios y funcionales durante todo el horario de atención.

4.3.1.2 Equipos y suministros

Los equipamientos financiados con cargo al proyecto fueron ordenadores e impresoras para Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Alerta Temprana (EWARN), escritorios para el cribado de pacientes y camas para la atención sanitaria, un generador eléctrico, extintores, equipos de laboratorio⁹, equipos médicos, nevera para medicamentos sensibles, estanterías y armarios para almacenar medicamentos, cajas de sugerencias. Además, mensualmente se adquirieron reactivos de laboratorio y material médico, medicamentos, protección y prevención contra el COVID-19 (consumibles, suministros, equipos) para el personal comunitario. Las autoridades sanitarias de la gobernación de Duhok proporcionaron un ecógrafo, una silla dental y un vehículo medicalizado (ambulancia), además de contribuir al equipamiento del laboratorio.

Las usuarias nos dijeron que, en su opinión, la contribución más valiosa de los CAP era la disponibilidad de los medicamentos sin que hubiera una falta de suministro crónica o puntual, asegurando la gratuidad y confianza en el acceso. Confirmaron que los CAP siempre les proporcionaban los tratamientos adecuados.

⁹ Las autoridades sanitarias de la gobernación de Duhok proporcionaron algunos equipos de laboratorio.

Con cargo a los fondos del proyecto se adquirieron medicamentos y otros suministros esenciales en el mercado local, reforzando la cadena de suministro e incrementando el impacto en la zona de intervención, a la vez que se redujo la huella de carbono del macro proyecto. El valor total de los medicamentos suministrados a los CAP ha sido a lo largo del proyecto de aproximadamente 80.000 dólares. Si los CAP no pudieran proporcionar los medicamentos, la población tendría que comprarlos en el mercado, complicando su acceso a los tratamientos. Podemos considerar el valor de los medicamentos como una transferencia de ingresos.

La adquisición de los equipos y suministros siguió las políticas internas de FM y HEEVIE. Implicaron al personal especializado en los procesos de adquisición, especialmente en la definición de las especificaciones de los equipos y suministros, garantizando el cumplimiento de las normas del donante.

Durante la recogida de datos, vimos la lista de medicamentos esenciales disponibles en ambos CAP. El personal se refirió al Paquete de Servicios Básicos de Salud (BHSP) como su guía para mantener la medicación y otros servicios en los CAP (Dr. Salih Al-Hasnawi, 2010). El equipo directivo de los CAP conocía las normas mínimas que figuran en el BHSP. Basándonos en nuestras conversaciones, pensamos que el paquete proporcionó un valioso punto de referencia para los CAP, demostrando a su vez la apropiación de las formaciones organizadas.

El registro del inventario de medicamentos estaba al día, y el personal de farmacia tenía formación y conocía sus principales responsabilidades. El proyecto instaló hábitos entre el personal de apoyo, que realizaba "automáticamente" tareas clave, bajo supervisión del técnico logista de cada CAP. Los centros disponían de generadores funcionales (y el CAP de Chamishko de una ambulancia) con combustible financiado por el proyecto para su funcionamiento. Cuando preguntamos a la población usuaria sobre la disponibilidad de medicamentos, cada persona confirmó que recibían la medicación prescrita en las visitas de forma gratuita en ambos CAP.

El personal de la farmacia refirió que recibía los medicamentos y suministros necesarios en tiempo y condiciones óptimas. Nos encontramos con un estricto control de inventarios de equipos y un mecanismo de control de stock de medicamentos y suministros en los CAP, especialmente para los medicamentos relacionados con el tratamiento de problemas de salud mental.

Los CAP disponían de ácido fólico para las mujeres embarazadas, pero carecían de servicios de vacunación. También encontramos medicamentos disponibles en los CAP para enfermedades no transmisibles y transmisibles. Los suministros

relacionados con la salud maternoinfantil (por ejemplo, fetoscopios, cintas métricas, tiras para medir la circunferencia del brazo) estaban disponibles en cantidades suficientes en ambos centros.

La provisión oportuna de equipos y suministros según las necesidades identificadas permitió a los y las profesionales la prestación de un servicio eficaz a la población titular de derechos. FM y HEEVIE también firmaron acuerdos de transferencia de activos con las autoridades locales para garantizar la transferencia de la propiedad al Departamento de Salud.

4.3.1.3 Recursos humanos

La violencia y los disturbios políticos han afectado al sistema de formación médica en Iraq. Las frecuentes amenazas y agresiones provocaron un éxodo de personal especializado del país. El gobierno iraquí ha mejorado la formación médica en la última década, con el KRI a la cabeza. Actualmente, hay 24 facultades de medicina acreditadas en Iraq. Todas las facultades son del sector público y reciben apoyo del Ministerio de Educación Superior iraquí. Con la educación médica gratuita y el estímulo del gobierno, la juventud iraquí está cada vez más formada en servicios médicos, y es un proceso aún en curso (Al-Shamsi, 2017).

FM y HEEVIE contrataron a personas con una amplia gama de especialidades y experiencias. Entre el personal médico había especialistas en pediatría, reumatología y obstetricia. El personal farmacéutico, de enfermería y de laboratorio eran personas licenciadas por universidades reconocidas. Todo el personal médico de Cham Mishko y Bozan están acreditados por la Asociación Médica Iraquí¹⁰. Las autoridades sanitarias de KRI y de Iraq Federal consideraron "reconocidas" y aceptables las credenciales del personal de los CAP de Cham Mishko y Bozan.

El equipo del proyecto realizó 41.005 consultas durante la vida del proyecto en los CAP de Bozan y Cham Mishko. Los detalles del personal profesional y su respectiva carga de trabajo son los siguientes:

Cuadro 5: Consultas del personal profesional (desglosadas por sexo y edad)

Personal profesional del CAP	Mujeres	Niñas <18 años	Mujeres (Mujeres + Niñas)	Hombres	Niños <18 años	Hombres (Hombres + Niños)	Total Consultas*	% de población atendida
Dr. Omar Ahmed Sharaf	3.996	84	4.080	4.558	257	4.815	8.895	21,69%

¹⁰ <https://www.ima.org.iq/ar>

Dra. Fanar Majeed Khamo	4.686	67	4.753	54	30	84	4.838	11,80%
Dr. Ahmed M. Rasheed	300	24	324	4.414	21	4.435	4.759	11,61%
Dra. Alaa Ahmed M. Amin	3.528	118	3.646	480	76	556	4.202	10,25%
Dra. Jelan Adnan Ahmed	1.050	77	1.127	1.646	135	1.781	2.907	7,09%
Dr. Adnan Abdy Sallo	955	601	1.556	567	596	1.163	2.720	6,63%
Dra. Heja Muhsin Taha	1.546	37	1.583	467	52	519	2.101	5,12%
MA Saadi Darwish Murad	428	308	736	236	281	516	1.252	3,05%
Psy Adnan Abobakir Yousif	867	163	1.029	108	108	217	1.246	3,04%
Dra. Sibar Shukri Taher	801	105	906	27	31	58	963	2,35%
MA Salim Barakat Qasim	406	186	592	219	142	361	953	2,32%
Dra. Newroz Faris Haji	677	14	691	227	20	247	939	2,29%
Dra. Noura Kameran	250	146	396	421	16	437	833	2,03%
Dra. Thikra A. Mohammed	499	98	597	86	105	191	788	1,92%
Dra. Anssam Yousif Ali	609	80	689	11	13	24	713	1,74%
Dr. Mustafa Raad Ahmed	284	126	410	121	90	211	620	1,51%
Dr. Shang Abdulmajid Dewaly	214	99	313	116	103	219	531	1,30%
MA Izzat Tahseen Qasim	202	73	275	98	81	179	453	1,11%
Dra. Heevadar A. Majeed	414	30	444	2	2	4	448	1,09%
Dr. Zheen Ahmed Mustafa	133	13	147	3	3	5	152	0,37%
MA Atto Jirdo Ahmed	60	17	77	28	7	35	112	0,27%
MA Matto Safook Bashar	45	15	60	26	12	38	99	0,24%
Psy Shukriya M. Abdulaziz	49	13	62	15	14	29	92	0,22%
Otros	199	0	199	126	63	189	388	0,95%
Total	22.199	2.494	24.693	14.053	2.259	16.312	41.005	100%

Dos doctores y tres doctoras ofrecieron más del 60% del total de consultas. El Dr. Omar Ahmed Sharaf aportó el 21,69%, la Dra. Fanar Majeed Khamo el 11,80%, el Dr. Ahmed Mohammed Rasheed Omar el 11,61%, la Dra. Alaa Ahmed Muhammed Amin el 10,25% y la Dra. Jelan Adnan Ahmed el 7,10%. Entre las especialistas en salud mental, Adnan Abobakir Yousif y Shukriya M. Abdulaziz realizaron el mayor número de consultas.

4.3.1.4 Formación del personal

El proyecto reforzó la calidad general, la aceptabilidad social y la capacidad de respuesta frente a emergencias médicas (por ejemplo, COVID-19) mediante la formación de profesionales de la salud (objetivo del proyecto) de diferentes perfiles sanitarios en procedimientos de atención, con el suministro de medicamentos, reactivos de laboratorio e insumos sanitarios esenciales.

En el marco del proyecto se formaron a 70 profesionales de la salud (36 mujeres) y a 12 CHP (6 mujeres). Las personas participantes en la formación no sólo procedían de los centros de salud de Cham Mishko y Bozan, sino también de diversas categorías profesionales del Directorado de salud de Duhok que ejercen sus labores profesionales en el área de intervención. Los temas principales fueron (1) identificación de emergencias médicas, (2) tratamiento adecuado y gestión de casos, (3) gestión de farmacias, (4) ética farmacéutica y (5) educación sanitaria general (por ejemplo, cómo utilizar las directrices de UNFPA para trabajar con las supervivientes de la violencia de género, etc).

La formación mejoró la gestión de los casos relacionados con la violencia basada en género, la gestión farmacológica y el control de las infecciones (por ejemplo, COVID-19). Además, el proyecto formó a personas en la utilización y manejo de datos para el sistema de monitoreo y vigilancia epidemiológica EWARN¹¹ y adquirió equipos informáticos (véase la página 39).

Tras examinar las necesidades de formación del personal sanitario en la zona de intervención, FM y HEEVIE decidieron dar un nuevo enfoque a las formaciones previstas, adaptando las dos últimas sesiones a los servicios de SMAPS. Ambas organizaciones destacaron a los y las profesionales contratadas en el marco del proyecto que la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud primaria es un requisito previo para convencer a las convivientes de que busquen atención médica mental para sus seres queridos. En las sesiones también se destacó la importancia de la aceptación social de los problemas relacionados con la salud mental en los hogares y en la comunidad y cómo los y las profesionales sanitarias pueden (o deben) influir positivamente en las unidades de convivencia para que completen los tratamientos recomendados.

4.3.1.5 Confianza y responsabilidad mutua

¹¹ Las autoridades sanitarias establecieron el sistema en 2013 y lanzaron su versión digital en 2015. Lo ideal sería que las autoridades sanitarias nacionales alimentasen y gestionasen el sistema, pero debido a las deficiencias de capacidad, el sistema forma parte actualmente del Grupo Sanitario Iraquí y la OMS lo apoya con la ayuda de los miembros del Grupo Sanitario y las autoridades sanitarias.

FM y HEEVIE fueron construyendo progresivamente la confianza, la responsabilidad mutua y un alto grado de coordinación para proporcionar una atención sanitaria de alta calidad hacia la población titular de derechos. Ambas organizaciones habían trabajado juntos en varios procesos con financiación de otros donantes antes de trabajar en asociación con la financiación de la AECID.

FM y HEEVIE evaluaron la situación, se coordinaron con las autoridades locales para comunicar las peticiones de colaboración de las autoridades locales. FM elaboró el proyecto junto con HEEVIE, incluido el presupuesto, llevando a cabo, como fue destacado previamente, una importante aportación en la formulación del proyecto, la asignación de recursos, la selección de los CAP y la gestión de la relación con las autoridades sanitarias locales. FM compartió tanto el proyecto presentado a la AECID, como la versión aprobada, incluidos los detalles presupuestarios completos. HEEVIE conocía el (1) presupuesto del proyecto aprobado, (2) la asignación de recursos para FM y HEEVIE, (3) los resultados y (4) la lógica de intervención del proyecto. FM y HEEVIE también se aseguraron de que el personal del proyecto tuviera acceso a la información completa.

FM y HEEVIE trabajaron conjuntamente en la creación y mantenimiento de las relaciones con las autoridades sanitarias locales, que fue constructiva y positiva a lo largo de la ejecución del proyecto. HEEVIE siguió siendo la cara del proyecto ante las autoridades sanitarias locales y otras partes interesadas en Iraq, con un amplio respaldo por parte de FM.

En nuestra opinión, la confianza, la responsabilidad mutua y las buenas prácticas de asociación entre FM y HEEVIE, así como su gestión conjunta de las relaciones con el funcionariado sanitario local y otras partes interesadas, contribuyeron a la gestión eficaz de los CAP, lo que dio lugar a servicios de atención sanitaria de alta calidad para la población titular de derechos.

Los factores mencionados (activos físicos, equipos y suministros, recursos humanos, formación, confianza y responsabilidad mutua) determinaron la interacción entre los centros de salud y todo el personal relacionado y la población usuaria. Estas medidas determinan, en última instancia, la eficacia y la calidad de la atención en ambos CAP. Sobre la base de nuestra investigación de evaluación, concluimos que FM y HEEVIE no sólo pusieron en marcha procesos con activos físicos, equipos y suministros, recursos humanos y formación de alta calidad e invirtieron en la creación de confianza, sino que fueron más allá. FM y HEEVIE podrían haber llevado a cabo un proyecto ineficaz desde un edificio en malas condiciones o utilizado parcialmente en Cham Mishko, o no habrían invertido en poner en funcionamiento el edificio de Bozan, ya que no había fondos disponibles.

Sin embargo, las direcciones de FM y HEEVIE debatieron los problemas, tomaron rápidamente decisiones adecuadas y consiguieron los fondos para la instalación de una infraestructura sanitaria que proveyera atenciones sanitarias de calidad y gratuitas. Se trata de sentirse responsable y rendir cuentas a la población meta de la intervención, de realizar un excelente ejemplo de asociación, colaboración y confianza entre la ONG internacional y la local, que benefició a la ciudadanía titular de derechos y contribuyó a la capacitación de los responsables.

4.3.2 Procesos

El proceso es la suma de todas las acciones que las estructuras de salud emprendieron para prestar los servicios de atención sanitaria a la población meta del proyecto. Se trata principalmente a partir de la pregunta de “¿qué y cómo los CAP prestaron servicios de atención sanitaria a la población titular de derechos?” Los detalles del proceso son los siguientes:

4.3.2.1 Alcance comunitario

El proyecto formó a 12 promotoras comunitarias (seis mujeres y seis hombres) entre cuyas funciones destacan las visitas regulares a la población titular de derechos en la comunidad, acompañándoles ocasionalmente en sus visitas a los CAP, informar a los/as doctores/as sobre los problemas de salud más prevalentes entre la población y promover mensajes de salud e higiene mediante la interacción formal e informal. Del total de 12 CHP que participaron en las sesiones de formación, seis (tres mujeres y tres hombres) trabajaron de manera asalariada en el marco del proyecto y los restantes trabajaron de forma voluntaria, firmando los acuerdos pertinentes. Su rol es de enlace entre la comunidad y cada uno de los CAP participantes en el proyecto.

Durante la ejecución del proyecto, el personal comunitario llevó a cabo más de 2.500 sesiones para compartir mensajes oportunos sobre salud comunitaria con aproximadamente 10.000 personas participantes (principalmente mujeres y menores) en Cham Mishko y Bozan.

El proyecto proporcionó a cada CHP material de sensibilización (carteles, folletos, pegatinas y pancartas), chalecos de visibilidad, material de papelería y registros para supervisar y difundir la sensibilización entre la población. Los materiales de sensibilización para la comunidad yazidí, fueron traducidos a la lengua local y adaptados culturalmente. Además, también se armonizaron los contenidos con los mensajes del clúster de salud para que incrementar la pertinencia y eficacia. Los temas principales fueron mensajes sobre infecciones y enfermedades contagiosas

(por ejemplo, COVID-19, cólera, etc.), normalización de la salud sexual y reproductiva, quitar el estigma asociado a la salud mental, etc. El proyecto también proporcionó equipos de protección a cada CHP frente al COVID-19.

La formación a los y las CHP tuvo como temas principales la adaptación de mensajes relacionados con la salud y el COVID-19, así como la identificación de medios de difusión de noticias falsas y rumores sobre la pandemia y el cómo atajarlos. Todos los mensajes fueron armonizados con el Directorado de Salud y el Clúster de Salud Nacional y adaptados a género, la edad y la cultura.

Tras realizar las sesiones de sensibilización, el personal comunitario lideró la entrega de 1.000 kits de dignidad, 400 más de los previstos. La distribución fue útil para las mujeres vulnerables y adolescentes, ya que carecían de recursos para “actuar en la línea de los mensajes de sensibilización relacionados con la higiene menstrual”. FM y HEEVIE se aseguraron de que el contenido de los kits se ajustara a las normas mínimas del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (Babatunde Osotimehin, 2015) y las sugerencias generales del Grupo de Protección Global (Grupo Sectorial de Protección Global, 2017). Se realizó un proceso participativo con las mujeres más vulnerables de Cham Mishko y Bozan para ordenar los productos por necesidad, para incrementar la eficiencia del reparto de los kits de higiene.

Observamos que el personal comunitario contratado eran personas activas de la comunidad antes de unirse al proyecto. Alguno de los criterios de selección del personal para cubrir estas funciones tenidos en cuenta por HEEVIE y FM, fueron su dinamismo y participación previa en la comunidad.

Las sesiones de sensibilización se centraban principalmente en los mensajes relacionados con el COVID-19, difundiendo mensajes sobre la importancia de lavarse las manos, el agua potable y su almacenamiento, el mantenimiento de las condiciones higiénicas en los hogares. Además, se pusieron a disposición de las familias cuyos convivientes podían padecer problemas de salud mental con el fin de mantener conversaciones privadas y realizar tareas de seguimiento en coordinación con el personal especializado de cada CAP. En sus interacciones públicas, se relacionaron con los sufrimientos colectivos de la comunidad yazidí y ayudaron a la población a aceptar y tratar los problemas de salud mental como otro tipo más de enfermedad y a buscar apoyo médico, contribuyendo a reducir el estigma asociado a este tipo de afecciones.

Durante la evaluación, observamos que las CHP podían explicar el enfoque basado en derechos humanos de forma sintética y a la vez exhaustiva. Observamos que

utilizaban un vocabulario basado en derechos humanos y género en sus conversaciones con los miembros de la comunidad. Nos dijeron que lo habían aprendido en la formación.

Creemos que el personal comunitario contribuyó a reforzar la capacidad de respuesta local y tendieron puentes entre la población titular de derechos, las autoridades locales y los dos centros de salud participantes en el proyecto. Las CHP crearon una atmósfera de aceptación social de la salud mental en la comunidad, promovieron comportamientos saludables y seguros frente al COVID-19, utilizaron con la población un vocabulario basado en derechos humanos y género y consolidaron su credibilidad entre la población (capital social). Gracias a la labor de las CHP, los servicios sanitarios preventivos y curativos se convirtieron en servicios sanitarios integrales para la población titular de derechos.

4.3.2.2 Servicios SMAPS

El CAP de Cham Mishko ofreció 2.446 consultas a unas 978 personas para el SMAPS, mientras que el CAP de Bozan no prestó el servicio, derivando a aquellas personas que necesitasen el servicio. Los servicios del SMAPS constituyen el 6,38% del total de consultas y el 4,76% de la población total. En general, la cobertura es baja y es un trabajo recién iniciado, que se encuentra en proceso de asentamiento entre la población. Sin embargo, también es un logro importante en un año dado que, antes del proyecto, no había servicios de SMAPS en la zona.

Cuadro 6: SMAPS Servicios (desglosados por género y edad)

Diagnostico	Mujeres	Niñas <18 años	Mujeres (mujeres + niñas)	Hombres	Niños <18 años	Hombres (Hombres + Niños)	Total de consultas*	% de edad diagnostico
Depresión	874	102	976	59	76	135	1.111	45,42
Ansiedad	270	46	316	42	74	116	432	17,66
Trastorno de estrés postraumático	180	73	253	44	28	72	325	13,29
Trastorno de pánico	100	16	116	17	1	18	134	5,48
Trastorno de conversión	92	21	113	7	2	9	122	4,99
Trastorno obsesivo-compulsivo	39	0	39	19	1	20	59	2,41
Psicosis	21	3	24	13	0	13	37	1,51
Ataque de pánico	18	7	25	2	0	2	27	1,10
Otros	57	32	89	41	69	110	199	8,14
Total	1.651	300	1.951	244	251	495	2.446	100,00
Personas aproximadas	660	120	780	98	100	198	978 personas	
Porcentaje por sexo y edad	67,50	12,26	79,76	9,98	10,26	20,24	100,00 %	

* También incluye las consultas repetidas

Del total de consultas del servicio especializado, el 79,76% fueron a mujeres, y el 20,24% restante a hombres. Las mujeres adultas constituyeron el 67,50% de los servicios de SMAPS, las niñas (12,26%) y los niños (10,26%).

Las enfermedades más consultadas fueron por síntomas compatibles con la depresión (1.111 o 45,42%), la ansiedad (432 o 17,66%), el trastorno de estrés postraumático (325 o 13,29%) y el trastorno de pánico (134 o 5,48%). El patrón de los datos valida y se ajusta al haber experimentado episodios de violencia armada severa, el desplazamiento, la destrucción y la incertidumbre sobre el futuro entre la población desplazada.

El CAP de Cham Mishko prestó servicios de SMAPS como parte del paquete de atención primaria de salud. Su integración en los servicios sanitarios existentes hizo que fueran muy eficaces a la hora de ofrecer atención médica especializada a la población. Además, la integración también hizo posible el seguimiento de las personas usuarias y sus familias para completar las prescripciones médicas.

Añadidas a estas atenciones, se realizaron 1.153 consultas sobre apoyo psicosocial por parte de las trabajadoras sociales, no contabilizadas en el Cuadro 6, a otras tantas personas. Estos perfiles siempre estuvieron en coordinación con el personal comunitario, cuyo rol es clave a la hora de identificar y animar a las familias a buscar atención médica para los miembros de la unidad de convivencia que padecieran de enfermedades relacionadas con la salud mental. Además, el personal comunitario aportó un vocabulario neutro y positivo para definir los problemas de salud mental y discutirlos a nivel comunitario.

4.3.2.3 EWARN

Ambas estructuras de salud participaron en el sistema EWARN establecido por las autoridades sanitarias para vigilar las epidemias y emitir alertas tempranas sobre brotes de enfermedades infecto-contagiosas. FM y HEEVIE pusieron en marcha la estructura necesaria en ambos centros a través de la adquisición de equipos para reportar a las instituciones sanitarias locales (equipos, personal y formación, véase la página 37).

Como parte del sistema sanitario, los CAP enviaron notificaciones diarias de atenciones (si se producían) relacionados con riesgos epidémicos (por ejemplo, sospechas de cólera, diarrea aguda o casos de COVID-19, etc.). Además, los centros enviaron informes periódicos con análisis sobre el patrón de enfermedades transmisibles comunes y la puntuación de riesgo de brotes contagiosos (un total de

15 informes, nueve de Bozan y seis de Cham Mishko). El personal de los centros llevó a cabo reuniones con las instituciones sanitarias cuando fue necesario.

A través del apoyo al sistema de EWARN, FM y HEEVIE ampliaron la eficacia del proyecto y mejoraron su relevancia para el sistema sanitario en su conjunto. Además, también han conseguido un alto grado de credibilidad y confianza con las instituciones locales.

4.3.2.4 Asistencia médica

El proyecto realizó 41.005 consultas a niños, niñas, mujeres y hombres en los centros de Cham Mishko y Bozan.

Cuadro 7: Consultas médicas (desglosadas por sexo y edad)

CAP	Mujeres	Niñas <5 años	Mujeres (Mujeres + Niñas)	Hombres	Niños <5 años	Hombres (Hombres + Niños)	Consultas*	% de edad CAP
Bozan	3.429	551	3.980	2.243	503	2.746	6.726	16,40
Cham Mishko	18.770	1.943	20.713	11.810	1.756	13.566	34.279	83,60
Total de consultas	22.199	2.494	24.693	14.053	2.259	16.312	41.005	100,00
Porcentaje por sexo y edad	54,14	6,08	60,22	34,27	5,51	39,78	100,00	%
*Incluye consultas repetidas								

En cuanto a las localidades, Cham Mishko ofreció el 83,60% del total de consultas, seguido de Bozan con el 16,40%. El número aproximado de población atendida (según nuestros cálculos) por los servicios sanitarios fue de 18.454 personas. Cham Mishko atendió aproximadamente a 15.328 personas, y Bozan a 3.126.

Por su parte, en lo referido al género, las mujeres constituyeron el 60,22% del total de la población usuaria, mientras que el 39,78% de las consultas fueron realizadas a hombres. El proyecto atrajo a más mujeres en el CAP de Cham Mishko que en el de Bozan. En Cham Mishko, las mujeres representaban el 70,48% de la cobertura del centro, mientras que la proporción era del 58,86% en Bozan.

Por otro lado, fijándonos como criterio la edad, el proyecto ofreció 4.753 consultas (11,59%) a menores de 5 años, mientras que 36.252 (88,41%) fueron a mayores de 5 años y adultos. En Bozan, 1.054 consultas fueron con menores de 5 años y 5.672 a mayores de 5 años y adultos. En Cham Mishko hubo 3.699 consultas con niños y niñas menores de 5 años y el resto, 30.580 con adultos y mayores de 5 años.

De ambas estructuras de salud, Cham Mishko tuvo como población usuaria una mayor proporción de mujeres y niños en comparación con Bozan. Creemos que (1)

el alcance comunitario y (2) la calidad y diferencialidad de los servicios respecto a Bozan fueron las dos variables clave que dieron lugar a una mayor proporción de mujeres y niños en el CAP de Cham Mishko. También es importante destacar que la población en número es bastante mayor en Cham Mishko que en Bozan, lo que incide en las atenciones realizadas.

Las iniciativas de asistencia sanitaria de alta calidad en el sector público suelen conllevar que, debido al aumento gradual de población atendida, haya una repercusión negativa en la calidad. Esto se debe a que el centro no puede seguir el ritmo en términos cualitativos del aumento constante de las cifras. Creemos que el logro más importante de FM y HEEVIE es el mantenimiento de unos niveles de atención sanitaria y de calidad tan o más elevados durante la fase final de la ejecución que en los momentos iniciales.

En nuestra opinión, FM y HEEVIE pudieron lograr una cobertura completa porque habían invertido en el establecimiento de las estructuras adecuadas, mantenían la supervisión de la gestión de los procesos y se mantenían flexibles ante las sugerencias de mejora de la población titular de derechos, las autoridades locales, el clúster de salud, las ONG y personal del proyecto. Además, también indica la capacidad y la voluntad de FM de obtener fondos de otras fuentes para mejorar la calidad del trabajo.

Del total de consultas realizadas, el 95,59% fueron en servicios de los CAP de (1) Medicina Interna, (2) Urología, (3) Ortopedia, (4) Dermatología, (5) Psiquiatría, (6) Ginecología y Obstetricia, y (7) Odontología. Las tipologías de consulta coinciden con el perfil epidemiológico de las zonas de intervención (véase la página 33). Demuestra que FM y HEEVIE configuraron los servicios médicos de salud de la forma más adecuada y en consonancia con las necesidades de las zonas de Bozan y Cham Mishko, probando la alta coordinación con las autoridades locales en las diferentes fases del ciclo del proyecto.

Cuadro 8: Principales categorías de enfermedades (desglosadas por sexo y edad)

Categoría de la enfermedad	Mujeres	Niñas <18 años	Mujeres (mujeres + niñas)	Hombres	Niños <18 años	Hombres (Hombres + Niños)	Total de consultas*	% de edad
Medicina interna	9.956	549	10.505	11.582	781	12.363	22.868	56,5
Urología	3.357	285	3.643	412	210	622	4.265	10,4
Ortopedia	2.124	136	2.260	650	82	731	2.992	7,3
Dermatológica	1.251	618	1.869	362	330	692	2.561	6,24

Psiquiatría/Mental	1.451	267	1.718	210	223	433	2.151	5,25
Ginecología y Obstetricia	1.965	91	2.056	1	0	1	2.057	5,02
Dental	1.224	327	1.551	415	337	752	2.303	4,88
Otras	870	221	1.091	421	297	718	1.810	4,41
Total	22.199	2.494	24.693	14.053	2.259	16.312	41.005	100
Personas estimadas equipo evaluador	8.880	3.662	12.643	2.882	2.930	5.811	18.454 personas	
Porcentaje por sexo y edad	54,14%	6,08%	60,22%	34,27%	5,51%	39,78%	100,00%	

Los datos de la consulta también nos dan la oportunidad de echar un vistazo a la prevalencia de las enfermedades y al diagnóstico posterior en (1) su conjunto, (2) el género y (3) la edad.

En el escenario general, cerca de dos tercios del total de consultas (incluyendo género, área y edad) fueron en los servicios de Medicina Interna (56,50%), Urología (10,40%) y Ortopedia (7,30%).

Desde el punto de vista del género, los servicios más demandados entre las mujeres fueron Medicina Interna (51,28%), Urología (12,97%), Ortopedia (8,05%), Ginecología y Obstetricia (7,31%), Psiquiatría/Mental (6,12%), Dermatología (5,94%) y Odontología (4,45%). Entre los hombres, los servicios con más carga eran Medicina Interna (67,87%), Dermatología (6,90%), Odontología (5,8%), Ortopedia (5,66%), Urología (4,82%) y Psiquiatría/Mental (3,35%).

En cuanto a la edad, los servicios con mayor carga asistencial entre las personas en edad adulta fueron (1) Medicina Interna (48,52%), Urológica (12,41%), Ortopédica (10,52%), Ginecológica y Obstétrica (7,46%), Psiquiátrica/Mental (6,30%), Dermatológica (4,98%) y Dental (4,91%). Los y las menores acudían en mayor proporción a los siguientes servicios: (1) Medicina Interna (70,87%), Dermatológica (8,52%), Urológica (6,79%), Dental (4,83%), Psiquiátrica/Mental (3,34%), Ortopédica (1,49%) y Ginecológica y Obstétrica (0,62%). La mayor proporción de menores recibiendo atención de medicina interna se debe principalmente a la mayor prevalencia de infecciones respiratorias de tracto superior en esa edad. La baja proporción de atenciones en Ginecología y Obstetricia también indica que el matrimonio infantil no es común entre la población.

Los datos de las consultas por diagnósticos ofrecen más información sobre la vida de las personas y sus comunidades.

Cuadro 9: Principales diagnósticos (desglosados por sexo y edad)

Diagnóstico	Mujeres	Niñas <5 años	Mujeres (mujeres + niñas)	Hombres	Niños <5 años	Hombres (Hombres + Niños)	Total de consultas*	Diagnóstico % de edad
Infección de las vías respiratorias altas	7289	422	8311	6679	675	6154	14465	35.28
Infección del tracto urinario	2401	342	3343	284	133	417	4,23	9.17
Dolor en las articulaciones	892	62	955	364	44	407	1,532	3.32
Dermatitis	455	141	796	636	115	551	1,516	3.29
Infección dental	541	67	808	487	234	521	1,495	3.24
Gastritis	635	86	721	323	47	370	1,227	2.66
Depresión	778	94	872	56	68	124	1,12	2.43
Diabetes	687	2	689	250	7	257	1,064	2.31
Hipertensión	620	1	621	308	4	312	1,05	2.28
Anemia	499	171	670	20	64	84	849	1.84
Atención prenatal	751	0	751	0	0	0	845	1.83
Síndrome del intestino irritable	568	15	583	162	3	164	841	1.82
Mialgia	545	45	590	60	12	71	744	1.61
Dolor de cabeza	404	45	449	129	31	160	685	1.48
Diarrea	155	172	327	52	207	259	659	1.43
Gastroenteritis	120	193	313	68	168	236	618	1.34
Dolor abdominal	180	138	317	80	108	188	568	1.23
Cistitis	146	141	287	124	73	196	544	1.18
Ansiedad	241	41	282	38	66	104	434	0.94
Dolor de espalda	316	14	330	35	1	36	411	0.89
Hipotensión	256	35	291	63	4	68	403	0.87
Otros	3721	267	5788	3838	196	2234	9,026	19.56
Total	22199	2494	28093	14053	2259	12912	41005	100.00
Porcentaje por sexo y edad	54,14%	6,08%	68,51%	34,27%	5,51%	31,49%	100.00 %	

Del total de consultas del proyecto, los y las doctoras diagnosticaron aproximadamente un 45% de infecciones de las vías respiratorias altas (35,28%) y de las vías urinarias (9,17%). Las demás tienen una incidencia inferior al 4%.

A nivel de género, las enfermedades más prevalentes entre las mujeres fueron las Infecciones Respiratorias Superiores (29,58%) y las Infecciones del Tracto Urinario (11,90%), mientras que, entre los hombres, fueron mayoritarias también las Infecciones Respiratorias de tracto superior (47,66%), la Dermatitis (4,27%) y las Infecciones Dentales (4,03%).

Desde el punto de vista de la edad, las infecciones de las vías respiratorias altas (23,08%), las infecciones urinarias (10%) y la dermatitis (5,39%) fueron las atenciones más prevalentes entre niños y niñas menores de 5 años. Entre las personas adultas, lo fueron las atenciones relacionadas con las Infecciones Respiratorias de tracto superior (38,53%), las Infecciones Urinarias (7,41%) y los dolores articulares (3,46%). Las infecciones de las vías respiratorias altas destacan en el caso de menores, ya que su prevalencia es el doble que la de las personas adultas.

Las infecciones de las vías respiratorias superiores fueron el problema de salud más prevalente, seguido de las infecciones del tracto urinario para las mujeres, las niñas, los hombres y los niños de Bozan y Cham Mishko.

La cobertura del 71,6% del proyecto también indica que los servicios eran adecuados, ya que las unidades de convivencia decidían acudir y confiar en los CAP de Cham Mishko y Bozan en lugar de desplazarse a otros CAP cercanos. Según las informantes clave, los elementos más valorados fueron la disponibilidad continua de medicamentos y el buen comportamiento y preparación del personal.

FM y HEEVIE involucraron a las autoridades sanitarias locales en la adquisición de medicamentos, suministros médicos y productos de laboratorio, principalmente en mercados locales, y se aseguraron de que la adquisición se ajustara a la lista de medicamentos esenciales publicada por el Ministerio de Salud, de acuerdo con las orientaciones generales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

A lo largo del proyecto, verificamos la continua disponibilidad de los medicamentos esenciales, sin encontrar más de un día seguido con alguna ruptura de stock. Se trata de un logro importante de FM y HEEVIE, ya que los *gaps* y los retrasos son frecuentes en el contexto operativo de Iraq. FM y HEEVIE disponían de unos registros impresionantes y completos, desde la recepción de los suministros hasta la distribución a la población usuaria mediante las recetas, garantizando en todo momento el acceso a los tratamientos oportunos.

4.3.2.5 Laboratorio y ecografía

El proyecto apoyó la prestación de los servicios de laboratorio en Cham Mishko con la compra de material y la contratación de técnicos y técnicas especialistas. La coordinación y colaboración con el Directorado de Salud de Duhok fue clave, que dispuso en el CAP los equipos para su uso apropiado y pertinente.

De igual manera, el servicio de ecografía estuvo disponible en Cham Mishko, con un equipo proporcionado por el DoH y la contratación de doctores especialistas a cargo del proyecto, todo ello debido a la mayor necesidad identificada por el Directorado de Salud ante la incapacidad de hacer el seguimiento prenatal a las mujeres embarazadas en otros CAP.

Durante el proyecto, los CAP realizaron 6.010 pruebas de laboratorio y 1.123 ecografías. Los resultados estuvieron disponibles en los centros en el tiempo esperado, con una mayor confianza en la precisión de los servicios prestados.

4.3.2.6 Derivaciones

Como parte de la implementación, FM y HEEVIE aseguraron la integración de los CAP en el segundo y tercer nivel de los servicios de atención sanitaria. Ambas organizaciones utilizaron el análisis DAFO como punto de referencia para implantar y reforzar el servicio de derivaciones. La institucionalización ayudó a mantener un registro preciso de las derivaciones.

Durante la ejecución del proyecto se produjeron 4.205 derivaciones internas y externas.

Las derivaciones internas estaban relacionadas con los servicios apoyados por el DoH parcialmente en el mismo edificio del CAP, como fue explicado en el punto anterior. Estas derivaciones internas consistían en servicios de ecografía y odontología, con equipamiento provisto por el DoH y personal contratado en el marco del proyecto. Las derivaciones internas fueron 3.166 (1.123 para ecografía y 2.043 para odontología).

870 personas fueron derivadas externamente a otros centros de atención tras el triaje y la estabilización en los CAP participantes en el proyecto. Las derivaciones de los centros también coinciden con las cifras de cobertura de la población, disponibilidad de ambulancia, número de consultas y calidad general de los servicios.

Cuadro 10: Derivaciones externas del proyecto (desglosadas por zona, sexo y edad)

CAP	Mujeres	Niñas <18 años	Mujeres (Mujeres + Niñas)	Hombres	Niños <18 años	Hombres (Hombres + Niños)	Total Derivaciones	% de edad
Bozan	33	16	49	7	7	14	63	07.24

Cham Mishko	311	113	424	233	150	383	807	92.76
Personas derivadas	344	129	473	240	157	397	870	100.00
Porcentaje por sexo y edad	39,54%	14,83%	54,37%	27,59%	18,05%	45,63%	100.00	%

Cham Mishko realizó aproximadamente el 92,76% de las derivaciones, confirmando esta proporción la disponibilidad de un vehículo medicalizado, mientras que, en Bozan, no había transporte de urgencia para las derivaciones, lo que redujo las derivaciones en comparación con Cham Mishko. La disponibilidad de vehículos y recursos para llevar a cabo las actividades mejora la integración de los CAP en los niveles de salud primario y secundario tanto a nivel de distrito como a nivel de gobernación. Las cifras y motivos de las derivaciones coinciden con las estructuras disponibles en los CAP porque los centros no poseían la capacidad necesaria para atender determinadas complicaciones. Sin embargo, el CAP de Cham Mishko tiene el potencial de ascender al siguiente nivel de prestación de servicios porque ha establecido credibilidad y servicios estables (véase la sección 4.1.7 Conformidad con las normas de la AECID en la página 29) continuados en el tiempo.

Del total de derivaciones, 473 (54,38%) eran mujeres y 397 (45,62%) eran hombres. En cuanto a la edad, 584 personas (67,08%) eran personas en edad adulta y 286 (32,92%) eran menores de edad. Las perspectivas de género y edad también muestran que los CAP enviaron principalmente a mujeres y hombres adultos (mayores de 18 años).

Cuadro 11: Principales diagnósticos de las derivaciones (desglosados por sexo y edad)

Diagnóstico	Mujeres	Niñas <18 años	Mujeres (Mujeres + Niñas)	Hombres	Niños <18 años	Hombres (Hombres + Niños)	Total Personas	Derivación % de edad
Infección de las vías respiratorias altas	22	18	39	37	28	65	104	11.93
Sospecha de COVID-19	37	7	44	23	8	31	75	8.66
Conjuntivitis	12	10	22	19	14	33	55	6.35
Extracción de dientes	24	0	24	11	0	11	35	4.04
Dermatitis	6	8	14	8	13	21	35	4.04
Gastritis	9	8	17	7	9	16	33	3.75
Infección del tracto urinario	18	4	22	5	3	8	30	3.37
Otros	217	74	291	130	82	212	503	57.84
Personas derivadas	344	129	473	240	157	397	870	100.00
Porcentaje por sexo y edad	39.56	14.82	54.38	27.53	18.09	45.62	100.00	%

Los datos muestran la alta calidad de la vigilancia en torno a los casos sospechosos de COVID-19 y su rápida gestión. Además, la proporción de derivaciones de infecciones respiratorias de tracto superior también valida su importancia en el perfil epidemiológico de la población durante la presente intervención humanitaria de salud.

Confirmamos que los centros preparaban (1) las historias clínicas, (2) las observaciones iniciales, y (3) la medicación, asegurándose de que los y las doctores/as de los hospitales de referencia recibieran la información a la llegada de las personas derivadas. Encontramos un alto sentido de empatía y cuidado entre el personal de ambos centros. La empatía y la atención a las usuarias que prevalecieron a lo largo del proyecto indican que FM y HEEVIE lograron mantener la motivación, algo muy relevante en el contexto humanitario.

FM y HEEVIE proporcionaron un entorno de trabajo profesional y establecieron estructuras útiles. El entorno de trabajo profesional de alta calidad será un reto para las autoridades sanitarias gubernamentales en los próximos meses, ante el riesgo de que el personal pueda sentirse frustrado o perder el interés. La continuidad en el trabajo de FM y HEEVIE garantiza este escenario en el medio plazo.

4.3.2.7 Mecanismos de reclamación y retroalimentación

FM y HEEVIE instituyeron un sistema de quejas y comentarios centrado en la población usuaria de los CAP de Cham Mishko y Bozan. Los mecanismos instaurados incluyen (1) la colocación de buzones de quejas, (2) la puesta a disposición de una línea telefónica dedicada las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para plantear preocupaciones, (3) la realización de llamadas aleatorias desde HEEVIE a la población usuaria de los servicios (seleccionados al azar) todos los meses para recabar sus opiniones y (4) la realización de reuniones presenciales mensuales con observaciones sistemáticas de las estructuras y funciones de los y las profesionales en ambos CAP. Es pertinente mencionar que el proyecto recibió una llamada en la línea directa y cero quejas en los buzones, por lo que fueron herramientas no muy eficaces. El proyecto recibió principalmente opiniones a través de llamadas aleatorias activas desde HEEVIE y visitas sobre el terreno.

Cuadro 12: Resumen de la retroalimentación aleatoria (obtenida mediante llamadas aleatorias)

Mes y año	Llamadas realizadas	Satisfacción general (Si)	Satisfacción general (OK)	Satisfacción general (No)	Satisfacción del Personal CAP (Si)	Satisfacción del Personal CAP (OK)	Satisfacción del Personal CAP (No)	Recibió un buen trato (Si)	Recibió buen trato (OK)	Recibió buen trato (No)	La mejor experiencia de servicio	Experiencia de servicio OK	La peor experiencia de servicio
Feb-21	30	29	0	1	27	0	3	22	0	8	29	1	0
Mar-21	30	29	0	1	27	0	3	22	0	8	29	0	0
Abr-21	30	29	0	1	26	0	4	22	0	8	30	0	0
Mayo-21	60	56	0	4	58	0	2	58	0	2	55	5	0
Junio-21	60	60	0	0	59	0	1	58	0	2	47	13	0
Julio-21	60	56	0	4	59	0	1	58	0	2	48	12	0
Ago-21	40	40	0	0	40	0	0	39	0	1	36	4	0
Sept-21	60	59	0	1	60	0	0	59	0	1	44	16	0
Oct-21	46	46	0	0	46	0	0	45	0	1	32	14	0
Nov-21	46	46	0	0	46	0	0	46	0	0	35	11	0
Dic-21	46	46	0	0	46	0	0	46	0	0	35	11	0
Ene-22	40	40	0	0	40	0	0	40	0	0	36	4	0
Feb-22	40	40	0	0	40	0	0	40	0	0	36	4	0
Mar-22	40	40	0	0	40	0	0	40	0	0	36	4	0
Total	628	616	0	12	614	0	14	595	0	33	528	99	0
%de edad		98.09	-	1.91	97.77	-	2.23	94.75	-	5.25	84.08	15.76	-
Media	44.86	44.00	-	0.86	43.86	-	1.00	42.50	-	2.36	37.71	7.07	-

En el marco del proyecto se llevaron a cabo 628 llamadas, es decir, aproximadamente 45 llamadas mensuales de media, para obtener la opinión de pacientes seleccionados al azar. El personal encargado de HEEVIE realizó una serie de preguntas que permitiera evaluar la adecuación de los servicios para tomar las acciones pertinentes que mejorasen la calidad de los servicios. La primera pregunta se refería a la satisfacción general, y el 98,09% de las personas expresaron su satisfacción con los servicios. El 97,77% de las encuestadas estaban satisfechas con el personal del CAP, y el 94,75% dijeron que habían recibido un buen trato en los centros. Del total de personas encuestadas, el 84,08% dijo haber tenido una experiencia muy buena de atención durante sus visitas a los CAP. Es importante señalar que la población respondió cada vez más positivamente durante los dos últimos trimestres del proyecto, lo demuestra que tanto HEEVIE como FM han respondido a los comentarios y han tomado medidas correctivas oportunas.

4.3.3 Principales resultados

Los resultados consisten en analizar los efectos de la asistencia sanitaria en base a (1) la población titular de derechos, (2) sus familias y (3) las comunidades. Pueden incluir (1) cambios en el estado de salud, (2) mejora en los métodos de protección frente a contagios de enfermedades transmisibles (concienciación), y (3) satisfacción con los servicios sanitarios.

Los resultados observados son, de hecho, los indicadores más fidedignos del grado de eficacia y calidad conseguidos en las estructuras y la atención sanitaria. El

resultado más importante desde la perspectiva de la población titular de derechos es la mejora de la salud en las comunidades de intervención. Sin embargo, tiene retos metodológicos atribuir directamente la mejora del estado de salud únicamente a los servicios prestados en los CAP. Se requieren amplios datos poblacionales para establecer conexiones cuantitativas, aunque también podemos establecer vínculos críticos utilizando técnicas de datos cualitativos.

Realizamos entrevistas y FGD (técnicas de investigación cualitativa) sobre cómo las estructuras y procesos de los CAP impactaron en la vida de la población meta del proyecto (incluidos los proveedores de servicios). A continuación se exponen los puntos significativos que hemos identificado a través de citadas herramientas:

1. En la comunidad, la población ya conocía la importancia de lavarse las manos, usar los baños y mantener la higiene personal y comunitaria. Basándonos en nuestra interacción con la población, creemos que la distribución periódica de jabón, los mensajes de concienciación junto a sesiones de demostración del lavado de manos reducirían sustancialmente los contagios en las comunidades.
2. Las comunidades nos relataron que hicieron varias preguntas sobre los servicios sanitarios del centro al personal comunitario y que recibieron información fiable. Los y las CHP crearon confianza en la capacidad curativa de los y las doctoras y eliminaron las barreras entre la población y la provisión de servicios sanitarios. El proyecto estableció la conexión que faltaba con los y las CHP entre los servicios de atención sanitaria preventiva en la comunidad (mensajes de salud e higiene) y curativa (consultas) en los CAP.
3. Cham Mishko y Bozan presentan unas condiciones de saneamiento deficientes en su conjunto. La población meta pudo relacionar la prevalencia de enfermedades con las condiciones higiénicas a partir de la información proporcionada por los y las CHP. Sin embargo, también había un sentimiento de impotencia a la hora de tomar medidas para mejorar la situación. La concienciación no pudo conectarse con la formación de grupos o comités de acción comunitarios por parte del proyecto, si bien no lo tenía entre sus objetivos.
4. La población meta había visto los carteles relacionados con la salud, pudiendo entender los mensajes clave compartidos. Las informantes clave nos dijeron que todo el mundo sabe cómo mantener una buena salud mediante el mantenimiento de la higiene, el consumo de agua potable, la mejora del saneamiento y el consumo de alimentos nutritivos. Señalaron que mucho depende de los medios de vida y de los ingresos de las unidades de convivencia. La distribución de kits de dignidad junto con la promoción de la higiene menstrual fue útil para las

jóvenes porque utilizaron los artículos del kit y encontraron un impacto positivo en su calidad de vida.

5. El personal comunitario informó sobre la utilidad del equipo preventivo recibido para evitar contagios por COVID-19, registrándose cero casos entre las trabajadoras comunitarias (aunque no podemos atribuirlo directa e inequívocamente al suministro del equipo preventivo).
6. Los contenidos de la formación basada en derechos humanos y género inspiraron al personal comunitario para contemplar la situación desde la perspectiva de los derechos. En sus conversaciones con las figuras comunitarias, utilizaron un vocabulario basado en los DDHH y género.
7. Durante los meses de mayor incidencia de COVID-19, surgieron varias noticias falsas y rumores entre las comunidades de Cham Mishko y Bozan. La confianza entre las comunidades y los CHP no sólo ayudó a detener la dispersión de estos mensajes falsos, sino también a difundir información auténtica. La población también consultó a los y las CHP sobre la autenticidad de las noticias relacionadas con COVID. Ni una sola noticia o rumor falso se hizo viral entre la población habitante en Cham Mishko y Bozan durante la duración del proyecto (pero no podemos atribuirlo totalmente al proyecto, ya que había muchas otras instituciones, incluido el gobierno, que difundían información auténtica).
8. El personal comunitario aumentó su capital social gracias a la participación en las actividades del proyecto. Aumentaron su buena voluntad y credibilidad no sólo con los CAP, sino también con las autoridades sanitarias locales en las comunidades de intervención.
9. Cuando preguntamos a una de las CHP sobre la contribución del proyecto a su crecimiento profesional, uno de ellas respondió: "(incluso antes del proyecto), ayudábamos a la población a ponerse en contacto con los departamentos (gubernamentales) para obtener prestaciones. Con el proyecto aprendimos que reclamar la salud es nuestro derecho y no un favor del gobierno o de HEEVIE y FM. Ahora, nuestros mensajes y nuestro tono han cambiado. Se ha incrementado nuestra confianza y animamos a la población a que pida y envíe con frecuencia las solicitudes de las prestaciones no como un favor, sino como su derecho. Somos ciudadanía de este país y tenemos derechos. Un gran cambio que sigue desarrollándose en nuestras comunidades". (ID_112, 2022). Algunos CHP también mencionaron que se sentían valorados mientras trabajaban en el proyecto. FM y HEEVIE organizaron cursos de formación para estos perfiles, pidieron su opinión sobre la eficacia de los materiales publicados

y, posteriormente, introdujeron cambios basados en sus aportaciones. Además, informaron de que las autoridades sanitarias locales también se pusieron en contacto directamente con ellos para informarles sobre la situación sanitaria de las localidades, y que mantendrán la relación con el funcionariado local después del proyecto.

10. Conocimos a muchas personas que ahora consideran los problemas de salud mental como enfermedades "normales". Basándose principalmente en la (1) motivación y (2) la ubicación accesible (cercana) de cada CAP, los familiares directos llevaron a las personas que necesitaban atención de salud mental al CAP de Cham Mishko. La motivación y las mejoras observables tras la consulta y tratamiento contribuyeron a abrir un espacio en la comunidad para hablar de los problemas de salud mental de forma neutral. La comunidad yazidí en su conjunto ha sufrido la violencia armada y el desplazamiento, son supervivientes de crímenes atroces contra la humanidad. Por lo tanto, hablar de los problemas psicosociales a nivel comunitario en un entorno seguro contribuyó a aliviar el estrés colectivo. Sin embargo, aún queda mucho camino por recorrer.
11. Nos reunimos con algunas mujeres que obtuvieron servicios de salud mental en los centros. Las mujeres refirieron que se encontraban en perpetua tristeza y dolor. Cuando hablaron del problema con el personal médico de los CAP y utilizaron los medicamentos recetados, su situación empezó a mejorar. Sin embargo, no les gustaba la larga duración del tratamiento.
12. Los informes EWARN proporcionaron regularmente información sobre las enfermedad infecto-contagiosas en las zonas de intervención. Los CAP recibieron varias alertas de EWARN. Los avisos eran generales y útiles. "A menudo utilizamos la información de la EWARN para reforzar nuestros argumentos para obtener un mayor apoyo de las autoridades sanitarias locales" (ID_111, 2022).
13. Durante la investigación de la evaluación, fue fácil localizar personas que acudieron a los CAP. Nos pareció que la cobertura de los servicios sanitarios era amplia y completa. Las mujeres nos dijeron que antes ignoraban los problemas de salud, pero que la disponibilidad de los CAP en las cercanías les facilitaba acudir a ellos. La amplia cobertura también se debe en parte a las pruebas de laboratorio, la disponibilidad de medicamentos de buena calidad y el comportamiento acogedor del personal de los CAP. La normalización de la salud sexual y reproductiva entre la población usuaria también es un punto destacable de nuestras entrevistas.

14. Los y las doctoras, y el personal de apoyo sociosanitario dijeron que el trabajo había tenido un impacto en su vida personal, y que luchaban por lograr el equilibrio entre el trabajo y la vida privada. Las largas jornadas de trabajo y el compromiso emocional con la población titular de derechos son características compartidas de la cultura laboral en los dos CAP.
15. Casi todas las personas mencionaron que su estado de salud había mejorado gracias a los servicios sanitarios de los CAP. La población también elogió la calidad de los medicamentos. En las conversaciones con las figuras comunitarias de mayor relevancia, no encontramos ni una sola queja o preocupación en relación al personal, el servicio o las instalaciones sanitarias.
16. FM y HEEVIE también aseguraron la visibilidad del donante, y las comunidades locales, las personas influyentes y las autoridades locales supieron que la Cooperación Española donaba fondos para los servicios sanitarios. El proyecto promovió una imagen positiva de la AECID.
17. El personal prestaba los servicios sanitarios sin pagar ni pedir favores a la población meta, salvaguardando una transparencia y profesionalidad exquisitas. Además, ofrecían una cobertura universal, y cualquier persona que se presentara en el centro para ser atendida por las profesionales sanitarias recibía los servicios (por ejemplo, consulta, pruebas, medicamentos, etc.) sin distinción ni discriminación por motivo alguno.
18. La población alabó el servicio de derivación del CAP de Cham Mishko. Sin embargo, también dijeron que algunas derivaciones externas solo podían ser satisfechas en centros privados. No pudimos averiguar cuántas personas derivadas externamente completaron el ciclo de tratamiento.
19. Todas las personas con las que hablamos en la comunidad se mostraron satisfechas con la calidad de los servicios de los CAP de Bozan y Cham Mishko. Algunas personas también solicitaron el incremento en la capacidad asistencial de Cham Mishko para reducir las derivaciones a otros hospitales.

4.4 Impacto

El impacto es la diferencia en la vida de las personas por causa directa del proyecto. La duración del proyecto fue de un año y tres meses siendo el contexto era puramente humanitario. Por lo tanto, también tratamos de identificar lo que habría sucedido si las intervenciones del proyecto no hubieran tenido lugar, con el fin de

demostrar el impacto del proyecto en la vida de las personas. Nuestras principales conclusiones son las siguientes:

1. Durante la pandemia de COVID-19, la población recibió mensajes de promoción de la salud armonizados con las autoridades locales, adaptados al contexto y culturalmente adecuados. No podemos atribuir con seguridad la alta concienciación de la población a la intervención del proyecto dado el número de organizaciones presentes en la zona de intervención. Hemos identificado ejemplos en los que las redes comunitarias desempeñaron un papel decisivo para mitigar el impacto negativo de las noticias falsas y los rumores, lideradas por el personal comunitario del proyecto y figuras comunitarias de relevancia como *Moukhtars* y *Sheikhs*.
2. FM y HEEVIE ejecutaron el proyecto con coherencia interna e identidad compartida, ya que la mayoría de la población meta pertenecía a la comunidad yazidí. El proyecto movilizó el sentimiento comunitario para la acción social conjunta (por ejemplo, una campaña de limpieza en torno a los residuos sólidos, el lavado frecuente de las manos con jabón, etc.). Sin embargo, el proyecto carecía de una visión a largo plazo y no organizó a la población en estructuras comunitarias autosostenibles.
3. No hubo ninguna infección relacionada con el COVID-19 entre el personal comunitario, ya que siguieron los protocolos y utilizaron el material que se les proporcionó máscaras, desinfectantes, equipos, etc.
4. El proyecto sensibilizó a la población sobre los problemas relacionados con la salud mental, integrándola en el paquete de atención primaria. El resultado fue una mayor aceptación social y una mayor apertura a las afecciones relacionadas con la salud mental. Sin embargo, para parte de la población sigue siendo un reto enfrentarse a los incidentes de salud mental en sus unidades de convivencia.
5. El flujo continuo de personas usuarias, las visitas de seguimiento y el compromiso constructivo del personal, son signos positivos de la confianza de la población en la calidad de la atención médica, los medicamentos disponibles y otros servicios de atención primaria. FM y HEEVIE lograron establecer relaciones de confianza con las comunidades locales.
6. El proyecto promovió una narrativa basada en los derechos humanos entre la población meta. No encontramos ejemplos en los que la población se organizara y exigiera activamente sus derechos sanitarios al gobierno. Sin embargo, este

es un efecto de medio plazo y consideramos que el proyecto inició un camino sin retorno en el conocimiento y la rendición de cuentas de las autoridades locales hacia la población titular de derechos.

7. También podemos atribuir al proyecto el cambio en la aceptación social de las enfermedades mentales a nivel familiar y comunitario. La integración de los servicios del MHPSS con la atención primaria de salud hizo posible que las unidades de convivencia de Cham Mishko recomendasen a sus familiares para recibir tratamiento médico de salud mental.

También planteamos a la población una pregunta hipotética: "¿Qué habría pasado si no existiera el proyecto?". La pregunta generó debates interesantes entre los diferentes participantes del grupo de discusión. Los puntos clave que surgieron son los siguientes:

1. Las personas tendrían que ir a otros lugares para recibir atención médica incurriendo en gastos de viaje, medicamentos y tiempo para la atención. Por lo tanto, la población desplazada interna, la población retornada y la población local habrían llevado sólo a las personas jóvenes y productivas (principalmente hombres) endeudándose de ser necesario. Era improbable que se llevaran a las mujeres, las personas mayores, las personas con alguna discapacidad o las personas con afecciones relacionadas con la salud mental. El proyecto atendió a las categorías sociales vulnerables y redujo la carga financiera y de cuidados de las familias. "¿Cómo se puede poner un valor a la salud? No se puede describir adecuadamente el dolor de familiares cuyos seres queridos están enfermos y no tienen recursos, conexiones o centros de salud donde ser atendidos. ¿Se puede monetizar el dolor y la impotencia?" (ID_116, 2022).
2. Las autoridades sanitarias locales se esforzaron por establecer y hacer funcionar los centros de atención. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, no pudieron conseguir los recursos financieros y técnicos necesarios. FM y HEEVIE ayudaron a las autoridades públicas a poner en funcionamiento los servicios sanitarios públicos con las infraestructuras adecuadas. Se prevé que una vez finalizado el apoyo externo, sea asequible para las autoridades mantener los centros en funcionamiento, ya que el proyecto había pagado los costes de puesta en marcha y ha roto la inercia de la disfuncionalidad, empoderando a la población titular de derechos para reclamar el cumplimiento de los DDHH.
3. Durante la pandemia de COVID-19, los centros ayudaron a las autoridades gubernamentales a transmitir información auténtica a la población y a

contrarrestar las noticias falsas. Esto no habría sido posible en ausencia de los centros funcionales.

5.0 Recomendaciones para FM y HEEVIE

Las recomendaciones descritas a continuación no tienen un orden de importancia ni de clasificación:

1. El proyecto mantenía un excelente registro de la población usuaria. Sin embargo, el personal guardaba la información manualmente en las hojas de cálculo. Preparar los informes era una tarea ardua para el equipo, y las hojas de cálculo tienen sus límites. Recomendamos invertir en una aplicación de software de gestión de pacientes en línea y de código abierto que incluya un menú completo de servicios de atención primaria que las ONGs puedan adaptar según sus necesidades. La aplicación mejorará enormemente la documentación y el seguimiento en el ejercicio de la Atención en Salud Primaria y el estado epidemiológico de la comunidad. Sigue siendo una laguna estratégica en el sector sanitario humanitario a nivel mundial. FM podría convertirse en un líder en la definición de pasos de calidad, invirtiendo en una plataforma de código abierto y accesible para los servicios sanitarios.

Por ejemplo, la "caja de herramientas KoBo" ofrece una plataforma para que el sector no lucrativo maneje datos cuantitativos (y, hasta cierto punto, cualitativos). La forma de la placa en línea puede evolucionar y añadir gradualmente módulos según las necesidades de las agencias humanitarias sin ánimo de lucro. Sugerimos comenzar la plataforma con módulos sobre (1) gestión de registros de pacientes, (2) registros de medicamentos y otros suministros, (3) pruebas de laboratorio y aportaciones de material de la organización sanitaria (por ejemplo, prótesis, etc.) y (4) interacción con la comunidad y retroalimentación. FM y HEEVE también podrían integrar módulos de gestión financiera, de recursos humanos y de gestión de inventarios en fases posteriores.

2. HEEVIE puede considerar la posibilidad de establecer una serie de Notas de Orientación Técnica para diversas intervenciones sanitarias en el contexto de Iraq. Esto ayudará a HEEVIE a actuar rápidamente en momentos de emergencia.
3. FM puede considerar la posibilidad de preparar una serie de Notas de Orientación Técnica sobre la calidad de las iniciativas de atención primaria de salud desde una perspectiva global. El público objetivo puede ser principalmente

el personal de primera línea de las ONG locales asociadas, los funcionarios gubernamentales, etc.

4. HEEVIE puede considerar la posibilidad de elaborar materiales de iniciación relacionados con el uso del EBDH en el sector sanitario para el nuevo personal en futuros proyectos. HEEVIE debería utilizar materiales adaptados al contexto iraquí (por ejemplo, en árabe y kurdo) para maximizar el resultado de la actividad.
5. FM y HEEVIE llevaron a cabo un análisis DAFO al principio del proyecto y utilizaron los resultados en la planificación y ejecución del mismo. Se trata de una buena iniciativa por parte del responsable geográfico. FM puede considerar la posibilidad de institucionalizarlo al inicio de cada intervención, proporcionando una herramienta de análisis que permita una ejecución más pertinente e integrada en el contexto.
6. FM y HEEVIE mantuvieron la disponibilidad de los medicamentos y otros suministros sin problemas. Sugerimos que las organizaciones preparen una nota de orientación técnica basada en las lecciones aprendidas y las mejores prácticas de la ejecución del proyecto. La nota técnica ayudará a ambas organizaciones a seguir una lista de verificación de acciones para garantizar el establecimiento de una cadena de suministro de medicamentos fiable.
7. Nuestra revisión descubre que la carga de las infecciones respiratorias, a menudo importantes en entornos cotidianos, aumenta considerablemente en las emergencias humanitarias. Este patrón es consistente en todas las regiones y en catástrofes naturales o provocadas por el hombre. Recomendamos que FM y HEEVIE incluyan la prevención de las infecciones respiratorias (por ejemplo, la promoción de la concienciación, la vacunación, etc.) y el control entre menores y personas mayores como actividades prioritarias en las crisis humanitarias.
8. Al diseñar las campañas de concienciación sobre salud e higiene, FM y HEEVIE pueden considerar la posibilidad de integrar una distribución general de jabón y otros materiales de higiene (basándose en la recomendación del subclúster de salud) con la entrega de mensajes de concienciación. Se trata de una actividad de bajo coste y gran impacto. Además, los futuros proyectos deberían contar con más actividades lúdicas en la comunidad para difundir mensajes de salud e higiene (por ejemplo, sesiones de demostración de lavado de manos, partidos de fútbol etc.).

9. Recomendamos que FM y HEEVIE mejoren el componente de divulgación comunitaria en futuros proyectos sanitarios. Recomendamos que se proporcione un plan de participación, organización social y movilización de la comunidad durante la fase de planificación. El éxito de los servicios de atención primaria depende de la participación y el compromiso de la comunidad en el diseño, seguimiento y ejecución del proyecto. Aunque HEEVIE y FM se comprometieron con las comunidades, los recursos (especialmente los recursos humanos y la movilidad/transporte) asignados a la divulgación comunitaria fueron insuficientes, si bien tenemos en cuenta los fondos limitados del proyecto.
10. Puede resultar complicado que FM y HEEVIE no pongan un buzón de quejas o instalen una línea telefónica de reclamaciones en futuros proyectos. Los donantes exigen que las organizaciones ejecutoras pongan esos sistemas, y FM y HEEVIE tiene que seguir haciéndolo en los próximos años. Sin embargo, estas, dada la baja participación de la población, se han demostrado como formas ineficaces de obtener información o de fomentar la participación en el contexto de intervención. HEEVIE y FM deben mantener la práctica de llamar a la población al azar mensualmente y de realizar visitas de campo en futuros proyectos, demostrándose como una buena iniciativa que garantiza la participación de la población usuaria. Pueden considerar (1) la instalación de un dispositivo de encuesta con cara sonriente a la salida de los CAP o (2) el envío automático de mensajes de audio de WhatsApp (o una aplicación de mensajes de texto popular en el contexto local) desde la cuenta corporativa a la población usuaria del servicio con una solicitud de retroalimentación y sugerencias.
11. Los centros de salud pública no prestaban servicios de vacunación por varias razones válidas. Recomendamos que, en futuros proyectos, FM y HEEVIE asignen recursos y se esfuercen por proporcionar las vacunas esenciales para (al menos) las madres embarazadas y los recién nacidos según las directrices pertinentes de la estrategia nacional de salud (o las directrices de los grupos temáticos de la ONU para contextos frágiles como Sudán del Sur, Iraq, etc.).
12. FM y HEEVIE se dedicaron a seguir los mecanismos de coordinación establecidos y acordados entre ambas organizaciones. Cabe destacar que, al alinearse con la esfera humanitaria, FM y HEEVIE perdieron oportunidades de conectar las iniciativas del proyecto con el desarrollo de programas a medio y largo plazo y de aprovechar la financiación de diferentes fuentes para un programa de salud primaria integrado plurianual. No es demasiado tarde. Sugerimos que FM y HEEVIE puedan asignar recursos para el desarrollo de programas basándose en las inversiones y la finalidad del proyecto (antes de que las relaciones se disipen).

- 13.El proyecto proporcionó una base excelente para que FM y HEEVIE desarrollaran un programa quinquenal integrado de atención primaria de salud en Iraq. Si FM no presenta las propuestas y planes de financiación de seguimiento, las partes interesadas se "olvidarán" de la organización. Mientras tanto, HEEVIE se esforzará por pasar a la siguiente fuente de financiación para mantenerse a flote. Recomendamos iniciar actividades de bajo coste (por ejemplo, sesiones de concienciación de la comunidad, etc.) en colaboración con HEEVIE para llenar el vacío hasta que hayan desarrollado conjuntamente una propuesta apta para los donantes (y obtenido la potencial financiación).
- 14.FM cuenta con directrices de procedimiento. Además de estas directrices, FM puede elaborar un documento de posición política "genérica" sobre la ejecución de proyectos sanitarios en el contexto humanitario. En nuestra opinión, el compromiso a nivel político da resultados rápidos, especialmente al principio de la emergencia, cuando los donantes y los gobiernos están abiertos a las sugerencias y tienen una mayor voluntad para actuar.
- 15.FM puede aportar un valor añadido estableciendo vínculos con las instituciones locales y nacionales, manteniéndolos con independencia de la financiación del proyecto para una respuesta humanitaria eficaz. El reto consiste en llevar las relaciones más allá de la financiación y hacer que FM sea una organización legítima que hable en nombre de las comunidades afectadas por las catástrofes en todo el mundo. Por lo tanto, FM puede invertir recursos (fondos y tiempo del personal) en mantener un diálogo político permanente con la UE en Bruselas y con el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación de España.
- 16.FM y HEEVIE tienen la oportunidad de comprometerse con el cuerpo legislador iraquí para reclamar una nueva ley de atención primaria de salud a la luz de los artículos 30 y 31 (Sección II) de la constitución iraquí. El Ministerio de Sanidad ya ha completado el trabajo de base con la aplicación del BHSP con la ayuda de la ONU, y FM puede encajar fácilmente mediante el apoyo técnico y la colaboración con el Ministerio de Sanidad.
- 17.FM y HEEVIE pueden sugerir al Gobierno que aumente la matriculación de estudiantes de minorías religiosas y étnicas (por ejemplo, yazidíes, cristianos, etc.) en las universidades de medicina. A largo plazo, ello redundará en la disponibilidad de médicos dentro de la comunidad.

18. El argumento a favor de la privatización de los servicios sanitarios está aflorando en Iraq. FM y HEEVIE pueden estar atentos a los últimos acontecimientos y deberían desarrollar su posición política sobre la privatización de los servicios sanitarios, siendo participantes actualmente dentro del sistema sanitario público.
19. El proyecto se inició en el contexto de la pandemia de COVID-19, convirtiendo en inviable la apertura de una oficina en el país. Farmamundi puso los recursos necesarios para el seguimiento en distancia del proyecto y, si bien, FM no tenía un coordinador de proyecto en Iraq, la organización envió varias veces al personal responsable de la implementación (cinco misiones) que trabajaron aproximadamente tres meses en visitas sobre el terreno durante la ejecución del proyecto. La ausencia de personal de FM destinado permanentemente sobre el terreno proporcionó un espacio a HEEVIE, y su dirección se sintió responsable en la toma de decisiones, aplicando el conocimiento del contexto local. Como equipo de evaluación, creemos que el resultado de todo ello fue positivo y contribuyó a reforzar las capacidades locales, como indica Grand Bargain (IASC, 2016).

Recomendamos que FM continúe con la práctica de no abrir su oficina en el marco de sus proyectos en Iraq, ya que el contexto y la relación con la socia local lo permite, pudiendo no ser extensible esta recomendación a otros contextos de trabajo humanitario. Aplica lo mismo para la estrategia de destinar personal de forma permanente en futuros proyectos, a menos que los donantes exijan dicha presencia (por ejemplo, ECHO puede pedir insistentemente un gestor de proyectos expatriado basado en terreno, etc.), las socias locales tengan graves carencias de capacidad o el riesgo financiero sea elevado. HEEVIE y FM han demostrado sobrada capacidad para gestionar un proyecto siguiendo esta metodología de trabajo.

20. HEEVIE era responsable del personal local del proyecto. Por lo tanto, recomendamos que HEEVIE considere la posibilidad de invertir recursos para mejorar la salud emocional y el bienestar del personal en futuros proyectos dado el tenso contexto de intervención.
21. FM siguió varias buenas prácticas al seleccionar a HEEVIE como socia local. Sugerimos que se institucionalice el proceso de selección de las ONG locales formulando una "Estrategia de Gestión de Asociaciones Locales" y poniendo en marcha un "Manual de Instrucciones para la Gestión de Asociaciones Locales."
22. La AECID ha elaborado documentos y notas de orientación relacionados con el sector sanitario. Se trata de documentos excelentes que pueden ayudar a que

las operaciones sean muy eficaces. FM compartió los documentos con el equipo de HEEVIE. Sin embargo, también recomendamos que FM prepare un curso de iniciación para las socias locales (en inglés y en otros idiomas como el árabe o el kurdo, según proceda) basado en la dirección estratégica y los cumplimientos de la AECID. En futuros proyectos con financiación de la AECID, recomendamos que FM considere ofrecer un curso de formación al personal de las socias. Aumentará el vocabulario compartido, la comprensión y la visibilidad sobre la asistencia financiera y técnica española.

23. FM también puede considerar solicitar y facilitar la visita de la AECID a las zonas del proyecto. Las visitas de los donantes pueden ayudar a comprometerse con la siguiente fase del proyecto.

Bibliografía

- AECID. (2020). Solicitud de Proyectos de Acción Humanitaria (Código del expediente: 2020/ACHU/000135). *Convocatoria de subvenciones para acciones de cooperación al desarrollo para la ejecución de proyectos humanitarios 2020*. Madrid, España: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Al-Shamsi, M. (2017, 25 de febrero). La educación médica en Iraq: problemas y desafíos. (D. M. Tavakol, Ed.) *International Journal of Medical Education*, 8, 88-90. doi:10.5116/ijme.58b1.c927
- Arraf, J. (2020, 3 de diciembre). La vida después del ISIS: The Struggle And Survival Of Yazidis. *With No Options, Displaced Iraqi Yazidis Return To Homes Destroyed In ISIS Fight*. (E. Chapin, Ed.) Washington, D.C., Washington, USA: National Public Radio. Extraído el 15 de julio de 2022, de <https://www.npr.org/2020/12/03/941976085/with-no-options-displaced-iraqi-yazidis-return-to-homes-destroyed-in-isis-fight>
- Babatunde Osotimehin (2015). *Normas mínimas para la prevención y respuesta a la violencia de género en situaciones de emergencia*. Nueva York, Nueva York, EE.UU.: Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población. Obtenido el 15 de junio de 2022, de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBVIE.Minimum.Standards.Publication.FINAL_.ENG_.pdf
- Borton, J., Mitchell, J., Orzel, S., Robertson, K., & Russo, G. (2006). *Evaluating Humanitarian action using the OECD-DAC Criteria: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies*. Londres, Reino Unido: Overseas Development Institute. Obtenido el 9 de julio de 2022, de <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/eha-2006.pdf>
- Donabedian, A. (1990, 3 de marzo). Los siete pilares de la calidad. (A. C. Borczuk, Ed.) *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115-1118. Recuperado el 15 de junio de 2022
- Dr. Salih Al-Hasnawi. (2010). *A Basic Health Services Package for Iraq*. Bagdad, Bagdad, Iraq: Ministerio de Sanidad y Medio Ambiente. Obtenido el 20 de junio de 2022, de <https://reliefweb.int/attachments/936f7df3-7615-3605-8f4f-bf066db47ef0/EPHS-Iraq.pdf>
- Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico. (2019). Caja de herramientas de protección social. *Marco legal de Iraq para el derecho a la atención sanitaria*. Bangkok, Tailandia. Obtenido el 15 de julio de 2022, de <https://www.socialprotection-toolbox.org/practice/iraqs-legal-framework-right-health-care>

- Fuccaro, N. (1999, abril). Comunalismo y Estado en Iraq: The Yazidi Kurds, c.1869-1940. (S. Kelly, & H. Kedourie, Eds.) *Middle Eastern Studies*, 35(2), 1-26. Recuperado el 15 de junio de 2022
- Grupo temático de protección global. (2017). *Nota de orientación sobre los kits de dignidad*. Gaziantep: Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población.
- IASC. (2016). *The Grand Bargain-A Shared Commitment to Better Serve People in Need*. Estambul: Comité Permanente entre Organismos. Obtenido el 23 de julio de 2022, de https://interagencystandingcommittee.org/system/files/grand_bargain_final_22_may_final-2_0.pdf
- ID_111. (2022, 12 de mayo). Entrevista a un informante clave. (O. Habash, entrevistador)
- ID_112. (2022, 11 de mayo). Entrevista a un informante clave. (A. A. Aziz, entrevistador)
- ID_116. (2022, 11 de mayo). Grupo de discusión. (A. A. Aziz, & O. Habash, entrevistadores)
- ID_666. (2022, 22 de mayo). Entrevista a un informante clave. (A. A. Aziz, entrevistador)
- Martín, D. L., Estébanez, P. E., Ortiz, M. C., Jiménez, A. L., Galán, S., García, B., y Sánchez, J. O. (2013). *Guía operativa para la respuesta directa de salud en catástrofes* (Primera edición ed.). Madrid, Madrid Provincia, España: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Ruedas, M. (2020). *Plan de Respuesta Humanitaria Iraq 2020*. Naciones Unidas. Bagdad: Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios. Recuperado el 15 de junio de 2022
- Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. (2018). *Estrategia humanitaria para Siria e Iraq*. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores. Recuperado el 15 de junio de 2022
- Statistics Times. (2021, 11 de diciembre). Proporción de género en el mundo. Delhi, India.
- El Gobierno de Iraq. (1981, 17 de agosto). Public Health Law No. 89. *Ley de Salud Pública nº 89*, 21. Bagdad, Bagdad, Iraq: Consejo de Ministros, Gobierno de Iraq. Recuperado el 15 de mayo de 2022, de <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/irq149622.pdf>
- La República de Iraq. (2005). Artículos 30 y 31 (Sección Segunda: Derechos y Libertades). En *The Constitution of the Republic of Iraq* (p. 41). Bagdad, Bagdad, Iraq: Consejo de Representantes. Recuperado el 25 de junio de 2022, de https://www.constituteproject.org/constitution/Iraq_2005.pdf?lang=en

La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. (2018). *V Plan Director de la Cooperación Española (2018-2021)*. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores de España. Recuperado el 15 de junio de 2022, de <https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Planificaci%C3%B3n/PD%202018-2021.pdf>

Zoonen, D. v., & Wirya, K. (2017). *Los yazidíes: percepciones de la reconciliación y el conflicto*. Erbil, Región del Kurdistan de Iraq, Iraq: Instituto de Investigación de Oriente Medio. Recuperado el 11 de julio de 2022, de <https://www.usip.org/sites/default/files/Yazidis-Perceptions-of-Reconciliation-and-Conflict-Report.pdf>

Anexos