



INFORME DE EVALUACIÓN

# Protegiendo la Dignidad de las Personas Refugiadas en Uganda

*Respuesta a la violencia sexual y de género como violación de los derechos humanos y problema de salud pública*

Demesne Advisory and Resource Enhancement (DAREN) Consult

Mayo, 2026



## Resumen Ejecutivo

Este informe presenta los hallazgos de la evaluación externa final del proyecto “Protegiendo la Dignidad de las Personas Refugiadas en Uganda: Respuesta a la Violencia Sexual y de Género como Violación de los Derechos Humanos y Problema de Salud Pública”, implementado por Farmamundi en colaboración con Africa Humanitarian Action (AHA) y Emesco Development Foundation con financiación del Gobierno Vasco. El proyecto se implementó en tres contextos de refugio distintos en Uganda, Kampala (refugiados urbanos), asentamiento de refugiados de Kyaka II y asentamientos de refugiados de Adjumani, con el objetivo general de mejorar la salud y la salud sexual y reproductiva de las poblaciones refugiadas abordando la violencia sexual y de género (VSG) a través de un enfoque integrado, basado en los derechos y centrado en los supervivientes.

La evaluación adoptó una metodología de métodos mixtos que combinó la revisión documental, el análisis comparativo de conjuntos de datos de referencia (baseline) y finales (endline), entrevistas a informantes clave (KII), grupos de discusión (FGD) y datos rutinarios de seguimiento del proyecto. La evaluación se guio por los criterios de evaluación del CAD de la OCDE de relevancia, coherencia, eficacia, eficiencia, impacto, sostenibilidad y cobertura, examinando asimismo los principios humanitarios, incluidos la participación, la rendición de cuentas, la igualdad de género, la localización, los derechos humanos, la sensibilidad al conflicto y el principio de “No hacer daño” (Do No Harm).

En general, la evaluación concluye que el proyecto fue altamente relevante, ampliamente eficaz, implementado de manera eficiente y generó resultados positivos significativos para las poblaciones refugiadas y las instituciones que las atienden. La intervención respondió directamente a necesidades críticas de salud y protección dentro de la respuesta a los refugiados en Uganda mediante la integración de la atención primaria de salud, la salud sexual y reproductiva (SSR), la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS), la prevención y respuesta a la violencia de género, el compromiso comunitario y los mecanismos de rendición de cuentas en un modelo de programa coherente. Su diseño reflejó las diferentes realidades de los refugiados urbanos en Kampala y de las poblaciones asentadas en Kyaka II y Adjumani, lo que permitió que las actividades siguieran respondiendo a los desafíos específicos de cada contexto operativo.

El proyecto alcanzó sustancialmente su Objetivo Específico. El acceso a los servicios sanitarios esenciales mejoró mediante el suministro de medicamentos, el fortalecimiento de los centros de salud, los servicios



móviles de extensión y el apoyo a las derivaciones para atención especializada. Más del doble del número previsto de personas refugiadas recibió atención médica y medicamentos esenciales, mientras que las derivaciones para servicios de diagnóstico avanzado y especialistas superaron los objetivos del proyecto. La intervención también reforzó el manejo clínico de los supervivientes de VSG, amplió el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, y reforzó las rutas de derivación que vinculan la comunidad con los centros de atención primaria y terciaria. Los hallazgos iniciales y finales demuestran además mejoras en la utilización de la atención sanitaria, reducciones en las barreras financieras para la atención dentro de los asentamientos, un mayor uso de los proveedores de servicios comunitarios y un mejor acceso al tratamiento en las instalaciones apoyadas.

Más allá de la prestación de servicios, el proyecto fortaleció con éxito los sistemas comunitarios y la capacidad institucional. Los Equipos de Salud de las Aldeas, los líderes comunitarios, los trabajadores sanitarios y las instituciones locales recibieron formación técnica que mejoró su capacidad para prevenir, identificar, derivar y responder a la VSG y a los problemas de salud relacionados. Las actividades de sensibilización comunitaria aumentaron significativamente el conocimiento sobre los derechos sanitarios, los servicios disponibles, las rutas de derivación y la igualdad de género, al tiempo que contribuyeron a la reducción del estigma en torno a la salud mental y la violencia de género. La participación de las personas refugiadas se fortaleció a través de comités comunitarios, plataformas de diálogo, mecanismos de rendición de cuentas y sistemas de retroalimentación que promovieron la transparencia, la capacidad de respuesta y una mayor apropiación de las intervenciones.

Uno de los mayores puntos fuertes del proyecto fue su modelo de implementación integrado, que reconoció que los resultados de salud de los refugiados son inseparables de la protección, el bienestar psicosocial, la igualdad de género y el empoderamiento comunitario. En lugar de tratar la VSG únicamente como una cuestión de protección, el proyecto la abordó simultáneamente como un problema de salud pública que requiere respuestas coordinadas a nivel clínico, psicosocial, legal y comunitario. Este modelo holístico creó múltiples puntos de entrada para que los refugiados vulnerables accedieran a la atención, al tiempo que fortaleció la colaboración entre las instituciones gubernamentales, los socios humanitarios y las estructuras lideradas por refugiados.

La evaluación constató que el proyecto demostró una gran eficiencia al maximizar los recursos disponibles mediante asociaciones con centros de salud pública, gobiernos locales, estructuras de refugiados y mecanismos



de coordinación humanitaria. Se fortalecieron los sistemas existentes en lugar de duplicarlos, lo que permitió que la intervención lograra resultados muy por encima de varios objetivos previstos, al tiempo que se reforzaba la apropiación institucional. La colaboración con el Ministerio de Salud, la Oficina del Primer Ministro, la Autoridad de la Ciudad Capital de Kampala, los gobiernos locales de distrito y otras partes interesadas mejoró la calidad de la implementación y contribuyó a una mejor coordinación en los sectores de salud y protección.

Las evidencias también indican que el proyecto generó impactos importantes a largo plazo que van más allá de la prestación inmediata de servicios. La intervención fortaleció las capacidades institucionales, mejoró la coordinación entre los actores de salud y protección, aumentó la resiliencia comunitaria, amplió la rendición de cuentas ante las poblaciones afectadas y estableció sistemas más sólidos de derivación y apoyo a los supervivientes. Se espera que muchas de las habilidades, estructuras y asociaciones desarrolladas durante la implementación sigan beneficiando a las poblaciones refugiadas más allá del periodo del proyecto.

No obstante, la evaluación identifica varias limitaciones estructurales que continúan afectando a los resultados de salud y protección de los refugiados. La escasez persistente de medicamentos dentro del sistema de salud en general, la creciente demanda de atención especializada, las barreras de transporte, las limitaciones financieras entre los refugiados urbanos, las necesidades de gestión de enfermedades crónicas, el estigma de la salud mental y la dependencia de la financiación humanitaria externa siguen siendo desafíos significativos. Si bien el proyecto mitigó muchas de estas limitaciones, estas requieren una inversión continua y un mayor compromiso del gobierno y de los socios para mantener y ampliar los logros.

En general, la evaluación encontró que el proyecto demostró con éxito el valor de ofrecer intervenciones de salud y protección como un paquete integrado en lugar de como componentes de programa separados. Al reunir la atención primaria de salud, la salud sexual y reproductiva, la salud mental y el apoyo psicosocial, la prevención y respuesta a la violencia de género, el compromiso comunitario y los mecanismos de rendición de cuentas, la intervención abordó los múltiples y complejos desafíos interconectados que enfrentan las poblaciones refugiadas en Kampala, Kyaka II y Adjumani. Aunque persisten importantes limitaciones a nivel de sistema, el proyecto fortaleció las estructuras sanitarias y comunitarias existentes, mejoró el acceso a los servicios y reforzó la colaboración entre las instituciones gubernamentales, los socios humanitarios y las comunidades de refugiados. La experiencia y las lecciones generadas a



través de la implementación ofrecen una guía práctica para el diseño de futuros programas que busquen mejorar los resultados de salud y protección para los refugiados en Uganda.



# Índice

<b>Resumen Ejecutivo.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>7</b>
1.1. Antecedentes del proyecto.....	7
1.2. Contexto de los refugiados en Uganda.....	9
1.3. Descripción general de las áreas de intervención (Kyaka II, Kampala, Adjumani).....	11
1.4. Objetivos de la evaluación.....	13
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos.....	13
Propósito de la Evaluación.....	14
<b>2. Descripción de la Intervención.....</b>	<b>15</b>
2.1. Justificación del proyecto.....	15
2.2. Objetivo Específico (OE).....	16
2.3. Resultados (R1–R4).....	16
Resultado 1 (R1): Mejora del acceso a servicios de salud de calidad.....	16
Resultado 2 (R2): Fortalecimiento de las capacidades comunitarias para la prevención y respuesta a la VG.....	17
Resultado 3 (R3): Aumento de la sensibilización y la incidencia en temas de refugiados y VG.....	17
Resultado 4 (R4): Fortalecimiento de los mecanismos de participación y rendición de cuentas.....	17
Vínculo con el Objetivo Específico.....	17
2.4. Componentes clave (SDSR, SMAPS, VG, sistemas comunitarios, AAP).....	18
2.5. Teoría del cambio.....	19
<b>3. Metodología.....</b>	<b>21</b>
3.1. Enfoque de la evaluación (métodos mixtos, participativo, basado en la teoría).....	21
3.2. Criterios de evaluación.....	21
3.3. Fuentes de datos y métodos de recopilación.....	21
Revisión documental.....	21
Entrevistas a informantes clave (KII).....	22
Grupos focales de discusión (FGD).....	22
3.4. Estrategia de muestreo.....	23
3.5. Análisis de datos.....	23
3.6. Consideraciones éticas.....	23
3.7. Limitaciones de la evaluación.....	24
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
4.1. Cumplimiento de los objetivos.....	26
4.2. Logro de los resultados y efectos previstos.....	30



<b>5. Hallazgos según los criterios de evaluación.....</b>	<b>74</b>
5.1. <i>Relevancia (Adecuación y relevancia).....</i>	75
5.2. <i>Eficacia.....</i>	77
R1 – Servicios de salud (SDSR, Salud mental y apoyo psicosocial, Respuesta a la VBG).....	84
R2 – Capacidad comunitaria y prevención de la VBG.....	84
R3 – Sensibilización e incidencia política.....	84
R4 – Participación y rendición de cuentas (AAP).....	84
Logro del objetivo específico.....	85
Diferencias entre ubicaciones.....	85
Contribución de los socios.....	85
5.3. <i>5.3 Eficiencia.....</i>	86
Uso de los recursos financieros.....	86
Puntualidad en la ejecución.....	86
Uso de los sistemas existentes.....	86
Rentabilidad.....	86
Eficiencia de la coordinación.....	87
5.4. <i>5.4 Impacto.....</i>	87
Cambios en el acceso a la salud y en los resultados.....	87
Cambios en la respuesta y notificación de la VBG.....	87
Cambios en el comportamiento y la sensibilización comunitaria.....	88
Cambios en la capacidad institucional.....	88
Efectos previstos frente a efectos no previstos.....	88
Diferencias entre ubicaciones y contribución frente a atribución.....	88
5.5. <i>5.5 Sostenibilidad (Viabilidad).....</i>	88
Apropiación institucional.....	88
Apropiación comunitaria.....	89
Continuidad de los servicios.....	89
Sostenibilidad financiera y operativa.....	89
Integración en los sistemas existentes.....	89
5.6. <i>5.6 Conectividad / Coherencia.....</i>	89
Vínculo entre la respuesta humanitaria y el fortalecimiento del sistema.....	90
Alineación con políticas y marcos de trabajo.....	90
Idoneidad de las herramientas, equipos y enfoques.....	90
Continuidad tras el proyecto.....	90
5.7. <i>5.7 Coordinación.....</i>	90
Colaboración dentro del consorcio (Farmamundi, AHA, EMESCO).....	90
Colaboración con el gobierno (MoH, OPM, KCCA, distritos).....	91
Colaboración con otros actores y funcionalidad de los mecanismos.....	91
5.8. <i>5.8 Cobertura.....</i>	91
A quién se llegó.....	91
Equidad en el acceso: género, edad y grupos vulnerables.....	91
Brechas en el alcance.....	91
5.9. <i>5.9 Apropiación y Participación.....</i>	92
Papel de las comunidades como titulares de derechos.....	92
Papel de las instituciones locales.....	92
Funcionalidad de los mecanismos de AAP.....	92



Nivel de participación en la toma de decisiones.....	92
5.10. 5.10 Temas transversales (Análisis integrado).....	92
Género y edad.....	93
Enfoque basado en los derechos humanos (EBDH).....	93
Sensibilidad al conflicto / No causar daño (Do No Harm).....	93
Consideraciones medioambientales.....	93
Inclusión de grupos vulnerables.....	93
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>94</b>
<b>7. Recomendaciones.....</b>	<b>96</b>
5.11. 7.1 Donante (Gobierno Vasco).....	96
5.12. 7.2 Farmamundi (socio líder / coordinador).....	96
5.13. 7.3 Socios ejecutores (AHA y EMESCO).....	97
5.14. 7.4 Gobierno de Uganda (MoH, OPM, KCCA, Oficinas de Salud del Distrito).....	97
5.15. 7.5 Nivel comunitario (comités comunitarios, líderes, VHT, titulares de derechos).....	97
<b>Síntesis consolidada de propuestas de beneficiarios e informantes clave.....</b>	<b>98</b>



## 1. Introducción

### 1.1. Antecedentes del proyecto

Uganda se ha perfilado, a lo largo de las últimas décadas, como uno de los países de acogida de personas refugiadas más importantes del mundo, impulsado por sus políticas progresistas en materia de refugiados y su proximidad geográfica a países que sufren conflictos e inestabilidad prolongados. La política de puertas abiertas del país, consagrada en la Ley de Refugiados (2006) y el Reglamento de Refugiados (2010), ha permitido a las personas refugiadas el acceso a la tierra, a los servicios públicos y a la libertad de movimiento. Si bien este enfoque ha sido ampliamente reconocido como un modelo para la inclusión de los refugiados, ha ejercido simultáneamente una presión considerable sobre unos sistemas nacionales ya limitados, especialmente en los sectores de la salud y la protección.

El proyecto *“Protegiendo la dignidad de las personas refugiadas en Uganda: respondiendo a la violencia sexual y de género como una violación de los derechos humanos y un problema de salud pública”* fue diseñado dentro de este complejo contexto humanitario. Se basó en más de cinco años de colaboración entre Farmacéuticos Mundi (Farmamundi), Africa Humanitarian Action (AHA) y Emesco Development Foundation (EMESCO), organizaciones que habían ejecutado conjuntamente múltiples intervenciones de salud y protección dirigidas a poblaciones refugiadas en Uganda. El proyecto representó una continuación y consolidación de iniciativas anteriores, incorporando las lecciones aprendidas de programas previos para fortalecer tanto la calidad como el alcance de la respuesta humanitaria.

El objetivo de la intervención fue contribuir a la promoción del derecho a la salud y del derecho a vivir con dignidad de las poblaciones refugiadas, haciendo especial hincapié en el abordaje de la violencia sexual y de género (VSG) tanto como una violación de los derechos humanos como una preocupación crítica de salud pública. El proyecto se basó en el reconocimiento de que las vulnerabilidades experimentadas por los refugiados son multidimensionales y se derivan no solo del desplazamiento, sino también de las desigualdades sistémicas, el acceso limitado a los servicios y la exposición a la violencia, especialmente en el caso de las mujeres y las niñas.

La intervención se implementó en tres contextos geográficos distintos: Kampala (urbano), Kyaka II (asentamiento rural) y Adjumani (asentamiento a gran escala en el norte de Uganda), cada uno caracterizado por desafíos demográficos, socioeconómicos y sanitarios únicos. Este enfoque multisitio reflejó el entendimiento de que las experiencias de los refugiados en Uganda no eran homogéneas y que se requerían estrategias personalizadas para abordar las vulnerabilidades específicas tanto de las zonas urbanas como de los asentamientos.

En su esencia, el proyecto se fundamentó en un enfoque integrado y basado en derechos, vinculando la prestación de servicios de salud con la igualdad de género, la protección y el empoderamiento comunitario. No solo pretendía mejorar el acceso a servicios de salud esenciales, sino también fortalecer la capacidad de las comunidades e instituciones para prevenir y responder a la VSG, fomentando al mismo tiempo la rendición de cuentas y la participación de las poblaciones afectadas. Este enfoque se alineó con los estándares humanitarios internacionales, incluido el Core Humanitarian Standard (CHS), y subrayó la importancia de la transparencia, la capacidad de respuesta y la inclusión en la prestación de servicios.

El proyecto se estructuró en torno a un objetivo específico y un conjunto de resultados interconectados dirigidos a mejorar tanto la prestación de servicios como la capacidad sistémica. El objetivo específico se centró en mejorar la salud y la salud sexual y reproductiva (SSR) de las poblaciones refugiadas mediante el abordaje de la VSG a través de una respuesta integral y multisectorial. Esto incluyó la mejora del acceso a los servicios de atención primaria de salud, el fortalecimiento de la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS), la mejora de los sistemas de derivación para la atención especializada y la garantía de que los supervivientes de la violencia recibieran el apoyo médico, psicológico y jurídico adecuado.

Uno de los pilares centrales de la intervención fue la ampliación del acceso a los servicios sanitarios esenciales, especialmente en entornos de refugiados poco atendidos. Antes del proyecto, el acceso a la atención sanitaria se había visto limitado por múltiples barreras, como las largas distancias a los centros de salud, la insuficiencia de suministros médicos, la falta de personal y la elevada demanda derivada de la creciente afluencia de refugiados. El proyecto trató de subsanar estas deficiencias mediante una combinación de servicios en centros de salud y equipos móviles de atención externa, garantizando que tanto la población estática como la de difícil acceso pudieran beneficiarse de las intervenciones sanitarias.

Además de la prestación de servicios de salud, el proyecto puso un énfasis significativo en la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS). Las poblaciones refugiadas se veían a menudo expuestas a experiencias traumáticas, como la violencia relacionada con los conflictos, el desplazamiento y la pérdida de medios de vida, factores todos ellos que contribuían a una elevada carga de afecciones de salud mental. A pesar de ello, los servicios de salud mental en muchos entornos humanitarios seguían siendo limitados. El proyecto abordó esta carencia integrando el apoyo psicosocial en los servicios de atención primaria de salud y desplegando equipos móviles para proporcionar apoyo comunitario, aumentando así tanto la disponibilidad como la accesibilidad de la atención.

Otro componente de la intervención fue el fortalecimiento de los sistemas de derivación para garantizar que los refugiados que requirieran servicios médicos especializados pudieran acceder a una atención adecuada en centros de nivel superior, incluidos los hospitales nacionales de referencia



en Kampala. Esto fue especialmente importante en los casos de afecciones médicas complejas o para supervivientes de VSG que requerían una atención integral de apoyo. Por lo tanto, el proyecto reforzó la coordinación entre los proveedores de atención primaria de salud y las instituciones de nivel terciario, facilitando derivaciones oportunas y eficaces.

La capacitación de los profesionales de la salud y de las partes interesadas fue otra área. El proyecto incluyó programas de formación específicos destinados a mejorar las competencias técnicas de los trabajadores sanitarios, especialmente en ámbitos como la respuesta a la VSG, la atención a la salud mental y el cumplimiento de los protocolos de tratamiento estandarizados. Al fortalecer los conocimientos y las competencias de los proveedores de servicios, la intervención contribuyó a mejorar la calidad de la atención y garantizó que los servicios se prestaran con sensibilidad hacia las consideraciones de género y de derechos humanos.

Más allá de la prestación de servicios, el proyecto reconoció la importancia de la participación comunitaria y la sensibilización para abordar las causas profundas de la vulnerabilidad. Por ello, se diseñaron actividades para aumentar el conocimiento y la concienciación entre las poblaciones refugiadas y las comunidades de acogida con respecto a los derechos sanitarios, la igualdad de género y la prevención de la violencia. Estos esfuerzos pretendían cuestionar las normas sociales perjudiciales, reducir el estigma asociado a la VSG y empoderar a las personas,, especialmente a las mujeres y las niñas,, para que buscaran servicios y reivindicaran sus derechos.

La intervención también incorporó mecanismos para fortalecer la rendición de cuentas y la participación, garantizando que las poblaciones afectadas tuvieran voz en el diseño y la ejecución de las actividades. Se utilizaron sistemas de retroalimentación, diálogos comunitarios y estructuras de coordinación para promover la transparencia y la capacidad de respuesta, de acuerdo con los principios del Core Humanitarian Standard. Este enfoque participativo no solo mejoró la pertinencia de las intervenciones, sino que también contribuyó a generar confianza entre las comunidades y los proveedores de servicios.

Cabe destacar que el proyecto operó dentro de un ecosistema humanitario más amplio, complementando los esfuerzos de las instituciones gubernamentales, las agencias de la ONU y otras organizaciones no gubernamentales. No pretendía sustituir a los sistemas nacionales, sino apoyarlos y fortalecerlos, especialmente en las áreas donde persistían las lagunas en la prestación de servicios y la protección. Este enfoque colaborativo fue esencial dada la escala y la complejidad de la crisis de refugiados en Uganda, donde ningún actor por sí solo podría cubrir todas las necesidades.

## **1.2. Contexto de los refugiados en Uganda**



Uganda ha figurado sistemáticamente entre los países que acogen al mayor número de refugiados del mundo y sigue siendo el primero de África. Su marco normativo progresista en materia de refugiados, que promueve la inclusión y la autosuficiencia, ha permitido al país acoger a un gran número de refugiados que huyen del conflicto, la inseguridad y la persecución en los países vecinos, particularmente de Sudán del Sur, la República Democrática del Congo (RDC) y Somalia. Este compromiso duradero ha situado a Uganda como un actor clave en la respuesta

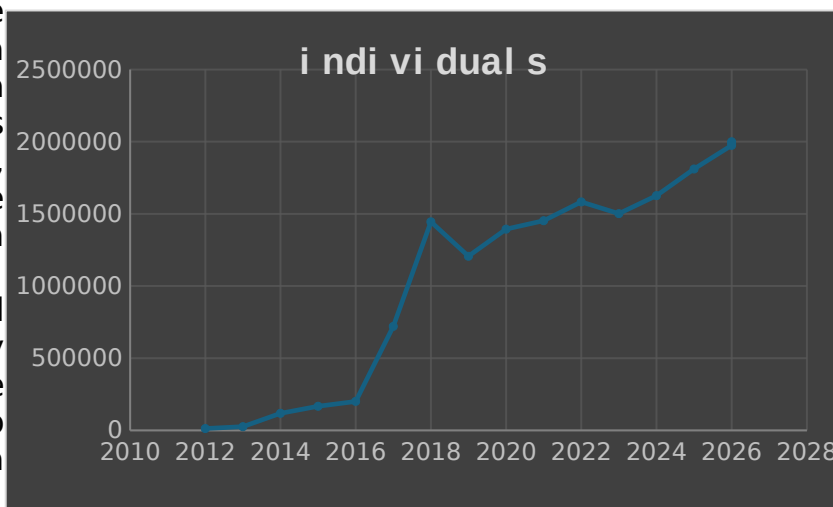


Gráfico 1: Aumento de la población refugiada - OPM

mundial a los refugiados, y su población refugiada ha ido aumentando de forma constante durante los últimos quince años. Sin embargo, esto también ha supuesto una presión significativa sobre los sistemas nacionales y los recursos locales.

En el momento de la ejecución del proyecto, Uganda acogía a más de 1,5 millones de refugiados, la mayoría procedentes de Sudán del Sur y la RDC. Las poblaciones de refugiados estaban distribuidas de forma desigual por todo el país, con grandes concentraciones en zonas de asentamiento como Adjumani, en el norte de Uganda, y Kyaka II, en el oeste, junto con un número significativo y creciente de refugiados que residían en entornos urbanos, particularmente en Kampala.

La situación de los refugiados en Uganda se caracterizaba por ser una crisis prolongada, con muchos refugiados que vivían en el país durante largos periodos debido a la inestabilidad continua en sus países de origen. Este desplazamiento prolongado dio lugar a una mayor dependencia de la asistencia humanitaria y a oportunidades limitadas de medios de vida sostenibles. Al mismo tiempo, el flujo continuo de nuevas llegadas exacerbó aún más la presión sobre unos servicios e infraestructuras que ya estaban al límite de su capacidad.

A pesar del marco político inclusivo de Uganda, los refugiados seguían enfrentándose a múltiples barreras para acceder a los servicios esenciales. El sistema sanitario, en particular, luchaba por hacer frente al aumento de la demanda, especialmente en las zonas que acogen a grandes poblaciones de refugiados. Los centros de salud sufrían a menudo escasez de medicamentos, recursos humanos limitados e infraestructuras insuficientes, lo que comprometía la calidad y la continuidad de la atención. Estos desafíos se veían agravados en las zonas de asentamientos remotos,



donde las barreras geográficas y las limitadas opciones de transporte restringían el acceso a los servicios de salud.

El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) siguió siendo especialmente limitado. Aunque se disponía de algunos servicios, su cobertura y calidad variaban significativamente según el lugar. Los resultados de referencia indicaron que la satisfacción con los servicios de SSR estaba por debajo de los niveles óptimos en todas las zonas de intervención, mientras que los servicios de SMAPS eran aún más limitados, especialmente en el contexto de los asentamientos. Esto puso de manifiesto las deficiencias sistémicas en la prestación de servicios y subrayó la necesidad de intervenciones selectivas para fortalecer tanto el acceso como la calidad de la atención.

La violencia de género (VG) representaba uno de los problemas de protección más críticos en las comunidades de refugiados. La prevalencia de la VG era significativa en todas las áreas de intervención, y se notificaron múltiples formas de violencia —incluida la violencia física, emocional y sexual— entre las poblaciones refugiadas. Las mujeres y las niñas se vieron afectadas de forma desproporcionada, enfrentándose a menudo a una mayor vulnerabilidad debido a la dependencia económica, las normas sociales y el acceso limitado a los servicios de protección. Al mismo tiempo, el estigma, el miedo a las represalias y la debilidad de los mecanismos de denuncia contribuyeron a la falta de notificación y al acceso limitado a los servicios de apoyo.

La respuesta a la VG se vio además obstaculizada por desafíos sistémicos, como las lagunas en la coordinación entre los servicios sanitarios, jurídicos y psicosociales, así como la limitada capacidad de los proveedores de servicios para ofrecer una atención integral y centrada en el superviviente. Aunque existían rutas de derivación, su eficacia se veía a menudo mermada por barreras logísticas, falta de concienciación e insuficiente integración entre sectores.

Además de los retos sanitarios y de protección, las poblaciones de refugiados se enfrentaban a vulnerabilidades socioeconómicas significativas. Las limitadas oportunidades de subsistencia, la inseguridad alimentaria y el acceso inadecuado a la educación y a los servicios sociales contribuyeron a un ciclo de dependencia y vulnerabilidad. Las mujeres, los adolescentes, las personas con discapacidad y las personas mayores se vieron especialmente afectados, sufriendo a menudo barreras agravadas para el acceso y la participación.

El contexto también reveló importantes lagunas en la concienciación y el conocimiento de las poblaciones refugiadas respecto a sus derechos, los servicios disponibles y los mecanismos para buscar apoyo. Aunque se realizaron esfuerzos continuos para promover la educación sanitaria y la participación comunitaria, estos resultaron insuficientes para abordar las normas sociales profundamente arraigadas y las barreras de



comportamiento, particularmente en relación con la igualdad de género y la VG.

A nivel comunitario, los mecanismos de participación y rendición de cuentas aún estaban evolucionando. Aunque existían estructuras como los diálogos comunitarios y los comités de coordinación, su funcionalidad e inclusión variaban según el lugar. Por lo tanto, el fortalecimiento de estos mecanismos era esencial para garantizar que las intervenciones siguieran respondiendo a las necesidades y prioridades de las poblaciones afectadas y se alinearan con las normas de rendición de cuentas humanitarias.

Las tres áreas de intervención, Kampala, Kyaka II y Adjumani, presentaron dinámicas contextuales distintas que influyeron tanto en el diseño como en la implementación del proyecto. Kampala, como entorno urbano, se caracterizó por poblaciones refugiadas dispersas, un mayor coste de la vida y retos relacionados con el acceso a servicios asequibles y medios de vida. Los refugiados en las zonas urbanas recurrían a menudo a los centros de salud pública, que no estaban adaptados específicamente a las necesidades de los refugiados, y se enfrentaban a barreras adicionales como la discriminación, la falta de documentación y la limitación de las redes de apoyo social.

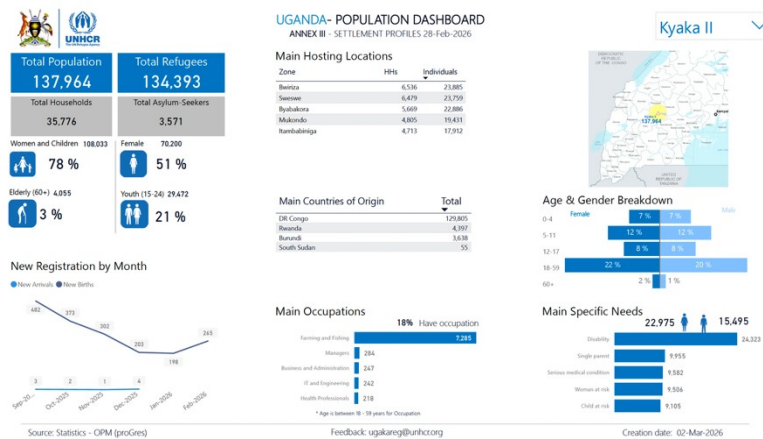
En contraste, Kyaka II y Adjumani representaban contextos basados en asentamientos, donde los refugiados eran acogidos en zonas designadas con acceso a servicios humanitarios. Si bien estos entornos permitían una prestación de servicios más estructurada, también estaban marcados por retos relacionados con el hacinamiento, la limitación de las infraestructuras y la dependencia del apoyo externo. En Adjumani, la elevada concentración de refugiados supuso una presión adicional sobre los recursos locales, mientras que en Kyaka II, la dispersión geográfica y las limitaciones de acceso complicaron aún más la prestación de servicios.

En las tres ubicaciones, el contexto de los refugiados se vio condicionado por desafíos sistémicos más amplios, incluyendo brechas de financiación, limitaciones de coordinación y las restricciones de la programación humanitaria a corto plazo. Estos factores subrayaron la necesidad de intervenciones integradas, sostenibles y sensibles al contexto que pudieran abordar tanto las necesidades inmediatas como los retos estructurales a largo plazo.

### **1.3. Descripción general de las zonas de intervención (Kyaka II, Kampala, Adjumani)**

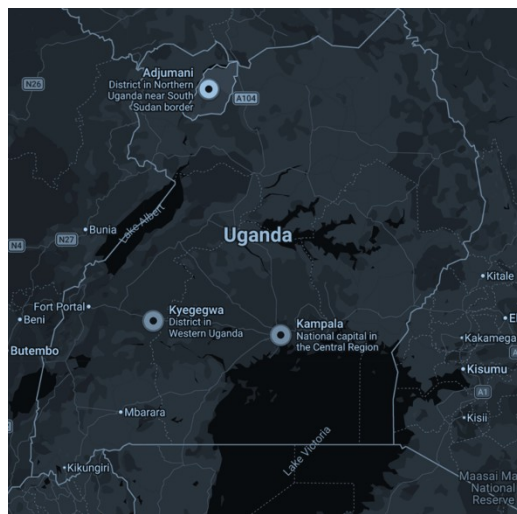


El proyecto se implementó en tres ubicaciones distintas de Uganda, el asentamiento de refugiados de Kyaka II, Kampala (urbana) y los asentamientos de refugiados de Adjumani, cada uno de los cuales representa diferentes dimensiones de la experiencia de los refugiados en el país. Posiblemente, estas ubicaciones fueron seleccionadas estratégicamente para captar la diversidad de los contextos de los



refugiados en Uganda y garantizar que la intervención respondiera tanto a los desafíos de los asentamientos como a los urbanos.

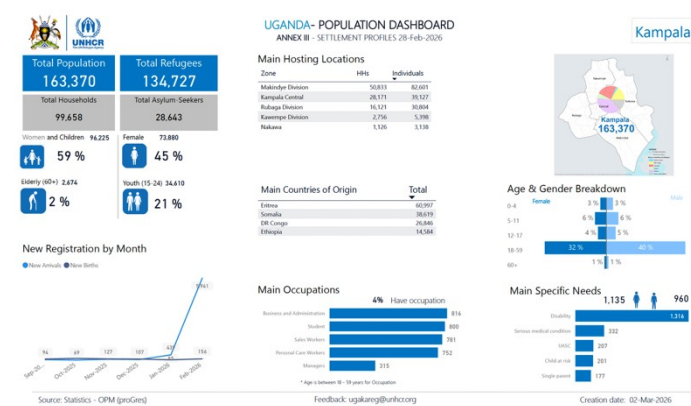
**El asentamiento de refugiados de Kyaka II**, situado en el distrito de Kyegegwa, al oeste de Uganda, alberga una población de refugiados predominantemente congoleesa. El asentamiento se caracteriza por una población dispersa en una amplia zona geográfica, con infraestructuras limitadas e importantes barreras para acceder a los servicios esenciales.



Los centros de salud de Kyaka II se enfrentan a menudo a una elevada carga de pacientes, escasez de medicamentos y limitación de recursos humanos, lo que afecta a la calidad y puntualidad de la atención. Además, las largas distancias entre las comunidades y los centros de salud, combinadas con las limitadas opciones de transporte, restringen aún más el acceso a los servicios. Estos retos son especialmente acusados en el caso de los grupos vulnerables, incluidos las mujeres, los niños y las personas con discapacidad. Por tanto, el contexto en Kyaka II está definido en gran medida por las limitaciones en el acceso físico, la disponibilidad de recursos y la capacidad de los servicios.

**Los asentamientos de Adjumani**, situados en el norte de Uganda, conforman uno de los distritos de acogida de refugiados más grandes del país, albergando una población significativa de refugiados, procedentes principalmente de Sudán del Sur. A diferencia de Kyaka II, Adjumani se caracteriza por una alta concentración de refugiados en zonas de asentamiento relativamente definidas. Aunque esto permite una prestación de servicios y una coordinación más estructuradas entre los actores humanitarios, la magnitud de la población de refugiados ejerce una presión considerable sobre las infraestructuras y los servicios públicos existentes. Los centros de salud suelen sufrir hacinamiento y la demanda de servicios supera con frecuencia la capacidad disponible. Además, los problemas de protección, incluida la violencia de género, son frecuentes, y el acceso a servicios integrales y multisectoriales sigue siendo irregular. Por lo tanto, el contexto de Adjumani está marcado por la alta demanda, la escasez de recursos y la complejidad de gestionar operaciones humanitarias a gran escala.

**Kampala**, como capital y principal centro urbano de Uganda, presenta un contexto notablemente diferente al de las zonas de asentamiento. Los refugiados en Kampala están dispersos por toda la ciudad y se encuentran integrados en las comunidades de acogida, en lugar de residir en asentamientos designados. Aunque el entorno urbano ofrece un acceso relativamente mejor a infraestructuras y servicios especializados, los refugiados se enfrentan a retos específicos relacionados con la asequibilidad, la documentación, la discriminación y los limitados sistemas de apoyo social. El acceso a los servicios sanitarios se ve a menudo limitado por el coste, y los refugiados deben recurrir a centros de salud públicos que no están específicamente adaptados a sus necesidades. Además, la identificación y focalización de las poblaciones vulnerables en entornos urbanos es más compleja debido a la ausencia de estructuras de asentamiento centralizadas.



Por tanto, el contexto de Kampala se caracteriza por problemas de invisibilidad, vulnerabilidad económica y un acceso fragmentado a los servicios.

En las tres ubicaciones, las poblaciones de refugiados se enfrentaron a retos comunes relacionados con el acceso a la atención sanitaria, especialmente en las áreas de salud sexual y reproductiva (SSR), salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) y respuesta a la violencia de género (VG). Sin embargo, la naturaleza y la intensidad de estos retos variaron significativamente en función del contexto. Mientras que las zonas de asentamiento como Kyaka II y Adjumani se enfrentaron a limitaciones estructurales y de capacidad, el contexto urbano de Kampala se vio más influido por las barreras socioeconómicas y los problemas de integración.

#### **1.4. Objetivos de la evaluación**

##### Objetivo General

El objetivo general de esta evaluación era valorar la relevancia, adecuación, eficiencia, eficacia, impacto, sostenibilidad y carácter participativo del proyecto «Protecting the dignity of refugees in Uganda: responding to sexual and gender-based violence as a human rights violation and public health issue» (Protegiendo la dignidad de los refugiados en Uganda: respondiendo a la violencia sexual y de género como una violación de los derechos humanos y un problema de salud pública). La evaluación pretendía generar conclusiones basadas en evidencias y recomendaciones prácticas para reforzar la rendición de cuentas, apoyar el aprendizaje organizacional e informar el diseño de futuras intervenciones dirigidas a las poblaciones de refugiados en Uganda.

##### Objetivos Específicos

La evaluación buscaba específicamente:

- Evaluar el grado en que el proyecto alcanzó los resultados previstos (R1-R4) y su Objetivo Específico, especialmente en la mejora del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSSR), salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) y respuesta a la violencia de género (VG) en Kampala, Kyaka II y Adjumani.
- Analizar la relevancia y coherencia del diseño del proyecto en relación con las necesidades y prioridades de las poblaciones refugiadas y de acogida, así como su alineación con las políticas nacionales y los marcos humanitarios.
- Examinar la eficiencia de la intervención en términos de uso de recursos financieros, humanos e institucionales, incluyendo el grado en que las actividades se implementaron dentro de los plazos previstos.
- Evaluar la eficacia y la calidad de los procesos de implementación, incluidos los mecanismos de coordinación entre Farmamundi, AHA, Emesco y las partes interesadas institucionales.
- Valorar el impacto más amplio de la intervención en las personas, las comunidades y las instituciones, incluyendo tanto los efectos previstos como los no previstos.



- Determinar la sostenibilidad de los resultados del proyecto, incluyendo el grado en que es probable que los beneficios continúen más allá del periodo del proyecto.
- Analizar el nivel de participación, apropiación y rendición de cuentas entre los titulares de derechos y las instituciones locales, incluyendo la eficacia de los mecanismos de retroalimentación y participación comunitaria.
- Evaluar la integración de los enfoques transversales, incluyendo la sensibilidad al género y la edad, los enfoques basados en los derechos humanos, la sensibilidad al conflicto y el principio de «No hacer daño» (Do No Harm).

### Propósito de la Evaluación

La evaluación cumplió una función tanto de aprendizaje como de rendición de cuentas. Su objetivo era proporcionar una valoración estructurada del desempeño del proyecto con respecto a sus objetivos y resultados esperados, generando al mismo tiempo ideas prácticas para mejorar la programación futura.

En concreto, la evaluación estaba destinada a:

- Apoyar a los socios implementadores (Farmamundi, AHA y Emesco) en la identificación de fortalezas, brechas y lecciones aprendidas para mejorar la calidad, eficacia e impacto de futuras intervenciones.
- Garantizar la rendición de cuentas ante los donantes, en particular ante el Gobierno Vasco, demostrando la medida en que los recursos se utilizaron eficazmente y se alcanzaron los resultados.
- Informar la toma de decisiones estratégicas proporcionando evidencia sobre lo que funcionó, lo que no funcionó y por qué, dentro de los diferentes contextos operativos de Kampala, Kyaka II y Adjumani.
- Contribuir al aprendizaje más amplio dentro del sector humanitario y del desarrollo, particularmente en relación con los enfoques integrados de salud, protección y violencia de género en entornos de refugiados.



## 2. Descripción de la intervención

### 2.1. Justificación del proyecto

El proyecto se concibió en respuesta a las brechas persistentes e interrelacionadas en el acceso a la atención sanitaria, los servicios de protección y los sistemas de apoyo a nivel comunitario entre las poblaciones refugiadas en Uganda. A pesar del marco normativo progresista del país en materia de refugiados, persistían retos significativos para garantizar una prestación de servicios equitativa, de calidad e integral, especialmente en las áreas de salud sexual y reproductiva (SSR), salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) y respuesta a la violencia de género (VG).

En el momento del diseño del proyecto, las poblaciones refugiadas en Kampala, Kyaka II y Adjumani se enfrentaban a múltiples barreras para acceder a servicios esenciales. Los sistemas de salud, especialmente en las zonas de mayor acogida de refugiados, estaban sometidos a una presión considerable debido al aumento de la demanda, la infraestructura limitada, la escasez de suministros médicos y la insuficiencia de recursos humanos. Estas limitaciones sistémicas se veían agravadas por el carácter prolongado del desplazamiento, lo que aumentaba la dependencia a largo plazo de los servicios de salud pública sin una expansión correspondiente de la capacidad.

En este contexto, el acceso a los servicios de SSR seguía siendo irregular y a menudo inadecuado, especialmente para las mujeres y las adolescentes. Barreras como el estigma, la escasa concienciación, las normas culturales y la debilidad de los sistemas de prestación de servicios reducían la utilización de los servicios disponibles. Del mismo modo, los servicios de salud mental y apoyo psicosocial estaban muy poco desarrollados, a pesar de la elevada carga de malestar psicológico asociada al conflicto, el desplazamiento y las dificultades socioeconómicas.

La violencia de género representaba una preocupación crítica y transversal en todas las áreas de intervención. La VG estaba generalizada y se notificaba poco, viéndose las mujeres y las niñas desproporcionadamente afectadas. Los supervivientes se enfrentaban a retos significativos para acceder a la atención, incluyendo el estigma, el miedo a las represalias, el escaso conocimiento de los servicios disponibles y unos sistemas de derivación débiles o fragmentados. En muchos casos, la respuesta a la VG carecía de integración entre los servicios sanitarios, legales y psicosociales, lo que daba lugar a lagunas en la atención centrada en el superviviente.

Además de las deficiencias en la prestación de servicios, el diseño del proyecto reconoció limitaciones importantes a nivel comunitario. El conocimiento de los derechos, los servicios disponibles y las vías de derivación seguía siendo bajo entre las poblaciones refugiadas, mientras que las normas y prácticas sociales nocivas seguían perpetuando la desigualdad y la violencia. Las estructuras comunitarias, incluidos los Equipos de Salud de las Aldeas (VHT) y otros agentes de base, a menudo estaban sobrecargados e insuficientemente equipados para abordar cuestiones complejas como la prevención de la VG, la salud mental y la salud sexual y reproductiva. Los retos institucionales y de coordinación también contribuyeron a las brechas identificadas. Aunque múltiples actores participaban en la respuesta humanitaria, la coordinación entre sectores y partes interesadas no siempre era óptima, lo que provocaba duplicidades en algunas áreas y lagunas en otras. Además, la integración de las perspectivas de género y derechos humanos en la prestación de servicios y en las prácticas institucionales seguía siendo limitada, lo que afectaba tanto a la calidad como a la inclusividad de las intervenciones.

Por consiguiente, el proyecto se diseñó para abordar estos retos interconectados mediante un enfoque integrado y multisectorial. Se buscó fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para prestar servicios de calidad en SSR, SMAPS y VG; mejorar la concienciación y el compromiso a nivel comunitario; perfeccionar los mecanismos de derivación y coordinación; y promover la rendición de cuentas y la participación entre los titulares de derechos. Un aspecto clave de la justificación del proyecto fue el reconocimiento de la VG tanto como una violación de los derechos humanos como un problema de salud pública. Este doble marco fundamentó el diseño de la intervención, asegurando que la VG se abordara no solo a través de mecanismos de protección, sino también mediante el fortalecimiento de las respuestas del sistema de salud, incluyendo la gestión clínica, el apoyo psicosocial y las vías de derivación.

La inclusión de contextos tanto de asentamientos (Kyaka II y Adjumani) como urbanos (Kampala) reflejó además la necesidad de enfoques diferenciados adaptados a realidades operativas específicas. Mientras que las zonas de asentamiento requerían el fortalecimiento de la infraestructura y la capacidad de prestación de servicios, el contexto urbano exigía estrategias para abordar cuestiones de acceso, asequibilidad e identificación de poblaciones vulnerables dentro de comunidades dispersas.

## **2.2. Objetivo Específico (OE)**



El Objetivo Específico (OE) del proyecto era mejorar la salud y la salud sexual y reproductiva (SSR) de los refugiados congoleños, sud sudaneses y somalíes en Uganda, abordando la violencia sexual y de género (VSG) tanto como una violación de los derechos humanos como una preocupación mayor de salud pública en las áreas de intervención de Kampala, Kyaka II y Adjumani. Este objetivo se persiguió mediante un enfoque integrado que combinaba el fortalecimiento de la prestación de servicios sanitarios, particularmente en SSR y salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS), con mecanismos mejorados de prevención y respuesta a la VSG. La intervención también pretendía promover el acceso a servicios de calidad, seguros y centrados en el superviviente, abordando al mismo tiempo las barreras estructurales y socioculturales que limitan la capacidad de los refugiados, especialmente mujeres y niñas, para buscar y recibir atención.

Además, el Objetivo Específico reflejaba un compromiso más amplio con un enfoque basado en derechos, haciendo hincapié en la protección de la dignidad, la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las poblaciones afectadas para reclamar sus derechos y participar activamente en las decisiones que afectan a su salud y bienestar.

### **2.3. Resultados (R1–R4)**

El proyecto se estructuró en torno a cuatro resultados interrelacionados (R1–R4), que en conjunto contribuyeron al logro del Objetivo Específico. Estos resultados abordaron tanto la prestación de servicios como las deficiencias sistémicas, combinando componentes de salud, protección, participación comunitaria y rendición de cuentas.

#### **Resultado 1 (R1): Acceso mejorado a servicios de atención sanitaria de calidad**

El R1 tenía como objetivo aumentar la cobertura, la accesibilidad y la calidad de los servicios sanitarios esenciales entre las poblaciones refugiadas en Kampala, Kyaka II y Adjumani. Se hizo especial hincapié en el fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS), y en garantizar una atención segura y adecuada para los supervivientes de la violencia de género (VG). Este resultado se centró en mejorar la capacidad de los centros de salud y los sistemas de extensión para ofrecer una atención integrada y de calidad, incluida la gestión clínica de la VG, la prestación de servicios de SSR y la expansión de las intervenciones de SMAPS. También incluyó el fortalecimiento de las vías de derivación para garantizar que las personas que requirieran servicios especializados pudieran acceder a niveles de atención adecuados.

#### **Resultado 2 (R2): Capacidades comunitarias fortalecidas para la prevención y respuesta a la VG**



El R2 se centró en fortalecer la capacidad de las comunidades de refugiados y de acogida para reducir las desigualdades en el acceso a los recursos sanitarios, mejorar la prevención de la violencia de género y apoyar la atención integral a los supervivientes. Este resultado puso el énfasis en las intervenciones a nivel comunitario, incluyendo la sensibilización, la comunicación para el cambio de comportamiento y el fortalecimiento de las estructuras comunitarias como los Equipos de Salud de las Aldeas (VHT) y otros agentes locales. Su objetivo era abordar las normas sociales nocivas, aumentar el conocimiento de los derechos y de los servicios disponibles, y promover una vida libre de violencia, especialmente para las mujeres y las niñas.

### Resultado 3 (R3): Aumento de la concienciación y la incidencia sobre cuestiones de refugiados y VG

El R3 tenía como objetivo mejorar la información y la concienciación sobre la situación de los refugiados en Uganda, con un enfoque particular en las experiencias de las mujeres y niñas afectadas por la VG. Se buscó promover una comprensión de las cuestiones relativas a los refugiados basada en los derechos, sensible al género y orientada a la protección, tanto a nivel comunitario como en la sociedad en general. Este resultado incluyó actividades diseñadas para apoyar la ciudadanía crítica, la incidencia y el compromiso público, contribuyendo a una mayor visibilidad de las preocupaciones de los refugiados y promoviendo respuestas más inclusivas e informadas entre las partes interesadas y el público en general, a través de actividades implementadas tanto en Uganda (Kampala, Kyaka II, Adjumani) como en Euskadi.

### Resultado 4 (R4): Fortalecimiento de los mecanismos de participación y rendición de cuentas

El R4 se centró en mejorar la participación, la rendición de cuentas y el liderazgo entre los actores locales y las poblaciones afectadas a lo largo de todo el ciclo de respuesta humanitaria. Su objetivo fue fortalecer los mecanismos que permiten a los refugiados y a las comunidades de acogida participar activamente en los procesos de toma de decisiones y proporcionar retroalimentación sobre los servicios e intervenciones. Esto incluyó el establecimiento y fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas ante las poblaciones afectadas (AAP), plataformas de diálogo comunitario y estructuras de coordinación. El resultado también destacó el papel de las instituciones y socios locales en el liderazgo y mantenimiento de las intervenciones humanitarias, contribuyendo así a una mayor apropiación y sostenibilidad a largo plazo.

### Vinculación con el Objetivo Específico



En conjunto, estos cuatro resultados se diseñaron para operar de manera complementaria, abordando tanto las necesidades inmediatas de prestación de servicios como los determinantes estructurales y sociales subyacentes de la vulnerabilidad. Mientras que el R1 se centró en fortalecer los servicios de salud, el R2 y el R3 se dirigieron a la concienciación y al cambio de comportamiento a nivel comunitario, y el R4 aseguró que la participación y la rendición de cuentas se integraran en todos los componentes de la intervención. Se pretendía que este enfoque integrado contribuyera al logro del Objetivo Específico mediante la mejora del acceso a servicios de salud y protección de calidad, el fortalecimiento de la resiliencia comunitaria y la promoción de una respuesta basada en derechos ante la violencia de género en entornos de refugiados.

#### **2.4. Componentes clave (SSR, SMAPS, VG, sistemas comunitarios, AAP)**

El proyecto se implementó a través de un conjunto de componentes temáticos integrados que abordaron las necesidades multidimensionales de salud y protección de las poblaciones refugiadas. Estos componentes estaban estrechamente alineados con los resultados del proyecto (R1-R4) y juntos constituyeron el eje operativo de la intervención.

**Salud Sexual y Reproductiva (SSR):** El componente de SSR se centró en mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de calidad para las poblaciones refugiadas, especialmente mujeres y adolescentes. Esto incluyó la provisión de servicios de planificación familiar, atención prenatal y posnatal, y la gestión clínica de la violencia sexual. Los esfuerzos bajo este componente pretendían fortalecer la capacidad de los centros de salud, mejorar la disponibilidad de los servicios y promover la utilización de los servicios de SSR. También abordó las barreras socioculturales que limitan el acceso a la atención, incluyendo el estigma, las normas de género y la falta de concienciación. Al integrar la SSR en los servicios de atención primaria de salud y en las actividades de extensión, el proyecto buscó asegurar que los servicios fueran accesibles, aceptables y receptivos a las necesidades de las poblaciones vulnerables.

**Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS):** El componente de SMAPS abordó la elevada carga de malestar psicológico entre las poblaciones refugiadas, derivada de experiencias de conflicto, desplazamiento y dificultades socioeconómicas. El proyecto apoyó la integración de los servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria de salud, permitiendo la identificación temprana y la gestión de las afecciones de salud mental. Este componente incluyó intervenciones tanto en centros de salud como en la comunidad, tales como asesoramiento, sesiones de apoyo psicosocial y derivaciones para atención especializada. También tuvo como objetivo reducir el estigma asociado con la salud mental y mejorar la concienciación comunitaria sobre los servicios disponibles. Al fortalecer

tanto la prestación de servicios como los sistemas de apoyo comunitario, el proyecto contribuyó a mejorar el bienestar mental y la resiliencia entre las poblaciones afectadas.

**Prevención y respuesta a la violencia de género (VBG):** El componente de VBG fue fundamental para el proyecto y abordó tanto los aspectos de prevención como los de respuesta ante la violencia de género. Se centró en el fortalecimiento de los servicios centrados en el superviviente, incluyendo la atención clínica, el apoyo psicosocial y las vías de derivación, abordando al mismo tiempo los factores subyacentes de la violencia a nivel comunitario. El proyecto apoyó el desarrollo de capacidades de los trabajadores sanitarios y otros proveedores de servicios para garantizar un trato adecuado y sensible de los casos de VBG. Simultáneamente, se implementaron actividades de base comunitaria para concienciar, desafiar las normas perjudiciales y promover la igualdad de género. La integración de los servicios de VBG dentro de los sistemas de salud garantizó que los supervivientes pudieran acceder a una atención integral de manera oportuna y coordinada.

**Fortalecimiento de los sistemas comunitarios:** El fortalecimiento de los sistemas comunitarios fue un componente transversal destinado a potenciar el papel de las estructuras comunitarias en la promoción de la salud, la prevención y la vinculación con los servicios. Esto incluyó el trabajo con Equipos de Salud de las Aldeas (VHT), líderes comunitarios y otros actores de base para mejorar los mecanismos de divulgación, concienciación y derivación. El proyecto apoyó la formación y el desarrollo de capacidades de los actores comunitarios para permitirles abordar cuestiones clave como la SDRS, el APSM y la VBG. También hizo hincapié en el compromiso comunitario como medio para promover el cambio de comportamiento, mejorar el uso de los servicios y garantizar que las intervenciones respondieran a las necesidades y realidades locales.

**Rendición de cuentas ante las poblaciones afectadas (AAP):** El componente de AAP se centró en fortalecer los mecanismos que promueven la transparencia, la participación y la capacidad de respuesta en la prestación de servicios. Aseguró que los refugiados y las comunidades de acogida tuvieran oportunidades para proporcionar retroalimentación, expresar inquietudes e influir en los procesos de toma de decisiones relacionados con el proyecto. Esto incluyó el establecimiento y refuerzo de canales de retroalimentación, diálogos comunitarios y plataformas participativas. El proyecto pretendía institucionalizar las prácticas de rendición de cuentas tanto en las estructuras comunitarias como en las de prestación de servicios, mejorando así la confianza, aumentando la calidad del servicio y fomentando un sentido de propiedad entre los beneficiarios.

**Integración de componentes:** Estos componentes no se implementaron de forma aislada, sino que se diseñaron para reforzarse mutuamente. Por ejemplo, la respuesta a la VBG se integró dentro de los servicios de SDRS y APSM, mientras que el fortalecimiento de los sistemas comunitarios



respaldó todas las áreas temáticas mediante una mejor divulgación y participación. Del mismo modo, los mecanismos de AAP fueron transversales a todos los componentes, garantizando que las intervenciones siguieran respondiendo y alineándose con las necesidades y prioridades de las poblaciones afectadas.

## 2.5. Teoría del cambio

La teoría del cambio siguió una vía lógica: el fortalecimiento de los sistemas de salud y la prestación de servicios, el empoderamiento de las comunidades, la mejora de la coordinación y las derivaciones, y la potenciación de los mecanismos de rendición de cuentas conducirían colectivamente a un mejor acceso a una atención de calidad, a una mayor concienciación y prevención de la violencia y, en última instancia, a una mejora de la salud, la dignidad y la protección de las poblaciones refugiadas en Kampala, Kyaka II y Adjumani.

La teoría del cambio del proyecto se basó en la premisa de que mejorar el acceso a servicios integrados de salud y protección de calidad, fortaleciendo simultáneamente los sistemas comunitarios y los mecanismos de rendición de cuentas, conduciría a mejores resultados de salud y a una mayor protección de las poblaciones refugiadas, especialmente en relación con la violencia sexual y de género (VSBG). El proyecto asumió que si se fortalecían los centros de salud para proporcionar servicios integrales y de calidad, incluyendo salud sexual y reproductiva (SDSR), apoyo mental y psicosocial (APSM) y la gestión clínica de la violencia de género, entonces aumentaría el acceso y la utilización de estos servicios por parte de las poblaciones refugiadas. Esto, a su vez, contribuiría a mejorar el estado de salud, a una atención oportuna para los supervivientes de la violencia y al bienestar general.

Al mismo tiempo, el proyecto reconoció que la disponibilidad del servicio por sí sola era insuficiente para lograr un cambio significativo. Por ello, planteó que si se empoderaba a las comunidades mediante la sensibilización, el desarrollo de capacidades y la participación de estructuras comunitarias como los Equipos de Salud de las Aldeas (VHT), mejoraría el conocimiento de los derechos, los servicios disponibles y las estrategias de prevención. Esto llevaría a una mayor demanda de servicios, a la reducción del estigma y a cambios positivos en las normas sociales, especialmente en torno a la igualdad de género y la prevención de la violencia.

La teoría del cambio también destacó la importancia de sistemas de derivación integrados y funcionales. Se asumió que si se fortalecía la coordinación entre los diferentes niveles de atención —comunitaria,



primaria y servicios especializados—, las personas que requirieran apoyo médico o psicosocial avanzado podrían acceder a los servicios adecuados de manera oportuna y eficiente. Esto fue particularmente crítico para los supervivientes de VSBG, que requieren una atención integral y multisectorial.

Además, el proyecto se basó en la creencia de que el fortalecimiento de la rendición de cuentas ante las poblaciones afectadas (AAP) mejoraría la relevancia, calidad y capacidad de respuesta de las intervenciones. Al establecer mecanismos para el intercambio de información, el diálogo y la participación, el proyecto pretendía garantizar que los servicios estuvieran alineados con las necesidades y prioridades de los refugiados y las comunidades de acogida. Se esperaba que una mayor participación fomentara la apropiación, la confianza y la sostenibilidad de los resultados.

Bajo estos supuestos subyacía un reconocimiento más amplio de la VSBG tanto como un problema de salud pública como una violación de los derechos humanos. Por lo tanto, el proyecto integró enfoques de protección y salud, con el objetivo de abordar tanto las consecuencias inmediatas de la violencia como sus causas fundamentales.



## 3. Metodología

### 3.1. Enfoque de la evaluación (métodos mixtos, participativo, basado en la teoría)

La evaluación adoptó un enfoque de métodos mixtos, participativo y centrado en la utilización, combinando métodos cualitativos y cuantitativos para evaluar las dimensiones de relevancia, eficiencia, eficacia, impacto, sostenibilidad, coordinación, cobertura y participación del proyecto. La metodología se guió principalmente por los criterios de evaluación del CAD de la OCDE, integrando además dimensiones humanitarias adicionales como la conectividad, la rendición de cuentas, la sensibilidad al género y la edad, los enfoques basados en los derechos humanos y el principio de "No causar daño".

La evaluación se diseñó para generar hallazgos basados en evidencia, garantizando al mismo tiempo que las perspectivas de las partes interesadas clave, incluidos los titulares de derechos, los socios implementadores, los trabajadores sanitarios y los actores institucionales, estuvieran adecuadamente representadas. El enfoque enfatizó la triangulación de múltiples fuentes de datos y métodos para fortalecer la validez y fiabilidad de los hallazgos. La evaluación adoptó además una perspectiva basada en la teoría, examinando cómo las actividades e intervenciones del proyecto contribuyeron al logro de los resultados esperados (R1-R4) y del Objetivo Específico (OE). Además de evaluar si se alcanzaron los resultados, la metodología buscó comprender cómo y por qué se produjeron los cambios en las tres áreas de intervención de Kampala, Kyaka II y Adjumani.

### 3.2. Criterios de evaluación

La evaluación se estructuró en torno a los criterios de evaluación del CAD de la OCDE y a dimensiones adicionales de evaluación humanitaria descritas en los Términos de Referencia. La evaluación se centró en:

- Relevancia y adecuación
- Eficacia
- Eficiencia
- Impacto
- Sostenibilidad (viabilidad)
- Conectividad y coherencia
- Coordinación
- Cobertura
- Apropiación y participación

Los temas transversales, incluyendo la igualdad de género, la sensibilidad a la edad, los derechos humanos, la sensibilidad al conflicto, la rendición de cuentas ante las poblaciones afectadas (AAP) y las consideraciones ambientales, se integraron en todo el proceso de evaluación y análisis.



### 3.3. Fuentes de datos y métodos de recopilación

La evaluación utilizó fuentes de datos tanto primarias como secundarias.

#### Revisión documental

Se llevó a cabo una exhaustiva revisión de escritorio utilizando documentación relacionada con el proyecto y literatura secundaria. Los materiales revisados incluyeron:

- Propuestas de proyectos y marcos lógicos
- Informes de línea de base y finales
- Informe del proyecto
- Datos de DHIS2
- Políticas nacionales y marcos humanitarios pertinentes

La revisión documental proporcionó una comprensión contextual e informó el desarrollo de las herramientas de recopilación de datos y los marcos analíticos.

El proyecto había finalizado recientemente una evaluación final antes del inicio de la evaluación externa. Una revisión de los conjuntos de datos del estudio final indicó que la información disponible era lo suficientemente exhaustiva y fiable para respaldar los objetivos de la evaluación. Llevar a cabo otra encuesta de hogares en un periodo corto tras la evaluación final suponía el riesgo de una participación repetitiva con las mismas poblaciones y podría afectar potencialmente a la calidad y coherencia de las respuestas, además de la fatiga de los entrevistados. Por lo tanto, la evaluación se centró en triangular los conjuntos de datos cuantitativos existentes con los hallazgos cualitativos de las Entrevistas a Informantes Clave (KII, por sus siglas en inglés), los Grupos de Discusión (FGD, por sus siglas en inglés) y la revisión documental, con el fin de generar una evaluación exhaustiva y creíble del desempeño del proyecto.

#### Entrevistas a Informantes Clave (KII)

Se realizaron Entrevistas a Informantes Clave con una amplia gama de partes interesadas involucradas en la implementación y supervisión del proyecto. Entre ellas se encontraban representantes de:

- Farmamundi
- Africa Humanitarian Action (AHA)
- EMESCO
- Office of the Prime Minister (OPM)
- Ministerio de Salud (MoH)
- Kampala Capital City Authority (KCCA)
- Gobiernos locales de los distritos

- Personal de los centros de salud
- Líderes comunitarios y otros actores humanitarios

Las KII proporcionaron información detallada sobre la implementación del proyecto, los mecanismos de coordinación, la capacidad institucional, los desafíos y los resultados percibidos.

### Grupos de Discusión (FGD)

Se llevaron a cabo Grupos de Discusión con miembros de la comunidad de refugiados y de la comunidad de acogida en las tres áreas de intervención. Los debates incluyeron a:

- Mujeres
- Hombres
- Adolescentes y jóvenes
- Equipos de Salud de las Aldeas (VHT)
- Estructuras y líderes comunitarios

Los FGD exploraron las percepciones de la comunidad respecto al acceso a la atención sanitaria, el MHPSS, los servicios de SGBV, la participación, la rendición de cuentas y la relevancia y eficacia general del proyecto.

### **3.4. Estrategia de muestreo**

La evaluación abarcó las tres áreas de implementación del proyecto: Kampala, Kyaka II y Adjumani. Se utilizó un enfoque de muestreo intencional para las Entrevistas a Informantes Clave y los Grupos de Discusión con el fin de asegurar la participación de encuestados con conocimientos, experiencia o realidades vividas relevantes relacionadas con la intervención. Se realizaron esfuerzos para garantizar la diversidad y la representación por género, edad y categorías de vulnerabilidad, incluyendo a mujeres, adolescentes y actores a nivel comunitario. La selección de las instalaciones y de los encuestados se guió por la cobertura del proyecto, la accesibilidad y la relevancia para los objetivos de la evaluación.

### **3.5. Análisis de datos**

Los datos cualitativos de las KII y los FGD se analizaron mediante análisis temático. Las respuestas se organizaron de acuerdo con los temas y criterios clave de la evaluación, lo que permitió identificar patrones recurrentes, percepciones y problemas emergentes en las tres áreas de intervención.

Los datos cuantitativos procedentes de los registros rutinarios, los sistemas de seguimiento del proyecto y el conjunto de datos de la evaluación final se analizaron de forma descriptiva para evaluar las tendencias y los progresos relacionados con los indicadores del proyecto y la utilización de los



servicios. Dado que el conjunto de datos de la evaluación final sirvió como el conjunto de datos cuantitativos principal a nivel de hogar para la evaluación, se realizó un análisis comparativo entre los conjuntos de datos de referencia (baseline) y finales (endline) con el fin de evaluar los cambios a lo largo del periodo de implementación del proyecto. Esto incluyó el análisis de indicadores relacionados con el acceso y la utilización de la atención sanitaria, el apoyo a la salud mental y psicosocial (MHPSS), la violencia de género (GBV), los niveles de concienciación, la participación y los mecanismos de rendición de cuentas en las áreas de intervención de Kampala, Kyaka II y Adjumani.

Los hallazgos de diferentes fuentes y métodos se triangularon para reforzar la coherencia, la credibilidad y la interpretación general. El análisis se guio además por la teoría del cambio y el marco lógico del proyecto, vinculando los hallazgos con los resultados previstos (R1-R4) y el Objetivo Específico.

### **3.6. Consideraciones éticas**

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos aplicables a las evaluaciones humanitarias y de salud pública. La participación en las entrevistas y discusiones fue voluntaria, y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes antes de su intervención. Se prestó especial atención a la confidencialidad, la privacidad y la protección de las personas vulnerables, en particular de los supervivientes de la violencia de género. La evaluación se adhirió a los principios de «No hacer daño» y aplicó enfoques centrados en el superviviente durante toda la recopilación de datos y los procesos de presentación de informes. No se incluyó ninguna información de identificación personal en el informe, y la información recopilada durante la evaluación se utilizó estrictamente para fines de evaluación.

### **3.7. Limitaciones de la evaluación**

Se encontraron varias limitaciones durante el proceso de evaluación. Estas incluyeron restricciones de tiempo asociadas con la realización del trabajo de campo en ubicaciones geográficamente dispersas y la sensibilidad de ciertos temas, particularmente aquellos relacionados con la Violencia Sexual y de Género (SGBV) y la salud mental. En algunos casos, el sesgo de memoria pudo haber afectado las respuestas de los participantes, especialmente cuando los encuestados reflexionaron sobre actividades implementadas durante un periodo prolongado. Además, la evaluación se basó en parte en datos rutinarios del proyecto y del sistema de salud, los cuales podrían haber contenido inconsistencias o vacíos de información.

A pesar de estas limitaciones, la triangulación de múltiples fuentes de datos y métodos ayudó a fortalecer la fiabilidad y credibilidad de los hallazgos.

## 4. RESULTADOS

Esta sección presenta los hallazgos de la evaluación externa final del proyecto *“Protecting the dignity of refugees in Uganda: responding to sexual and gender-based violence as a human rights violation and public health issue”*. El análisis examina en qué medida la intervención logró su objetivo y resultados previstos en las tres áreas de implementación de Kampala, Kyaka II y Adjumani. Los hallazgos se organizan en torno a los criterios de evaluación de la OCDE-CAD y criterios humanitarios complementarios, a saber: relevancia, eficacia, eficiencia, impacto, sostenibilidad, conectividad, coordinación, cobertura, empoderamiento y participación, y cuestiones transversales. Se presta especial atención a los tres pilares temáticos centrales del proyecto: el acceso a servicios de salud esenciales, la salud mental y el apoyo psicosocial (MHPSS), y la prevención y respuesta a la violencia sexual y de género (SGBV).

Los resultados se basan en una revisión de la documentación del proyecto, el informe final del proyecto, el marco lógico, los conjuntos de datos de referencia (baseline) y de finalización (endline), los datos rutinarios de seguimiento de salud y del proyecto, y las perspectivas cualitativas obtenidas de las consultas con las partes interesadas. El análisis considera tanto el logro de los productos previstos como la contribución más amplia de la intervención a la mejora del acceso a los servicios, el fortalecimiento de los sistemas comunitarios, el mayor apoyo a los supervivientes y la rendición de cuentas ante las poblaciones afectadas. Dada la diversidad de los tres contextos de implementación, los hallazgos también examinan las diferencias entre el entorno de refugiados urbanos de Kampala y los contextos basados en asentamientos de Kyaka II y Adjumani, destacando cómo la intervención respondió a distintas realidades operativas, necesidades de la población y desafíos en la prestación de servicios.

La evaluación adoptó un enfoque de métodos mixtos que combinó evidencia cuantitativa y cualitativa para examinar tanto los logros medibles del proyecto como las experiencias y percepciones de las poblaciones objetivo y las partes interesadas. En consonancia con el marco de evaluación, el análisis se nutre de cuatro niveles principales de evidencia: datos de implementación y seguimiento del proyecto, hallazgos comparativos de referencia y de finalización, evidencia cualitativa de Entrevistas a Informantes Clave (KII) y Discusiones de Grupos Focales (FGD), y la interpretación del equipo de evaluación guiada por los criterios de evaluación de la OCDE-CAD y de acción humanitaria.

El primer nivel de evidencia consistió en la documentación del proyecto y los registros rutinarios de implementación, incluyendo el informe final del proyecto, informes de actividad, datos de seguimiento, registros del DHIS2,



registros de formación, datos de derivación y documentación de rendición de cuentas. Estas fuentes proporcionaron evidencia sobre la medida en que se alcanzaron las actividades y los productos planificados, incluyendo la prestación de servicios de atención de salud, el despliegue de servicios de extensión, las intervenciones de prevención y respuesta a la SGBV, los servicios de apoyo psicosocial, las campañas de sensibilización y los mecanismos de rendición de cuentas. Esta evidencia fue particularmente importante para evaluar el desempeño operativo, la cobertura de la implementación y el progreso respecto a los indicadores del marco lógico y los resultados esperados (R1-R4).

El segundo nivel de evidencia se derivó del análisis comparativo de los hallazgos iniciales y finales, que sirvió como base cuantitativa principal para evaluar los cambios asociados con la intervención. El conjunto de datos de finalización (endline) se utilizó como base de evidencia a nivel de hogar para la evaluación debido a su adecuación metodológica, su amplia cobertura temática y su alineación directa con los indicadores del proyecto y las preguntas de evaluación. El análisis comparativo entre los hallazgos iniciales y finales permitió a la evaluación valorar tendencias y cambios en áreas como el acceso a los servicios de salud, el conocimiento de los derechos de salud sexual y reproductiva, las percepciones de la comunidad respecto a los servicios de SGBV, la participación en actividades de sensibilización y la utilización de los mecanismos de rendición de cuentas. Este enfoque también fortaleció la capacidad de la evaluación para valorar los resultados e impactos emergentes más allá del seguimiento rutinario de productos.

El tercer nivel de evidencia se generó a través de KII y FGD realizados con una amplia gama de partes interesadas, incluidos socios implementadores, representantes gubernamentales, trabajadores sanitarios, líderes comunitarios, Equipos de Salud de las Aldeas (VHT), estructuras de refugiados, mujeres, adolescentes y supervivientes que acceden a los servicios. Estas consultas proporcionaron una visión más profunda de las experiencias vividas por los beneficiarios y las realidades operativas de la implementación en Kampala, Kyaka II y Adjumani. La evidencia cualitativa ayudó a contextualizar los hallazgos cuantitativos al explorar las percepciones sobre la calidad del servicio, las barreras de acceso, la coordinación institucional, la apropiación comunitaria, la eficacia de los mecanismos de respuesta a la SGBV y la sostenibilidad percibida de las intervenciones del proyecto. Las KII y las FGD también aportaron pruebas importantes sobre las diferencias entre las zonas de implementación y los grupos de población.



El nivel final de evidencia implicó la interpretación y el juicio del equipo de evaluación. Los hallazgos de diferentes fuentes de datos fueron triangulados y analizados frente a la teoría del cambio del proyecto, el marco lógico y los criterios de evaluación para determinar no solo si se implementaron las actividades, sino también en qué medida contribuyeron a un cambio significativo dentro de las comunidades de refugiados y de acogida. Este enfoque analítico permitió que la evaluación fuera más allá del informe descriptivo y proporcionara una valoración más profunda de la relevancia, eficacia, eficiencia, impacto, sostenibilidad, coherencia y contribución global del proyecto al fortalecimiento de los sistemas de salud y la protección de la dignidad de los refugiados en Uganda.

#### **4.1. Logro de los objetivos.**

El proyecto contribuyó sustancialmente a la promoción del derecho a la salud y al derecho a vivir con dignidad entre las poblaciones de refugiados en Kampala, Kyaka II y Adjumani a través de un modelo de intervención integral que integró la atención primaria de salud, la salud sexual y reproductiva (SSR), la salud mental y el apoyo psicosocial (MHPSS), la prevención y respuesta a la violencia de género (GBV), la participación comunitaria y los mecanismos de rendición de cuentas. En lugar de abordar la atención de salud y la GBV como áreas temáticas aisladas, la intervención reconoció la fuerte interrelación entre las inequidades sanitarias, las vulnerabilidades relacionadas con el desplazamiento, la desigualdad de género, el malestar psicosocial y las barreras para acceder a la protección y la justicia. Este enfoque integrado permitió que el proyecto respondiera simultáneamente a las necesidades humanitarias inmediatas, al tiempo que fortalecía los sistemas a nivel comunitario, las rutas de derivación, la coordinación institucional y los enfoques de atención basados en derechos.

La evidencia de los informes de implementación indica que la intervención mejoró el acceso a servicios de salud esenciales, amplió la concienciación de la comunidad respecto a la salud y los derechos, fortaleció los sistemas de derivación y apoyo para supervivientes de violencia sexual y de género, y aumentó la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial en los tres contextos operativos. La intervención también fortaleció la participación comunitaria y las estructuras de rendición de cuentas, permitiendo que las comunidades de refugiados desempeñaran un papel más activo en la identificación de necesidades, la configuración de intervenciones y la provisión de comentarios sobre los servicios prestados. Es de destacar que el proyecto abordó la GBV de forma innovadora a través de una vía secundaria de gestión de las consecuencias médicas de la violencia y el desplazamiento, así como de los factores estructurales y sociales que aumentan la vulnerabilidad, incluyendo el estigma, la falta de



información, las rutas de derivación deficientes, el aislamiento social y los limitados mecanismos de protección a nivel comunitario.

A un nivel más amplio, el proyecto demostró alineación con los principios de protección humanitaria, los enfoques de derechos humanos y la agenda de localización al trabajar a través de los sistemas públicos existentes, las estructuras dirigidas por refugiados, las autoridades locales, los Equipos de Salud de las Aldeas (VHT), los comités comunitarios y los socios implementadores locales. Por lo tanto, la intervención contribuyó no solo a los resultados de la prestación de servicios, sino también al fortalecimiento de la apropiación local, la coordinación institucional y la resiliencia comunitaria. Cabe señalar que persistieron importantes desafíos estructurales, como el desabastecimiento de medicamentos, el estigma persistente en torno a la salud mental y la GBV, las barreras de transporte y las limitaciones dentro del sistema de salud en general. Sin embargo, la implementación global avanzó significativamente en el acceso a servicios dignos, integrados y centrados en los supervivientes para las poblaciones de refugiados en las tres áreas de intervención.

El objetivo específico de mejorar el estado de salud y de salud sexual y reproductiva de las poblaciones de refugiados congoleños, sursudaneses, somalíes y de otros orígenes, mediante el abordaje de la violencia sexual y de género como una violación de los derechos humanos y un problema de salud pública, se logró en gran medida. En relación con el **I.O.V.1.O.E**, la intervención amplió con éxito el acceso a servicios de salud integrados con un fuerte enfoque en SSR, salud mental, apoyo psicosocial, prevención y respuesta a la GBV y sistemas de protección de base comunitaria. Mediante el uso combinado de servicios de salud fijos, equipos móviles de extensión, derivaciones a atención especializada, sensibilización comunitaria, intervenciones de apoyo psicosocial y asistencia legal y psicológica centrada en los supervivientes, el proyecto abordó barreras críticas que anteriormente habían limitado el acceso a una atención integral entre las comunidades de refugiados.

En relación con el **I.O.V.2.O.E** y **I.O.V.3.O.E**, La intervención también reforzó las capacidades del personal sanitario, los líderes comunitarios y las estructuras de la comunidad para identificar, prevenir, derivar y responder a los casos de VBG y otros problemas de protección. La difusión de protocolos de derivación, el fortalecimiento de los comités comunitarios, la creación de sistemas de rendición de cuentas y de retroalimentación, y el refuerzo de la coordinación entre los agentes de salud, protección y comunitarios contribuyeron a un marco de respuesta más estructurado e integral. Paralelamente, las actividades de sensibilización mejoraron el conocimiento de las comunidades de refugiados sobre los servicios



disponibles, las rutas de derivación, los derechos, la igualdad de género y la prevención de la violencia, apoyando así un comportamiento de búsqueda de atención más temprano y una mayor utilización de los servicios.

Es importante destacar que el proyecto demostró capacidad de adaptación a las diferentes realidades de los contextos urbanos y de los asentamientos. En Kyaka II y Adjumani, las intervenciones se centraron en gran medida en mejorar el acceso a la atención sanitaria esencial, la prevención de enfermedades infecciosas, los servicios de extensión y los sistemas comunitarios en asentamientos geográficamente dispersos. En Kampala, la intervención respondió de forma creciente a la carga de enfermedades crónicas, el malestar psicosocial, las afecciones de salud mental y los casos complejos de VBG que afectan a las poblaciones de refugiados urbanos. Esta adaptación contextual aumentó la relevancia de la intervención y mejoró la capacidad de respuesta a las vulnerabilidades específicas en cada área operativa. Además, en consonancia con el **I.O.V.4.O.E**, la intervención reforzó los mecanismos de participación, rendición de cuentas y coordinación a través de comités comunitarios, plataformas de diálogo, sistemas de retroalimentación y estructuras de coordinación interinstitucional, contribuyendo a una asistencia humanitaria más transparente, participativa y centrada en la comunidad.

La intervención demostró una adaptación contextual en las tres áreas operativas, respondiendo a las distintas realidades sanitarias, de protección y psicosociales que afectan a las poblaciones de refugiados en Kampala, Kyaka II y Adjumani. En Kampala, el proyecto abordó de manera creciente los complejos retos a los que se enfrentan los refugiados urbanos, como el acceso fragmentado a la atención sanitaria, los elevados costes directos, las enfermedades crónicas, el malestar psicosocial, las afecciones de salud mental y los problemas de protección vinculados a la pobreza, el aislamiento social y las condiciones de vida inseguras. En Kyaka II, la intervención se centró más en mejorar el acceso a la atención sanitaria esencial, los servicios de salud materna e infantil, la prevención de enfermedades infecciosas y los sistemas de extensión comunitaria en un entorno de asentamiento geográficamente disperso donde la distancia y la limitada cobertura de los servicios seguían siendo barreras importantes. En Adjumani, el proyecto respondió a las vulnerabilidades asociadas a los contextos de asentamientos remotos, los riesgos recurrentes de brotes, el débil acceso a servicios especializados y las elevadas necesidades psicosociales de las poblaciones desplazadas, reforzando al mismo tiempo los mecanismos de sensibilización, derivación y protección a nivel comunitario. Este enfoque diferenciado mejoró significativamente la relevancia y adecuación de la intervención en las tres ubicaciones.

Uno de los principales puntos fuertes de la intervención fue su modelo de implementación por niveles, que vinculó las estructuras comunitarias, los servicios de extensión, los centros sanitarios, los sistemas de derivación, los servicios psicosociales y los mecanismos de coordinación institucional. Esto creó múltiples puntos de entrada a través de los cuales los refugiados podían acceder al apoyo, al tiempo que se reforzaba la prevención, la sensibilización, la identificación temprana, las derivaciones y la continuidad de la atención. La intervención también demostró una sólida alineación con los sistemas nacionales y los mecanismos de coordinación humanitaria, reforzando la sostenibilidad y la apropiación local.

Otro de los principales puntos fuertes de la intervención fue su capacidad para combinar una visión estratégica unificada con enfoques de ejecución flexibles y sensibles al contexto en diversos entornos humanitarios. Aunque el proyecto mantuvo un enfoque constante en la atención sanitaria integrada, la SSR, la salud mental, la prevención y respuesta a la VBG, la rendición de cuentas y la participación comunitaria, el énfasis operativo evolucionó según las realidades de cada lugar. Las intervenciones en los asentamientos de Kyaka II y Adjumani se basaron en gran medida en sistemas móviles de extensión, estructuras comunitarias, actividades de sensibilización y coordinación de derivaciones para abordar las barreras vinculadas a la geografía, las infraestructuras y la limitada disponibilidad de servicios. Por el contrario, las intervenciones en Kampala se centraron cada vez más en navegar por los fragmentados sistemas urbanos, reforzar las derivaciones, abordar las afecciones crónicas y de salud mental, y responder a vulnerabilidades sociales y de protección más complejas que afectan a los refugiados urbanos. Esta adaptabilidad mejoró la eficacia global del proyecto y reforzó su alineación con los principios de la programación humanitaria basada en los derechos, centrada en los supervivientes y orientada a la comunidad.

El proyecto se distinguió además por su énfasis en la participación y la rendición de cuentas. Las comunidades de refugiados no fueron tratadas meramente como beneficiarias, sino de forma creciente como participantes activos a través de comités comunitarios, sesiones de diálogo, estructuras de seguimiento, redes de VHT y mecanismos de rendición de cuentas. Este enfoque participativo reforzó la confianza, la aceptación de la comunidad y la capacidad de respuesta a las necesidades emergentes, contribuyendo al mismo tiempo a una mayor transparencia e inclusión.

A pesar de los puntos fuertes mencionados, las persistentes limitaciones sistémicas continuaron afectando al acceso de los refugiados a los servicios sanitarios y de protección, incluyendo la escasez de suministros, la alta demanda de servicios, las vulnerabilidades económicas, el estigma y las



debilidades dentro de los sistemas de derivación más amplios. No obstante, las pruebas disponibles indican que la intervención contribuyó significativamente a mejorar el acceso a una atención sanitaria integrada y fortalecer los mecanismos de protección y apoyo para las poblaciones de refugiados en las tres ubicaciones del proyecto.

En las tres áreas operativas, la intervención generó bases importantes para mejoras a largo plazo en el acceso a la salud, la prevención y respuesta a la VBG, el apoyo a la salud mental y la resiliencia comunitaria. Aunque las limitaciones estructurales dentro del entorno humanitario y de salud pública siguen siendo significativas, el proyecto estableció sistemas comunitarios e institucionales más sólidos que pueden sustentar respuestas más coordinadas, inclusivas y basadas en los derechos para las poblaciones de refugiados en Uganda. En general, el proyecto logró relevancia y coherencia estratégica al integrar la prestación de servicios sanitarios, la protección, el apoyo psicosocial, la participación comunitaria, la rendición de cuentas y el fortalecimiento institucional en un marco único y cohesivo. La intervención fue más allá de un enfoque estrecho de prestación de servicios para abordar los factores interconectados de vulnerabilidad que afectan a las poblaciones de refugiados, en particular a las mujeres, los niños, los adolescentes y los supervivientes de la violencia sexual y de género.

#### 4.2. Logro de lo previsto resultados y logros

**Logro 1: Aumento de la cobertura, la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria esencial entre la población refugiada en Kampala, Kyaka II y Adjumani, con especial atención a la salud mental y a la salud sexual y reproductiva, garantizando una atención segura y adecuada para los supervivientes de la violencia sexual y de género.**

En general, el Logro 1 se alcanzó en un grado elevado en las tres zonas de intervención. La intervención amplió significativamente el acceso a la atención sanitaria esencial, a los servicios de salud sexual y reproductiva, a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, a la atención de derivación y a los servicios de extensión comunitaria para las poblaciones refugiadas en Kampala, Kyaka II y Adjumani. La mayoría de los indicadores correspondientes a este logro alcanzaron o superaron sustancialmente sus objetivos previstos, lo que demuestra un sólido rendimiento en la ejecución y la capacidad de la intervención para responder a diversas necesidades humanitarias y de salud pública, tanto en entornos urbanos como de asentamientos.



La consecución del Logro 1 se impulsó mediante una combinación de apoyo sanitario en los centros, suministro de medicamentos y material médico, despliegue de equipos móviles integrales de extensión, sistemas de coordinación de derivaciones, intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial, formación del personal sanitario y refuerzo de los mecanismos de derivación y coordinación. La intervención también demostró una adaptación contextual en todas las áreas operativas. En Kyaka II y Adjumani, las intervenciones se centraron en gran medida en mejorar el acceso a la atención sanitaria esencial, la prevención de enfermedades infecciosas, los servicios de salud materna e infantil y los sistemas de extensión basados en los asentamientos. En Kampala, la intervención respondió cada vez más a la creciente carga de enfermedades crónicas, la angustia psicosocial, los trastornos de salud mental, las afecciones ortopédicas y las complejas necesidades de derivación que afectan a las poblaciones de refugiados urbanos.

**Actividad 1.1. Suministro de medicamentos esenciales y suministros médicos adaptados a las necesidades de la población refugiada, principalmente para la reducción de la mortalidad materna e infantil y la atención clínica para la SSR y la violencia sexual.**

Esta actividad contribuyó significativamente a mejorar la accesibilidad, la cobertura y la calidad de los servicios sanitarios entre las poblaciones refugiadas mediante el refuerzo de la capacidad de los centros de salud y la reducción del desabastecimiento de medicamentos en las tres ubicaciones operativas.

La intervención comenzó con evaluaciones conjuntas realizadas junto con la Autoridad de la Ciudad Capital de Kampala (KCCA) y las Oficinas de Salud de los Distritos de Kyegegwa y Adjumani para identificar las enfermedades más prevalentes, las brechas sanitarias prioritarias y los desabastecimientos recurrentes de medicamentos que afectaban a los centros de salud que atienden a refugiados. Las evaluaciones incorporaron un enfoque sensible al género y centrado en el superviviente, con especial atención a la salud materna, la SSR, la salud mental y la atención a los supervivientes de la violencia sexual y de género. Los procesos de adquisición se llevaron a cabo mediante procedimientos competitivos de selección de proveedores de acuerdo con las directrices de contratación. Los medicamentos y suministros médicos se adquirieron a través de proveedores autorizados, entre ellos Henber Pharmacy, Tavos, Ronjo Diagnostics LTD, Pharmacy Company Limited y Abacus Pharma Africa LTD. Los sistemas de distribución se ajustaron a las directrices de la OPM, OCHA y el UNFPA, mientras que los sistemas de gestión de existencias y rendición de cuentas se reforzaron en los centros de salud apoyados.



## Indicador vinculado: I.O.V.1.R.1.

**Objetivo 1:** Al menos 10.600 refugiados (6.500 en Kyaka II, 3.000 en Kampala y 1.100 en Adjumani) reciben atención médica y medicamentos en los centros de salud.

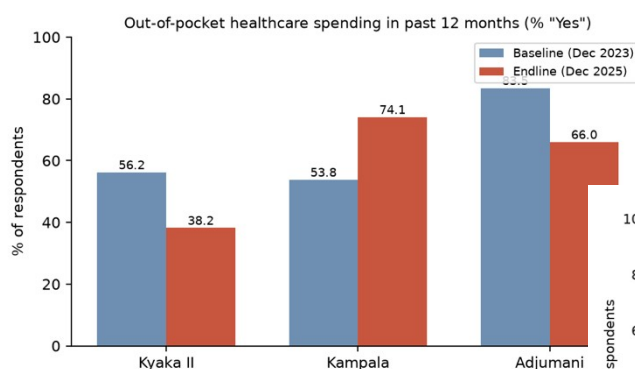
**Logro:** Un total de 23.596 refugiados recibieron atención médica y medicamentos a través de los centros de salud apoyados, incluidos 8.505 refugiados en Kyaka II, 3.219 en Kampala y 11.872 en Adjumani.

La intervención superó sustancialmente su objetivo original de cobertura sanitaria. En Kyaka II y Adjumani, los medicamentos apoyaron principalmente el tratamiento de la malaria, la neumonía, la diarrea, las afecciones de salud materna e infantil y los brotes de enfermedades infecciosas, al tiempo que reforzaron los servicios de SSR y los relacionados con el VIH. En Kampala, la adquisición de medicamentos respondió cada vez más a las enfermedades crónicas, las afecciones ortopédicas y las necesidades de atención sanitaria relacionadas con la salud mental entre las poblaciones de refugiados urbanos.

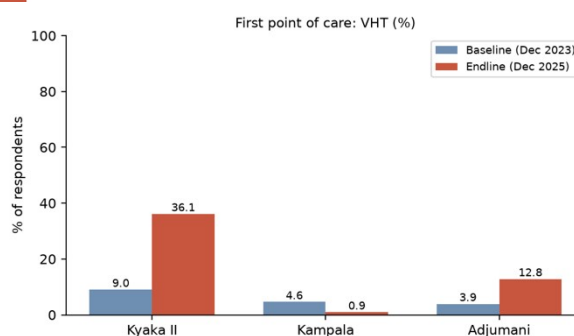
La actividad también reforzó las capacidades de preparación y respuesta ante amenazas para la salud pública, incluidos los brotes de ébola, Mpox y fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, mediante el suministro de materiales de saneamiento, suministros de prevención de infecciones y productos de diagnóstico.

La intervención contribuyó a reducir las barreras de acceso a la sanidad asociadas al desabastecimiento de medicamentos, especialmente entre las poblaciones vulnerables, como las mujeres, los niños menores de cinco años, los supervivientes de violencia de género y las personas que requieren apoyo para cuidados crónicos.

## Cambios en la línea de base y en la línea final



Las encuestas a los hogares captaron cambios tangibles en los patrones de búsqueda de atención sanitaria y en la

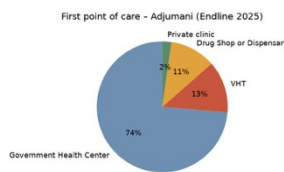


percepción de la disponibilidad de medicamentos entre la línea de base (n=815: Kyaka II 310, Kampala 253, Adjumani 252) y la línea final (n=796: Kyaka II 327, Kampala 271, Adjumani 198). Los gastos directos declarados en atención sanitaria en los últimos 12 meses disminuyeron sustancialmente en dos de los tres centros —del 56,2 % al 38,2 % en Kyaka II y del 83,5 % al 66,0 % en Adjumani—, lo que concuerda con la contribución del proyecto a la reducción de los desabastecimientos en los centros apoyados. En Kampala, sin embargo, la proporción que declara gastos sanitarios aumentó del 53,8 % al 73,6 %, lo que refleja la orientación más privatizada, orientada a los cuidados crónicos, de las necesidades sanitarias de los refugiados urbanos, hacia la que se redirigió cada vez más la contratación del proyecto. La proporción de encuestados que realmente recibió tratamiento cuando buscó atención en un Centro de Salud del Gobierno o a través de un VHT aumentó en Kyaka II (94,4 %→98,9 %) y especialmente en Kampala (87,3 %→100,0 %), lo que indica una mejora en la disponibilidad inmediata de medicamentos y suministros en los puntos de entrada apoyados. La percepción de la disponibilidad de medicamentos (escala de 5 puntos) se mantuvo estable en términos generales en Kyaka II (3,10→3,14), pero disminuyó en Kampala (3,65→2,80) y Adjumani (3,22→2,94), lo que refleja la creciente demanda y las carencias restantes a pesar de las aportaciones del proyecto. La proporción de personas que acudieron primero a un Centro de Salud del Gobierno cuando estaban enfermas disminuyó en los tres emplazamientos —sobre todo en Kyaka II (80,4 %→48,2 %)— con el correspondiente aumento del uso del primer contacto con los VHT (Kyaka II 9,0 %→36,1 %; Adjumani 3,9 %→12,8 %), lo que indica una exitosa transferencia de tareas hacia los puntos de servicio comunitarios reforzados por el proyecto.

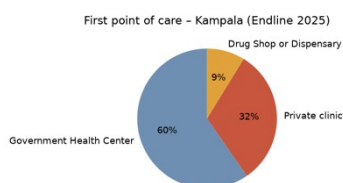
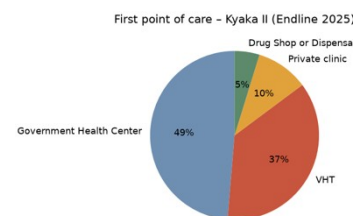
### **Perspectivas de las KII/FGD**



**Alivio de la escasez inmediata de suministros** La evidencia cualitativa corrobora sólidamente el hallazgo cuantitativo de que el proyecto mitigó con éxito los gastos sanitarios directos, específicamente en los entornos de los asentamientos. Tanto los proveedores de atención sanitaria como los miembros de la comunidad indicaron que, antes de las reservas de suministro de la intervención, los frecuentes desabastecimientos obligaban a los refugiados a comprar de forma independiente los medicamentos esenciales. Sin embargo, el suministro directo de productos básicos por parte de los socios ejecutores (AHA y EMESCO) estableció redes de seguridad vitales. Como observó una enfermera psiquiátrica: *"Estos medicamentos, al igual que cosas como la PrEP... son necesarios para gestionar los casos. Y una vez que te quedas sin existencias... esto afecta al caso"* (KII, Enfermera Psiquiátrica, AHA). Al cubrir estas carencias, el proyecto preservó el acceso a la sanidad de los más vulnerables.



**Disparidades urbanas frente a los asentamientos en la búsqueda de atención.** Por el contrario, en Kampala se produjo un aumento del gasto directo de bolsillo, una realidad que las ideas cualitativas atribuyen al carácter complejo y de cuidados crónicos de las demandas sanitarias urbanas, frente al enfoque de atención primaria de los asentamientos. Los pacientes urbanos presentaban con frecuencia enfermedades no transmisibles que requerían medicamentos especializados y costosos que el suministro de medicamentos esenciales del proyecto no siempre podía cubrir. Un encuestado urbano destacó la frustración de recibir analgésicos genéricos para dolencias específicas: *"Quizás tienes dolor de cabeza. Te dan algo que puede ayudar con eso, pero no te dan el medicamento específico que tienes que tomar"* (FGD, Hombres, Kampala). Del mismo modo,



un comandante del asentamiento verificó esta limitación, señalando que el proyecto proporcionó *"medicamentos esenciales... pero ¿qué pasa con otros medicamentos para enfermedades complicadas?"* (KII, Comandante del Asentamiento, OPM, Adjumani). En consecuencia, la capacidad de los VHT como equipos de primera respuesta absorbió eficazmente las necesidades rutinarias de atención primaria dentro de las comunidades, pero los refugiados urbanos que requerían una gestión de morbilidades avanzadas siguieron enfrentándose a considerables cargas financieras.

## **Actividad 1.2. Prestación de pruebas médicas seguras en hospitales nacionales de Kampala para refugiados derivados de los asentamientos de Kyaka II, Kampala y Adjumani**

Esta actividad fortaleció el acceso a servicios de diagnóstico especializados y a la atención sanitaria de derivación para los refugiados que requerían investigaciones médicas avanzadas y tratamientos que superan la capacidad de las instalaciones sanitarias de los asentamientos y de los niveles inferiores.

La intervención estableció sistemas estructurados de coordinación de derivaciones que incluían la selección para derivación, la programación de citas, el apoyo al transporte, el alojamiento a través de albergues médicos, la coordinación del seguimiento y la vinculación con hospitales nacionales de referencia e instalaciones de diagnóstico especializadas en Kampala. Los casos de urgencia y de salud mental se priorizaron a través de sistemas de derivación rápida, mientras que las derivaciones electivas se gestionaron a través de mecanismos de coordinación programados en los que participaron los socios de los asentamientos y los coordinadores de derivaciones. La intervención también apoyó el transporte, el alojamiento y la continuidad de los cuidados para los pacientes que requerían un seguimiento prolongado y servicios de revisión especializada. Los sistemas de derivación se fortalecieron mediante la coordinación entre AHA, los socios de los asentamientos, los hospitales de referencia, AIRD y laboratorios especializados.

### **Indicador vinculado: I.O.V.2.R.1.**

**Meta:** Al menos 1.500 refugiados derivados para la realización de pruebas médicas, análisis y diagnósticos seguros en hospitales nacionales de referencia en Kampala.

**Logro:** Un total de 1.780 refugiados recibieron apoyo para derivaciones de pruebas médicas especializadas y diagnóstico, de los cuales aproximadamente el 59 % eran mujeres y niños menores de cinco años.

El proyecto superó la meta de derivaciones prevista y reforzó significativamente el acceso a la atención sanitaria especializada para los refugiados en toda Uganda. Aunque las derivaciones procedían originalmente de Kyaka II, Kampala y Adjumani, la intervención también apoyó a refugiados de otros asentamientos, incluidos Rwamwanja, Palorinya, Kyangwali y Nakivale. La mayor proporción de casos derivados correspondió a afecciones relacionadas con el cáncer (468 casos), trastornos musculoesqueléticos (393 casos), afecciones cardiovasculares (203 casos), trastornos neurológicos (142 casos), afecciones nefrológicas y urológicas (104 casos) y afecciones gastrointestinales (99 casos). Estos



hallazgos pusieron de relieve la creciente carga de enfermedades crónicas, afecciones médicas complejas y necesidades de atención sanitaria especializada entre la población refugiada.

Las variaciones geográficas fueron evidentes en las distintas zonas operativas. En los contextos de los asentamientos, como Kyaka II y Adjumani, las derivaciones se vincularon frecuentemente con la limitada disponibilidad de especialistas y las deficiencias en la capacidad diagnóstica de los centros de salud locales. En Kampala, los sistemas de derivación respondieron cada vez más a las complejas necesidades sanitarias de los refugiados urbanos, incluidas las enfermedades crónicas, las lesiones ortopédicas, las afecciones de salud mental y los requisitos de diagnóstico avanzado. La actividad también contribuyó a mejorar la eficiencia dentro del sistema de derivación mediante el fortalecimiento de los mecanismos de verificación, el mayor uso de centros de nivel inferior cuando resultaba apropiado y la introducción de enfoques de derivación inversa que implicaban el desplazamiento de especialistas a los asentamientos.

### **Cambios en la línea de base y la línea final**

Los datos de la línea final muestran un progreso cuantificable en el acceso a los clínicos, particularmente en Adjumani, donde la proporción de encuestados que declararon dificultades para acceder a un médico o a un profesional clínico en los últimos 12 meses descendió del 42,7 % al 30,9 %. En Kyaka II y Kampala, el indicador se mantuvo esencialmente estancado (34,3 % → 39,3 % y 42,3 % → 44,7 % respectivamente), lo que resulta coherente con las brechas persistentes de especialistas que la vía de derivación está diseñada para abordar, más que para eliminar a nivel local. Las calificaciones medias de los servicios de hospitalización, el triaje y los servicios de ambulancia se recogieron en escalas Likert en ambas rondas, pero el cambio más procesable es el fuerte respaldo final al apoyo de tipo derivación: cuando se combina con los datos de seguimiento del proyecto sobre 1.780 derivaciones especializadas (meta 1.500), la evidencia de la encuesta apoya la conclusión de que el apoyo a la derivación compensó parcialmente la escasez no resuelta de especialistas en el nivel de atención primaria, especialmente en Adjumani.

### **Perspectivas de KII/FGD**

**Cerrar las brechas de diagnóstico a través de la coordinación** El establecimiento de un mecanismo de derivación estructurado abordó un vacío crítico en la infraestructura sanitaria para refugiados. Las partes interesadas señalaron que, antes de la intervención, los refugiados que requerían diagnósticos avanzados, cirugías o atención oncológica se



enfrentaban a inmensas barreras logísticas y financieras. La facilitación por parte del proyecto de transporte seguro, alojamiento y citas para procedimientos en instalaciones nacionales contribuyó directamente a la superación de las metas de derivación. Un albergue médico gestionado por AHA fue citado frecuentemente como un punto intermedio crucial para los refugiados rurales que realizaban tratamientos en Kampala. Un miembro de la comunidad recordó: *«Estuvieron en Kampala durante cuatro meses. AHA los cuidó y estuvieron en el Hospital Mulago»* (FGD, Mujeres sobrevivientes, Kyaka II).

**Desafíos persistentes en los sistemas y la navegación urbana:** A pesar de las marcadas mejoras, los relatos cualitativos revelan que el seguimiento y el cierre del ciclo de derivación siguen siendo obstáculos significativos. La documentación incompleta y la rotación de personal en los hospitales receptores interrumpieron con frecuencia la cascada de retroalimentación necesaria para una gestión integral de los casos. Además, las recientes limitaciones de financiación han amenazado la sostenibilidad de la coordinación de derivaciones urbanas, dejando a los trabajadores sanitarios locales en una situación difícil. Un oficial clínico lamentó la ruptura de la vía, afirmando: *«En este momento, la vía de derivación es un problema bastante grande... no tenemos un sistema de apoyo que nos ayude»* (KII, Oficial Clínico, MTI, Kyaka II). Por lo tanto, si bien la intervención sorteó eficazmente el déficit de especialistas locales momentáneamente, la sostenibilidad a largo plazo exige una integración institucional más profunda.

**Actividad 1.3. Formación del personal sanitario en la prevención de enfermedades transmisibles y en atención materno-infantil y salud sexual y reproductiva (SSR), garantizando una atención segura y adecuada a los sobrevivientes de violencia sexual y de género (incluida la salud mental)**

Esta actividad tenía como objetivo fortalecer la capacidad técnica de los trabajadores sanitarios para prestar servicios de salud de calidad, sensibles al género, basados en derechos y culturalmente apropiados para las poblaciones de refugiados en las tres áreas operativas.

Las actividades de formación se dirigieron a trabajadores sanitarios de centros de salud públicos, centros privados que atienden a refugiados, centros de derivación y sistemas de salud comunitaria. Las capacitaciones abordaron la salud materna e infantil, la prevención de enfermedades infecciosas, la gestión de la salud mental, los servicios de SSR, la gestión de casos de violencia de género (VG), la atención prenatal y postnatal, el cribado de cáncer de mama y de cuello uterino, la respuesta centrada en los sobrevivientes y los sistemas de coordinación de derivaciones.

Se utilizaron metodologías participativas que incluyeron simulacros, estudios de casos, debates, trabajos en grupo, juegos de rol y



demostraciones prácticas para reforzar tanto las competencias técnicas como las habilidades clínicas aplicadas.

**Indicador vinculado: I.O.V.3.R.1.**

**Meta 1:** El 75 % de 60 profesionales sanitarios participan en cursos de formación especializados y aplican los conocimientos adquiridos.

**Logro:** Un total de 241 profesionales sanitarios participaron en actividades de formación especializada, y las evaluaciones posteriores a la formación demostraron una mejora significativa de los conocimientos y competencias técnicas. (el promedio de la puntuación en el post-test aumentó en todos los casos)

La intervención superó sustancialmente su objetivo original de formación del personal sanitario. La cobertura de la formación se amplió mucho más allá de las proyecciones iniciales debido a la alta demanda y a las brechas de capacidad identificadas en los centros de salud que atienden a poblaciones refugiadas.

En Kampala, las formaciones se centraron intensamente en los retos sanitarios de los refugiados urbanos, incluyendo la atención prenatal y postnatal, la planificación familiar, el cribado de cáncer, la gestión de casos de Violencia de Género (VG) y los enfoques de atención centrados en el superviviente. En Kyaka II, el enfoque estuvo más vinculado a la prevención de enfermedades infecciosas, la salud materno-infantil y los retos sanitarios específicos de los asentamientos. En Adjumani, las formaciones hicieron hincapié en la preparación ante epidemias, la prevención y el control de infecciones, el cribado de salud mental y el manejo clínico de casos de VG, incluida la coordinación con la policía y los agentes de protección.

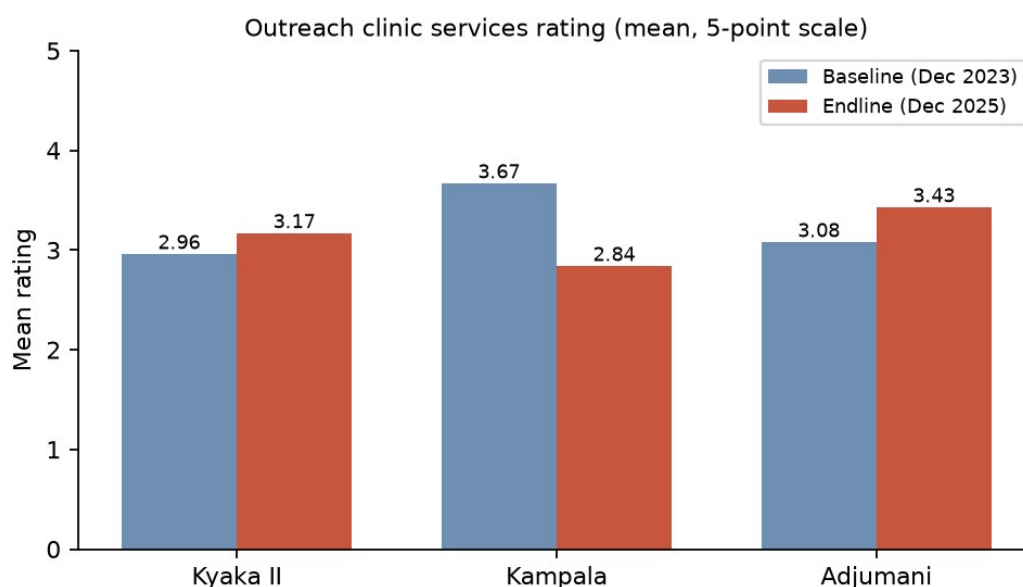
Las evaluaciones previas y posteriores a la formación demostraron de forma coherente mejoras sólidas en los conocimientos técnicos en todos los temas de formación y áreas operativas. Las formaciones también reforzaron la coordinación entre los proveedores de atención sanitaria, los agentes de protección, la policía, los sistemas de derivación y las estructuras comunitarias.

A pesar de estos logros, la alta rotación de personal en los centros sanitarios siguió siendo un reto significativo que afectó a la continuidad de la capacidad institucional. Los participantes también identificaron la necesidad de una formación de actualización continua, mentoría y una mayor disponibilidad de herramientas clínicas, materiales de derivación y suministros médicos.

**Cambios entre la Línea de Base y el Final del Proyecto**



Las percepciones a nivel comunitario sobre el comportamiento de los proveedores —un indicador indirecto de las dimensiones de calidad a las que se dirigía el paquete de formación— mostraron una evolución mixta pero generalmente positiva. La frecuencia con la que se informó de que los proveedores preguntaban por las opiniones o creencias de los pacientes sobre su atención mejoró en Kyaka II (media de 2,84→3,28 en una escala de 5 puntos) y Kampala (3,27→3,48), mientras que se mantuvo estable en Adjumani (3,22→3,19). El uso de intérpretes para comprender las necesidades sanitarias de los pacientes mejoró en Kampala (85,5%→94,0%) pero disminuyó en Kyaka II (76,8%→54,1%) y Adjumani (91,5%→85,6%), lo que señala brechas en la mediación lingüística que persisten a pesar de la formación. Las calificaciones en la escala de Likert sobre el asesoramiento, la planificación familiar, los servicios maternos y los servicios de los Equipos de Salud de las Aldeas (VHT) fueron generalmente superiores a 3,5/5 al final del proyecto en Kampala y Adjumani, siendo en Kyaka II algo más bajas, lo cual es coherente con el énfasis de la formación (gestión de VG urbana/cribado de cáncer en Kampala; preparación ante epidemias y manejo clínico de la VG en Adjumani) y subraya la exposición continua del personal recién desplegado en Kyaka II a los descensos en la calidad relacionados con la rotación de personal.



### Perspectivas de KII/FGD

**Mejora de la Confianza y Competencia Clínica** Los datos cualitativos coinciden con las mejoras de conocimientos reportadas tras las iniciativas de formación especializada. El personal sanitario y los socios implementadores destacaron que el fortalecimiento de capacidades permitió al personal gestionar con confianza asuntos sensibles, particularmente las respuestas clínicas a la VG. Antes de la intervención, muchos centros carecían del



personal especializado necesario para realizar exámenes forenses o administrar atención inmediata tras una violación. Tras la formación, el número de profesionales capacitados para responder aumentó notablemente. Una persona focal de VG recordó: «Antes, teníamos unos seis trabajadores sanitarios que eran competentes... pero tras la formación del año pasado, nuestro número ascendió a unos 12" (KII, Oficial de VG MTI, Kyaka II).

**Barreras Persistentes en Comunicación y Sistemas** Aunque las competencias clínicas mejoraron, los hallazgos mixtos de la encuesta sobre el comportamiento de los proveedores se reflejan en los relatos de las transcripciones. La aplicación de la atención centrada en el superviviente sigue viéndose parcialmente obstaculizada por déficits sistémicos, principalmente la rotación de personal y las barreras lingüísticas. Los encuestados subrayaron que una atención de calidad depende de una comunicación clara; sin embargo, muchos centros aún luchan contra la escasez de intérpretes, lo que da lugar a experiencias deficientes para los pacientes. «Necesitamos más intérpretes... tenemos escasez de ellos,» admitió un enfermero psiquiátrico (KII, Enfermero Psiquiátrico, AHA). Del mismo modo, el elevado agotamiento entre el limitado personal restante provocó en ocasiones encuentros adversos con los pacientes, lo que indica que, si bien la formación es eficaz, frecuentemente se ve contrarrestada por la presión sobre los recursos y las desconexiones lingüísticas.

#### **Actividad 1.4. Difusión del protocolo sanitario y de los procedimientos operativos estándar entre el personal sanitario desde la perspectiva de la integración de los componentes de aceptabilidad, género y derechos humanos en la práctica clínica**

Esta actividad reforzó la comprensión e implementación de los procedimientos operativos estándar (SOP) de derivación y los mecanismos de coordinación entre los agentes de salud, protección y derivación en Kampala, Kyaka II y Adjumani.

La intervención respondió a la creciente presión sobre los sistemas de derivación causada por derivaciones inapropiadas, una comprensión limitada de los criterios de derivación, una coordinación débil y una demanda creciente de servicios especializados. Se llevaron a cabo reuniones participativas de difusión y coordinación en las que participaron trabajadores sanitarios, autoridades de distrito, ACNUR, OPM, hospitales de referencia y socios implementadores.

**Indicador vinculado: I.O.V.3.R.1.**

**Objetivo:** Difusión de un protocolo de actuación entre el personal sanitario.



**Logro:** Se difundió y puso en funcionamiento un protocolo de derivación y los procedimientos operativos estándar asociados entre las partes interesadas del sector sanitario en las tres áreas operativas.

Un total de 42 partes interesadas participaron en las sesiones de difusión en Kampala, 44 en Kyaka II y 20 en Adjumani. La actividad reforzó el entendimiento compartido respecto a los criterios de derivación, los requisitos de documentación, las responsabilidades de coordinación y las rutas de derivación centradas en el superviviente.

La intervención también facilitó la identificación de cuellos de botella clave en las derivaciones, incluyendo la escasez de especialistas, las barreras de transporte, las limitaciones de suministro y las debilidades en los sistemas de información sanitaria. Las discusiones generaron recomendaciones para fortalecer la coordinación de las derivaciones, mejorar los procesos de priorización y reforzar los sistemas de seguimiento.

La actividad contribuyó a mejorar la coordinación, la estandarización, la rendición de cuentas y la eficiencia dentro de los sistemas de derivación de refugiados, al tiempo que reforzó los principios de dignidad, sensibilidad de género, derechos humanos y acceso equitativo a la atención sanitaria.

### **Cambios entre la Línea de Base y el Final del Proyecto**

El conocimiento de las prácticas de coordinación relacionadas con el protocolo se utilizó como un indicador indirecto a nivel comunitario para la difusión de los SOP. El compromiso reportado de las agencias con el liderazgo comunitario sobre la adecuación cultural de los servicios mejoró notablemente en Kampala (73,8%→89,8%) pero disminuyó en Kyaka II (77,0%→53,1%) y Adjumani (87,4%→72,0%), lo que sugiere que la difusión del protocolo se tradujo de forma más visible en las estructuras de coordinación urbanas que en la práctica rutinaria a nivel de los asentamientos. La asistencia reportada a las reuniones posteriores a la distribución sobre los medicamentos suministrados a la comunidad disminuyó en todos los sitios (Kyaka II 56,2%→44,6%; Kampala 57,8%→22,7%; Adjumani 67,5%→63,5%), lo que indica que, aunque el SOP de derivación se puso en funcionamiento entre 106 partes interesadas en los tres sitios, los circuitos de retroalimentación comunitaria sobre las cadenas de suministro se debilitaron, una brecha que la evaluación señala para el plan de sostenibilidad.

### **Perspectivas de KII/FGD**

**Sinergia Interagencial Fortalecida** La difusión de los procedimientos operativos estándar (SOP) fomentó con éxito una mejor coherencia entre las partes interesadas. Las KII en todos los sitios confirmaron que basar los



servicios sanitarios, legales y psicosociales en protocolos integrados mejoró fundamentalmente la prestación de servicios. Los socios implementadores indicaron que las reuniones de coordinación formalizadas eliminaron los compartimentos estancos anteriores, facilitando derivaciones intraagenciales más fluidas. Al alinearse con protocolos centrados en el superviviente, las organizaciones locales establecieron una cadena de custodia más clara para los casos de VG. *«Al final de todo, somos capaces de recopilar la información y también de difundirla... de modo que si tal vez hubo una queja a su organización, allí mismo recibe la pregunta»* (KII, Oficial de VG MTI, Kyaka II).

**Traducir la política en práctica comunitaria** Sin embargo, a pesar del auge de la coordinación institucional, la traducción de estos PNT en conocimientos básicos tangibles encontró obstáculos. La comprensión a nivel comunitario de las rutas de derivación, particularmente en lo que respecta a las cadenas de suministro médico, pareció disminuir, lo que validó el descenso registrado en la encuesta sobre la rendición de cuentas post-distribución. Los líderes locales señalaron que, si bien los protocolos de nivel superior eran sólidos, ocasionalmente faltaban mecanismos de retroalimentación descendente que exigieran a los miembros de la comunidad comprender estos PNT. Un responsable de salud pública subrayó la necesidad de contextualizar la difusión de los protocolos: *«Usted tiene que colaborar con su socio, con el IP... y luego, dado que ahora somos socios operativos, tiene que coordinarse con el IP principal en salud»* (KII, Responsable de Salud Pública, EMESCO, Adjumani). En última instancia, aunque la armonización institucional tuvo éxito, una integración comunitaria más profunda de estos protocolos sigue siendo un requisito continuo.

### **Actividad 1.5. Coordinación de equipos móviles de salud para acercar los servicios de salud y salud mental a la población refugiada en los asentamientos de Kampala, Kyaka II y Adjumani**

Esta actividad se convirtió en uno de los mecanismos de prestación de servicios más importantes del Resultado 1, ampliando significativamente el acceso a la atención médica entre las poblaciones de refugiados geográficamente aisladas, desatendidas y altamente vulnerables.

Los equipos móviles de extensión operaron mediante una estrecha coordinación con las autoridades del distrito, los centros de salud, los líderes comunitarios, los VHT, las estructuras de refugiados y las organizaciones asociadas. Los equipos abordaron las principales barreras relacionadas con la distancia, los costes de transporte, el hacinamiento en las instalaciones, el cierre de centros de salud, las barreras lingüísticas y la limitación de los servicios especializados.



## **Indicador vinculado: I.O.V.1.R.1.**

**Objetivo 2:** 19.200 personas atendidas por 240 equipos móviles de salud desplegados.

**Logro:** Un total de 24.115 personas fueron alcanzadas a través de 243 equipos móviles de salud integrados desplegados en Kampala, Kyaka II y Adjumani.

La intervención superó tanto los objetivos de alcance como los de cobertura. En Kampala, 83 equipos móviles de extensión llegaron a 7.615 personas. En Kyaka II, 80 equipos de extensión llegaron a 7.992 personas, mientras que en Adjumani, 80 equipos de extensión llegaron a 8.508 personas.

Los servicios prestados incluyeron servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), atención prenatal, inmunización, detección de ITS, pruebas de VIH, pruebas de malaria, planificación familiar, cribado nutricional, educación sanitaria, prevención de enfermedades, asesoramiento, gestión de enfermedades crónicas y derivaciones para servicios especializados.

Las distinciones geográficas condicionaron fuertemente las prioridades de implementación. En Kyaka II y Adjumani, las actividades de extensión abordaron principalmente la prevención de enfermedades infecciosas, la salud materno-infantil, la inmunización y las barreras de acceso al asentamiento. En Kampala, los equipos móviles respondieron cada vez más a los sistemas fragmentados de acceso a la salud urbana, las enfermedades crónicas y las crecientes necesidades psicosociales y de salud mental.

Las actividades de extensión también reforzaron la participación comunitaria, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la identificación temprana de casos, al tiempo que reforzaron las rutas de derivación y los vínculos entre las comunidades y los sistemas de salud.

### **Cambios en la Línea de Base/Línea Final**

Los indicadores del nivel de exposición al alcance comunitario mejoraron en Adjumani —la educación de los VHT/trabajadores sanitarios sobre la prevención de la diarrea aumentó del 74,3 % al 88,3 %, y las valoraciones de las clínicas de extensión mejoraron de 3,08 a 3,43—, lo que confirma la fuerte tracción a nivel de asentamiento de los 80 equipos móviles desplegados allí. En Kyaka II, la valoración principal de la extensión también mejoró (2,96→3,17), aunque la sensibilización sobre la prevención de la malaria reportada por los hogares cayó (76,0 %→57,8 %), lo que refleja la geografía dispersa del asentamiento y el cambio en las prioridades de extensión durante las respuestas a brotes. Kampala mostró una disminución en la valoración de la extensión a nivel de hogar (3,67→2,85) a



pesar de que la cobertura absoluta (7.615 personas alcanzadas) fue sólida: esto es coherente con un entorno operativo urbano más fragmentado, donde los equipos móviles llegan a personas que tienen menos probabilidades de reconocer la extensión como un servicio estructurado. En los tres emplazamientos, las 24.115 personas alcanzadas por 243 equipos móviles superaron claramente el objetivo de 19.200/240.

### **Perspectivas de KII/FGD**

**Descentralización de la atención en las geografías de los asentamientos** Los equipos móviles de salud fueron identificados mayoritariamente como un éxito transformador, especialmente en asentamientos geográficamente extensos como Adjumani y Kyaka II. Al desplegar apoyo médico y psicosocial directamente en comunidades distantes, el proyecto eludió barreras estructurales importantes, incluidos los costes de transporte y la inmovilidad física. Las transcripciones revelan que los miembros de la comunidad valoraron mucho estas actividades de extensión, tratándolas con frecuencia como centros de salud independientes. *«Cuando vamos, esas comunidades lo toman como un centro de salud. Así que la afluencia es enorme»* (KII, Responsable de Salud Pública, EMESCO, Adjumani). Estas brigadas aliviaron simultáneamente la carga de los centros de salud primaria, mejorando los tiempos de espera y suavizando la congestión del sistema sanitario.

**Afrontar los retos de la fragmentación urbana.** Por el contrario, el despliegue de equipos móviles en Kampala arrojó un alto alcance numérico pero diluyó el reconocimiento a nivel comunitario, en consonancia con el descenso de las valoraciones de la extensión para el sitio urbano en la encuesta. La naturaleza dispersa de los refugiados urbanos complica la visibilidad de las intervenciones estructuradas. Sin embargo, los equipos cumplieron funcionalmente su propósito al identificar a personas incapaces de navegar por el sistema nacional de salud. Los trabajadores sanitarios señalaron que, aunque la extensión urbana supone un reto logístico, sigue siendo vital para captar a subgrupos vulnerables que no acceden a la atención formal en instalaciones. *«Tenemos grupos en los que sabemos que tal vez en Nsambya tenemos a muchos congoleños... Así que nos aseguramos de acercarnos los servicios»* (KII, Responsable de MEAL, AHA, Kampala). La estrategia tuvo éxito en volumen, pero inherentemente tuvo dificultades con la visibilidad pública en la expansión urbana.

### **Actividad 1.6. Sesiones de terapia psicológica para abordar las necesidades de salud mental y psicosocial de la población en situaciones de desplazamiento prolongado**

Esta actividad reforzó significativamente el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial para las poblaciones refugiadas que sufren

traumas, malestar psicosocial, ansiedad, depresión, estrés prolongado y aislamiento social asociados al desplazamiento y la vulnerabilidad humanitaria.

La intervención utilizó terapia interpersonal grupal, grupos de apoyo psicosocial, asesoramiento, psicoeducación, seguimiento comunitario y derivaciones a servicios psiquiátricos especializados. Las sesiones hicieron hincapié en la atención basada en el trauma, la dignidad, la confidencialidad, el fomento de la resiliencia, los mecanismos de afrontamiento y el fortalecimiento de los sistemas de apoyo social.

**Indicador vinculado: I.O.V.4.R.1.**

**Objetivo 1:** 320 personas atendidas a través de al menos 60 sesiones de terapia psicosocial.

**Logro:** Un total de 1.129 personas participaron en 240 sesiones de terapia psicosocial en las tres áreas operativas.

**Indicador vinculado: I.O.V.4.R.1.**

**Objetivo 2:** 1.800 refugiados acceden a servicios de SMAPS a través de 240 equipos móviles.

**Logro:** Un total de 6.279 refugiados accedieron a servicios de salud mental y apoyo psicosocial a través de 279 equipos móviles de extensión de salud mental.

La intervención superó sustancialmente los objetivos previstos tanto para la participación en terapias como para la cobertura de extensión, lo que refleja la elevadísima carga de necesidades no satisfechas de salud mental y apoyo psicosocial entre las poblaciones refugiadas.

En Kampala, las actividades de salud mental se centraron cada vez más en el trauma, la depresión, la ansiedad, el malestar psicosocial y las afecciones graves de salud mental entre los refugiados urbanos. En Kyaka II y Adjumani, las actividades se centraron más intensamente en el apoyo psicosocial, el cribado comunitario, la recuperación del trauma, la psicoeducación y el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento dentro de las comunidades de los asentamientos.

La intervención también reforzó los sistemas de derivación para afecciones graves de salud mental que requieren atención psiquiátrica especializada, incluidas las derivaciones al Hospital Nacional de Referencia de Butabika y la inscripción en sistemas de apoyo psicosocial continuos.

A pesar de los logros significativos, barreras como el estigma, las diferencias lingüísticas, los problemas de transporte, la vulnerabilidad



económica y las responsabilidades ambivalentes en cuanto a los medios de subsistencia continuaron afectando a la participación regular en algunos entornos. No obstante, la intervención mejoró sustancialmente el acceso a los servicios de salud mental, redujo el estigma en torno al apoyo psicosocial, reforzó la concienciación comunitaria y potenció la continuidad de los cuidados para las poblaciones refugiadas vulnerables.

### **Cambios entre la línea de base y la línea final**

El SMAPS es el área en la que los datos de la encuesta muestran la mejora más sólida y constante. La pregunta compuesta sobre el acceso a SMAPS de calidad a través de terapia psicosocial y equipos móviles aumentó de 2,94 a 3,17 en Kyaka II, de 2,76 a 3,49 en Adjumani, y solo descendió marginalmente en Kampala (3,80→3,66, partiendo de una línea de base ya elevada). Las valoraciones de los servicios de salud mental mejoraron de 3,24 a 4,14 en Adjumani y se mantuvieron esencialmente estables en niveles altos en Kyaka II (3,75→3,78) y Kampala (4,41→4,13). Las valoraciones generales del "apoyo a la salud mental" mejoraron en Kyaka II (3,08→3,21) y Adjumani (2,87→3,34). Combinados con el alcance del proyecto de 6.279 refugiados a través de 279 equipos móviles de salud mental y 1.129 participantes en 240 sesiones de terapia (frente a los objetivos de 1.800 refugiados/240 equipos y 320 participantes/60 sesiones respectivamente), estos avances corroboran uno de los cambios de comportamiento y percepción más claros y demostrables atribuibles a la intervención.

### **Perspectivas de las KII/FGD**

**Desestigmatización de las intervenciones de salud mental** La evidencia cualitativa destaca la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS) como una de las historias de éxito más profundamente valoradas de la intervención. Las terapias de SMAPS introdujeron mecanismos de afrontamiento novedosos en poblaciones agobiadas por un inmenso trauma por desplazamiento, graves dificultades económicas y reducciones acumuladas en las raciones de alimentos. Las partes interesadas observaron que las terapias de grupo (IPTG) proporcionaron consuelo comunitario, demostrando a los participantes que no sufrían de forma aislada. Un enfermero psiquiátrico reflexionó sobre este cambio: "*Aquel que cree que es la única persona que pasa por esto recuperará la esperanza... 'Oh, no estoy solo'*" (KII, Enfermero Psiquiátrico, AHA). Esta solidaridad comunitaria erosionó eficazmente los estigmas culturales arraigados en torno al malestar mental.

**Afrontar los factores de estrés estructurales del desplazamiento** La extraordinaria demanda de equipos móviles de SMAPS se correlaciona



fuertemente con las perturbaciones externas que afectan a la población refugiada, particularmente los agudos desafíos de subsistencia. Si bien las sesiones de terapia mejoraron enormemente la resiliencia emocional, los profesionales de la salud (HCW) señalaron que la estabilidad fisiológica se veía frecuentemente socavada por realidades prácticas como la inseguridad alimentaria. No obstante, las terapias cambiaron fundamentalmente la mentalidad comunitaria de la desesperación reactiva a la resiliencia proactiva. *"Pudieron compartir... lo que otros estaban pasando e incluso algunos propusieron soluciones sobre cómo superar algunas de estas preocupaciones"* (KII, Oficial de SRHR, Makasi, Kampala). Este fortalecimiento emocional a nivel comunitario valida el fuerte aumento en las valoraciones de acceso a SMAPS registradas durante las encuestas finales.

**Resultado 2: Fortalecimiento de las capacidades comunitarias para reducir las desigualdades en el acceso y uso de los recursos de salud, mejorar la atención integral a las mujeres refugiadas supervivientes de violencia sexual y de género, y promover una vida libre de violencia.**

En general, el Resultado 2 se alcanzó en un alto grado en Kampala, Kyaka II y Adjumani. La intervención reforzó significativamente los sistemas de prevención, concienciación, derivación, mediación, apoyo psicosocial y asistencia a supervivientes a nivel comunitario relacionados con la violencia sexual y de género (VBG), la salud sexual y reproductiva (SSR), la igualdad de género y la promoción de la salud comunitaria. La mayoría de los indicadores de este resultado alcanzaron o superaron sus objetivos previstos, lo que demuestra un sólido compromiso comunitario y la expansión de los sistemas de protección y apoyo localizados tanto en los asentamientos como en los contextos de refugiados urbanos.

El logro del Resultado 2 se apoyó en enfoques integrados de movilización comunitaria con la participación de líderes comunitarios, Equipos de Salud de las Aldeas (VHT), estructuras dirigidas por refugiados, comités comunitarios, líderes locales y actores institucionales. La intervención combinó el fortalecimiento de capacidades, la sensibilización, el apoyo psicosocial y legal centrado en las supervivientes, los mecanismos de diálogo comunitario y la distribución de materiales de dignidad e higiene para abordar tanto las vulnerabilidades inmediatas como las barreras estructurales que afectan a las poblaciones refugiadas, especialmente a las mujeres y las niñas.

**Actividad 2.1. Formación de líderes comunitarios en técnicas de sensibilización para promover la igualdad de género y mecanismos para la prevención, detección y mitigación de la violencia sexual y de género**



Esta actividad fortaleció la capacidad de los líderes y las estructuras comunitarias para actuar como agentes de primera línea en la prevención, identificación, mediación, derivación y respuesta a la violencia sexual y de género dentro de las comunidades de refugiados.

Se llevaron a cabo sesiones de formación en Kampala, Kyaka II y Adjumani dirigidas a trabajadores comunitarios de salud, VHT, miembros de comités de VBG, líderes de refugiados y representantes de organizaciones dirigidas por refugiados. Las formaciones se centraron en la igualdad de género, los derechos humanos, la respuesta centrada en supervivientes, las rutas de derivación, las técnicas de sensibilización, la mediación de conflictos, el PSEA, los enfoques de movilización comunitaria, las estrategias de comunicación y la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas. Metodologías participativas, que incluyen simulacros, debates, ejercicios grupales, juegos de rol y estudios de casos, se utilizaron para fortalecer el la aplicación práctica de los conocimientos en los entornos comunitarios.

**Indicador vinculado: I.O.V.1.R.2.**

**Objetivo 1:** Al menos el 80% de los 60 líderes comunitarios que participan en los módulos de formación demuestran conocimientos sobre prevención, mediación y derivación de casos de violencia contra las mujeres y VBG.

**Logro:** Un total de 62 líderes comunitarios participaron en las actividades de formación, de los cuales el 57,5% eran mujeres, y las evaluaciones posteriores a la formación demostraron una mejora significativa en los conocimientos relacionados con la prevención, la mediación, las rutas de derivación y los enfoques centrados en las supervivientes.

La intervención superó el objetivo previsto de participación de líderes comunitarios a la vez que reforzó los sistemas localizados de prevención y derivación comunitaria en las tres áreas operativas.

En Adjumani, la formación hizo hincapié en la prevención de la desigualdad de género, las violaciones de los derechos humanos y la resolución alternativa de conflictos dentro de las comunidades de los asentamientos. En Kyaka II, la formación se centró intensamente en metodologías de sensibilización, técnicas de comunicación, campañas comunitarias y el papel de los VHT y las estructuras locales en la prevención de la VBG y la promoción de la salud. En Kampala, la formación adoptó una orientación más técnica e interinstitucional, haciendo hincapié en las metodologías SASA!, el PSEA, los sistemas de derivación urbanos y la coordinación centrada en supervivientes en entornos urbanos complejos de refugiados.

Las evaluaciones iniciales y finales demostraron mejoras sustanciales en los conocimientos de los participantes en todas las áreas operativas. Los



participantes también valoraron positivamente la relevancia y aplicabilidad de los contenidos de la formación en sus funciones de participación comunitaria.

La actividad contribuyó a fortalecer la identificación temprana y la derivación de casos de VBG, mejorando la concienciación comunitaria, reforzando las capacidades de las estructuras líderes locales y promoviendo cambios graduales en las normas sociales nocivas vinculadas a la desigualdad de género y la violencia.

### **Cambios de la Línea de Base / Línea Final**

El cambio más llamativo de la línea de base a la línea final en todo el conjunto de datos es el aumento de la participación reportada en las actividades de sensibilización y formación de AHA/EMESCO en Adjumani, de un 18,5 % al inicio a un 75,1 % al final (+56,6 pp). Kampala también registró un fuerte incremento (62,2 % → 77,3 %), mientras que Kyaka II disminuyó modestamente (68,2 % → 58,5 %). La concienciación comunitaria sobre los programas de prevención de la VBG aumentó sustancialmente en Kampala (46,3 % → 65,5 %) y Adjumani (52,9 % → 66,8 %), pero cayó en Kyaka II (63,6 % → 36,0 %), lo cual es coherente con la alta saturación inicial en Kyaka II combinada con la rotación de los encuestados entre las rondas. Junto con los 62 líderes comunitarios capacitados (57,5 % mujeres) y el aumento de conocimientos documentado después de la capacitación en los datos de seguimiento, la evidencia de la encuesta demuestra una difusión sustancial a nivel comunitario de los conocimientos sobre prevención de la VBG, especialmente en Adjumani.

### **Perspectivas de las Entrevistas a Informantes Clave (KII) / Grupos Focales (FGD)**

**Empoderamiento del Liderazgo Local de Primera Línea:** La estrategia de dotar a los líderes comunitarios, a los RWC (Consejos de Bienestar de Refugiados) y a los VHT (Equipos de Salud de las Aldeas) de conocimientos integrales sobre prevención y respuesta a la VBG generó importantes dividendos estructurales. Los datos cualitativos confirman ampliamente que el anclaje de estos módulos de capacitación dentro de las jerarquías comunitarias existentes garantizó la adecuación cultural y facilitó una difusión más amplia. En Adjumani, donde las métricas de participación se dispararon, los líderes capacitados se convirtieron en los principales canales para la mediación de conflictos y la gestión de crisis como primera respuesta. Las transcripciones revelan un reconocimiento por parte de las bases hacia las intervenciones que otorgaron competencias permanentes sobre la ayuda material temporal. Una superviviente señaló: *«Cuando alguien te ha dado una habilidad, es mucho mejor que dar dinero... Los pocos conocimientos que nos han*



*dado nos han empoderado, no los olvidaremos" (FGD, Mujeres Supervivientes, Adjumani).*

**Sostenimiento del conocimiento ante la rotación de voluntarios:** Si bien la adquisición de conocimientos fue elogiada unánimemente, sostener estas estructuras de liderazgo resultó ser un desafío. En Kyaka II y Kampala, la disminución de la concienciación comunitaria visible se correlacionó a menudo con la fatiga del voluntariado y la rotación del personal. Los socios implementadores señalaron que, a pesar del intenso fortalecimiento de capacidades, los líderes que operan sin estipendios o sin un apoyo logístico sostenido tuvieron dificultades para aplicar continuamente su formación. *«Antes solo dependían de sus hombres... [la capacitación] las empoderó para ser auto-resilientes" (FGD, VHTs, Kyaka II).* Por lo tanto, si bien la capacitación logró cambiar las actitudes fundamentales hacia la igualdad de género y la prevención de la violencia, la viabilidad operativa a largo plazo de estos líderes comunitarios sigue siendo vulnerable al desgaste económico.

## **Actividad 2.2. Acciones de sensibilización y promoción para fomentar la SSR, la igualdad de género y la prevención de la violencia**

Esta actividad se convirtió en uno de los componentes de participación comunitaria más amplios del Resultado 2, ampliando significativamente el acceso a la información sobre derechos de salud, salud sexual y reproductiva, igualdad de género, prevención de la VBG, rutas de derivación, salud mental, prevención de enfermedades transmisibles y servicios de apoyo disponibles.

Las actividades de sensibilización se implementaron a través de diálogos comunitarios, sesiones de sensibilización grupal, visitas puerta a puerta, campañas de concienciación pública y actividades en iglesias, escuelas, puntos de agua, mercados, reuniones comunitarias y asentamientos de refugiados. Los líderes comunitarios, los VHT, los comités de refugiados y las estructuras comunitarias desempeñaron papeles centrales en la movilización y la difusión de mensajes.

### **Indicador Vinculado: I.O.V.2.R.2.**

**Meta:** 20.000 personas alcanzadas a través de sesiones informativas dirigidas por líderes comunitarios sobre promoción de la salud, SSR, igualdad de género y servicios de prevención y respuesta para supervivientes de la violencia de género (SGBV).

**Logro:** Se alcanzó a un total de 22.660 personas a través de actividades de concienciación y sensibilización, incluyendo 12.183 personas en Kyaka II, 5.657 personas en Kampala y 4.820 personas en Adjumani.

La intervención superó su meta planificada de sensibilización y fortaleció significativamente el conocimiento comunitario sobre promoción de la salud, SSR, igualdad de género, salud mental, prevención de enfermedades transmisibles, derechos de los supervivientes y sistemas de derivación.

En Adjumani, las actividades de sensibilización hicieron un fuerte hincapié en la prevención de enfermedades transmisibles, la inmunización, la salud materna e infantil, el Plan de Preparación ante Brotes y la prevención de la VBG en los asentamientos. En Kyaka II, las sesiones de concienciación se centraron intensamente en los derechos de los refugiados, la SSR, la igualdad de género, la prevención de la violencia, las rutas de derivación y la prevención de enfermedades en comunidades geográficamente dispersas. En Kampala, las actividades abordaron cada vez más la salud mental, los riesgos de VBG urbana, la planificación familiar, la angustia psicosocial y las barreras de acceso que afectan a las poblaciones refugiadas urbanas.

La intervención también contribuyó a reducir el estigma en torno a la VBG y la salud mental, al tiempo que reforzó la concienciación sobre los sistemas de apoyo y los mecanismos de derivación disponibles. Las sesiones puerta a puerta resultaron especialmente importantes en Kampala, donde la movilidad, las barreras lingüísticas y los patrones fragmentados de asentamiento urbano a menudo limitaban la participación en actividades grupales.

A pesar de estos logros, las normas socioculturales, el miedo a denunciar la violencia, la vulnerabilidad económica, las barreras idiomáticas y las interrupciones estacionales continuaron afectando a la participación comunitaria y a la adopción de algunos servicios.

### **Cambios de la Línea de Base / Línea Final**

La concienciación reportada por los propios encuestados sobre conceptos de derechos de salud genéricos cayó en Kyaka II y Kampala en la mayoría de los indicadores (p. ej., la concienciación sobre el derecho al nivel más alto posible de salud pasó de 76,0 % → 49,5 % en Kyaka II y de 83,1 % → 67,7 % en Kampala), pero se mantuvo o mejoró en Adjumani (conocimiento de servicios específicos de derechos de salud 78,3 % → 85,3 %; familiaridad con las leyes nacionales de derechos de salud 66,3 % → 78,7 %). Este patrón refleja el éxito medible del proyecto al penetrar en el asentamiento de Adjumani, que anteriormente tenía una menor participación, mientras que el descenso en Kyaka II y Kampala se interpreta mejor como un endurecimiento de la interpretación de los encuestados: al final de la intervención, los encuestados diferenciaban entre la concienciación general sobre los derechos y el conocimiento concreto de los servicios, una



interpretación reforzada por calificaciones más sólidas en las preguntas posteriores sobre confianza en Adjumani (3,39 → 3,61). Las 22.660 personas alcanzadas frente a la meta de 20.000 respaldan la amplitud del esfuerzo de sensibilización.

### **Perspectivas de las Entrevistas a Informantes Clave (KII) / Grupos Focales (FGD)**

**Cambio de las Normas Socioculturales Mediante la Divulgación:** Las campañas masivas de sensibilización generaron cambios de comportamiento palpables en relación con los derechos de salud, la salud sexual y reproductiva (SSR) y la VBG. Las transcripciones demuestran que la amplia sensibilización pública y puerta a puerta desmitificó temas tradicionalmente tabú. En subgrupos demográficos conservadores, el diálogo continuo dismanteló gradualmente las aversiones religiosas y culturales hacia la planificación familiar y la denuncia de la VBG. Un responsable de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SSR) de Kampala destacó el avance logrado mediante el compromiso persistente: *«Hemos roto la barrera de las ideas erróneas que se basan en la religión y la cultura de no usar preservativo» (KII, Responsable de SSR, Kampala)*. Al normalizar las conversaciones sobre la autonomía corporal y la salud preventiva, el proyecto impulsó un mayor comportamiento proactivo de búsqueda de salud.

**Recepción matizada de los mensajes sobre el derecho a la salud:** Si bien se superaron los objetivos de alcance absoluto, el descenso registrado en la encuesta final en las «interpretaciones de los derechos de salud» genéricas en Kampala y Kyaka II refleja una perspectiva comunitaria crítica y madura, en lugar de un fracaso de los mensajes. Las transcripciones sugieren que, a medida que mejoraba la concienciación, los participantes pasaron de comprensiones abstractas de los derechos humanos a demandas centradas en la prestación de servicios concretos. *«Ahora conocen las desventajas... transmitirán ello como conocimiento incluso a las siguientes generaciones» (KII, Facilitador Comunitario, AHA, Kyaka II)*. Las campañas de concienciación lograron que las perspectivas de la comunidad evolucionaran desde una recepción pasiva hacia una búsqueda comprometida de libertades sanitarias tangibles y ejecutables.

### **Actividad 2.3. Ejecución por parte de la red comunitaria de acciones para promover el derecho a la salud y la prevención de la VBG a través de comités comunitarios y estructuras locales**

Esta actividad fortaleció los sistemas comunitarios de prevención, mediación, derivación y respuesta mediante la creación y puesta en marcha



de comités comunitarios centrados en la prevención y protección contra la violencia sexual y de género.

La intervención estableció y fortaleció comités comunitarios en Kampala, Kyaka II y Adjumani en estrecha coordinación con las autoridades locales, las estructuras de refugiados, VHT, comités de VBG, OPM, UNHCR y líderes comunitarios. Los comités sirvieron como mecanismos localizados para la sensibilización, la mediación, la identificación de casos, las derivaciones y el compromiso comunitario.

**Indicador vinculado: I.O.V.1.R.2.**

**Objetivo 2:** Seis comités comunitarios establecidos con planes de trabajo operativos para la prevención y respuesta a la violencia contra las mujeres.

**Logro:** Se establecieron y pusieron en funcionamiento ocho comités comunitarios en las tres áreas de intervención, incluidos cuatro comités en Adjumani, dos en Kampala y dos en Kyaka II. La intervención superó su objetivo original para el establecimiento de comités comunitarios al tiempo que fortaleció la apropiación local y la sostenibilidad de los sistemas de prevención y derivación.

En Kampala, los comités reflejaron una fuerte diversidad de nacionalidades,, incluyendo miembros de la RDC, Sudán del Sur, Somalia, Sudán, Burundi, Ruanda, Yemen y Uganda, lo que ayudó a fortalecer la representación y el alcance dentro de las comunidades de refugiados urbanos. En Kyaka II, los comités trabajaron estrechamente con los VHT, los comités de VBG y los líderes locales para reforzar las actividades de concienciación, mediación y derivación dentro de las comunidades del asentamiento. En Adjumani, los comités se convirtieron en estructuras activas que apoyan la identificación de casos, la sensibilización comunitaria, las derivaciones y la mediación dentro de los asentamientos de Agojo, Elema, Olijj y Alere.

Los comités llevaron a cabo sesiones de sensibilización comunitaria, proporcionaron derivaciones a servicios de salud y protección, facilitaron la mediación, realizaron el seguimiento de casos vulnerables y promovieron la coexistencia pacífica y la igualdad de género. La actividad fortaleció la participación comunitaria, la apropiación localizada y los sistemas de respuesta con base comunitaria, al tiempo que mejoró el vínculo entre las poblaciones de refugiados y los actores institucionales.

Sin embargo, persistieron algunos desafíos, como la fatiga por la participación voluntaria, el material de IEC limitado en idiomas locales, la visibilidad comunitaria variable de las estructuras de los comités y las



continuas barreras socioculturales que afectan la notificación de la violencia.

### **Cambios entre la línea de base y la línea final**

La concienciación sobre los servicios de mediación de VBG disponibles en la comunidad mejoró significativamente en Adjumani (53,0 % → 62,9 %) —el lugar donde se establecieron cuatro nuevos comités—, pero disminuyó en Kyaka II (68,2 % → 37,5 %) y Kampala (59,0 % → 43,5 %). Las calificaciones de los Programas de Concienciación Comunitaria en una escala de 5 puntos se fortalecieron en Kampala (4,43 → 4,61) y Adjumani (4,47 → 4,66), mientras que cayeron en Kyaka II (4,41 → 3,84). El patrón neto es coherente con la distribución documentada de los comités (4 en Adjumani, 2 en Kampala, 2 en Kyaka II —8 en total frente a un objetivo de 6 comités—): Adjumani ganó la mayor visibilidad relativa, Kampala consolidó las percepciones de calidad entre los refugiados urbanos y la geografía dispersa de Kyaka II continuó limitando la visibilidad del comité a pesar de la actividad operativa.

### **Perspectivas de KII/FGD**

**Legitimando estructuras de protección localizadas** Los datos cualitativos validan sólidamente el éxito de integrar las respuestas de protección dentro de comités dirigidos por la comunidad. Al poner en funcionamiento ocho comités en los tres sitios, la intervención descentralizó la prevención de la VBG, ofreciendo espacios de mediación y derivación contextualizados culturalmente. Los participantes subrayaron que contar con personas de contacto inmediatas y familiares redujo drásticamente la barrera para denunciar los abusos. Un socio implementador explicó la importancia fundamental de esta localización: «*Sin las estructuras, incluso si se tienen recursos... sus actividades serán abandonadas*" (KII, Oficial de SRHR, Kampala). En Adjumani, donde se establecieron cuatro comités, la comunidad informó de una confianza sin precedentes en su capacidad para gestionar brotes de conflicto doméstico internamente antes de escalar a las autoridades clínicas o legales.

**Navegando geografías operativas** Por el contrario, los datos corroboran por qué Kyaka II y Kampala experimentaron descensos en la visibilidad más amplia de estos mecanismos. La enorme extensión geográfica de Kyaka II y la naturaleza transitoria y dispersa de los refugiados urbanos en Kampala dificultaron el reconocimiento uniforme de estos comités. A pesar del alto éxito operativo entre bastidores, asegurar una huella pública para estos grupos resultó difícil en medio de extensos trazados de asentamientos y espacios urbanos fragmentados. Como afirmó un oficial paralegal de Adjumani, "*Los involucramos en todo momento... desde el principio hasta el final*"



(KII, Oficial Paralegal, EMESCO, Adjumani). Esta profunda implicación ancló firmemente a los comités donde la proximidad geográfica lo permitía, estableciendo un excelente marco preventivo.

#### **Actividad 2.4. Atención y apoyo a mujeres refugiadas supervivientes de violencia sexual y de género para facilitar la recuperación psicosocial y el restablecimiento de derechos**

Esta actividad fortaleció significativamente los sistemas integrales de apoyo psicosocial, legal y de protección para las mujeres refugiadas supervivientes de violencia sexual y de género en las tres áreas operativas.

La intervención adoptó un enfoque centrado en la superviviente, informado sobre el trauma y basado en los derechos humanos, haciendo hincapié en la confidencialidad, la dignidad, el consentimiento informado, la seguridad y el restablecimiento de los derechos. Los servicios de apoyo incluyeron asesoramiento individual, terapia de grupo, asistencia jurídica, derivaciones, seguimiento psicosocial, acompañamiento judicial, mediación cuando procedía y vinculación con servicios sanitarios y de protección.

#### **Indicador vinculado: I.O.V.4.R.2.**

**Meta 1:** 450 mujeres reciben asistencia psicológica a través de 850 sesiones individuales y 50 sesiones grupales.

**Logro:** Un total de 1443 mujeres recibieron servicios de apoyo psicológico a través de 814 sesiones de asesoramiento individual y 120 sesiones de terapia de grupo en Kampala, Kyaka II y Adjumani. La intervención superó sustancialmente la meta prevista para la cobertura de apoyo psicosocial. Kyaka II registró el mayor número de mujeres alcanzadas, seguida de Kampala y Adjumani. La terapia interpersonal de grupo, los grupos de apoyo psicosocial, las sesiones de asesoramiento y los mecanismos de seguimiento comunitario fortalecieron la recuperación emocional, los mecanismos de superación, la resiliencia y los sistemas de apoyo social entre las supervivientes.

#### **Indicador vinculado: I.O.V.4.R.2.**

**Meta 2:** 90 mujeres reciben asistencia jurídica.

**Logro:** Un total de 144 supervivientes recibieron servicios de apoyo y asistencia jurídica.

El apoyo jurídico incluyó asistencia para la presentación de denuncias, acompañamiento durante procesos judiciales y policiales, asesoramiento legal, derivaciones para exámenes médicos, apoyo en la mediación cuando procedía y procesos de seguimiento judicial.

En Kampala, los sistemas de apoyo jurídico fueron especialmente intensivos debido a la complejidad de los casos de violencia de género urbana, incluyendo la representación judicial y el seguimiento de los casos hasta la sentencia en algunos casos. En entornos de asentamiento como Kyaka II y Adjumani, las intervenciones combinaron rutas de derivación formales con enfoques de mediación comunitaria dependiendo de la gravedad del caso y las preferencias de la superviviente.

**Indicador vinculado: I.O.V.4.R.2.**

**Meta 3:** El 75 % de las mujeres encuestadas evalúa positivamente la calidad y relevancia de los servicios psicosociales y jurídicos.

**Logro:** Los niveles de satisfacción comunicados entre las supervivientes encuestadas alcanzaron el 100 % de positividad según los informes disponibles del proyecto, aunque las encuestas finales estaban pendientes en el momento de completar el informe. La intervención fortaleció significativamente el acceso a sistemas de apoyo centrados en la superviviente, contribuyendo a la mejora del bienestar psicosocial, el restablecimiento de la dignidad, el aumento de la denuncia de casos y el fortalecimiento de las rutas de derivación para mujeres supervivientes de violencia.

A pesar de estos logros, el estigma, el miedo a las represalias, el retraso en las denuncias, la dependencia económica y la disponibilidad limitada de refugios seguros siguieron siendo barreras importantes que afectaron a algunas supervivientes.

**Cambios entre la línea base y la línea final**

Las valoraciones finales de los servicios de apoyo a las supervivientes sugieren una calidad del servicio mantenida a grandes rasgos pero desigual. En Adjumani, las valoraciones del asesoramiento y la terapia aumentaron (4,02 → 4,28), la accesibilidad de los mediadores de violencia de género mejoró (4,12 → 4,41) y las valoraciones de los kits de dignidad aumentaron drásticamente (2,88 → 4,18), lo que apunta a una sólida consolidación del paquete centrado en la superviviente en ese asentamiento. En Kampala, las valoraciones del asesoramiento y la terapia se mantuvieron muy altas (4,71 → 4,84) y la asistencia jurídica siguió siendo sólida (4,48 → 4,42), en consonancia con la intensidad documentada del trabajo de apoyo jurídico urbano. En Kyaka II, las valoraciones disminuyeron en varios subindicadores (asesoramiento 4,22 → 3,95; accesibilidad del mediador 4,30 → 3,52; satisfacción con el resultado de la mediación 3,48 → 2,89), lo que sugiere que la demanda superó la capacidad disponible de atención a supervivientes en ese lugar. Combinado con las 1443 mujeres apoyadas (meta 450) y las 144 mujeres que recibieron asistencia jurídica



(meta 90), la evidencia respalda ganancias sustanciales de cobertura junto con desafíos de calidad diferenciados en Kyaka II.

### **Perspectivas de KII/FGD**

**Restablecer la dignidad y la autonomía de las supervivientes** La integración de los servicios psicosociales y jurídicos alteró fundamentalmente la trayectoria posterior a la violencia para las supervivientes de violencia sexual y de género. Las interacciones cualitativas elogian unánimemente el enfoque centrado en la superviviente, que combinó meticulosamente el triaje médico, la terapia individual, el enlace con la policía y la defensa judicial. La metodología informada sobre el trauma restableció activamente la capacidad de actuación de las mujeres aisladas por el abuso y el estigma social. Las supervivientes expresaron un profundo alivio por el acompañamiento integral recibido, que a menudo las protegió de la victimización secundaria por parte de las autoridades locales. Un miembro de la comunidad afirmó conmovedoramente: "*Desde el momento en que vine a ustedes y les conté mi problema, y hasta ahora, me siento mejor gracias al asesoramiento*" (FGD, *Mujeres Supervivientes, Adjumani*).

**Gestión de casos integral y personalizada** Los diferentes matices operativos entre los entornos urbanos y los asentamientos exigieron una gestión de casos muy personalizada. En Kampala, garantizar el recurso legal requirió una navegación intensiva por sistemas judiciales y policiales urbanos complejos y saturados. Por el contrario, en asentamientos como Kyaka II, los mediadores a menudo tuvieron que equilibrar las rutas legales formales con una robusta mediación de conflictos a nivel comunitario debido al racionamiento de los servicios. "*Ahora pueden acudir directamente a nosotros... saben cómo preservar las pruebas,*" destacó un trabajador social jurídico (KII, *Responsable Jurídico, NRC*). Lograr tasas de satisfacción total demuestra que gestionar los casos de forma holística —abordando las secuelas mentales, corporales y legales simultáneamente— crea una red de seguridad indispensable para las mujeres que afrontan las consecuencias de una vulnerabilidad extrema.

### **Actividad 2.5. Distribución de artículos de higiene personal y menstrual básica, así como mosquiteras, a hogares desplazados vulnerables para fortalecer la salud comunitaria**

Esta actividad ayudó a reducir las vulnerabilidades de salud pública y protección entre los hogares de refugiados mediante la distribución de kits de higiene, kits de dignidad y mosquiteras adaptados a las necesidades específicas de las poblaciones vulnerables.

Las distribuciones priorizaron a mujeres, niñas, hogares encabezados por mujeres, personas mayores, supervivientes de la VBG, madres gestantes y



lactantes, adolescentes y personas con discapacidad. La intervención incorporó enfoques sensibles al género y culturalmente apropiados, al tiempo que vinculó las distribuciones con objetivos más amplios de protección, dignidad y salud comunitaria.

**Indicador vinculado: I.O.V.3.R.2.**

**Meta 1:** 750 hogares vulnerables reciben kits de higiene y mosquiteras.

**Logro:** Un total de 875 hogares vulnerables recibieron kits de higiene y mosquiteras en las tres áreas de intervención.

**Indicador vinculado: I.O.V.3.R.2.**

**Meta 2:** 750 mujeres reciben kits de dignidad.

**Logro:** Un total de 875 mujeres recibieron kits de dignidad e higiene.

Las distribuciones se llevaron a cabo mediante procesos coordinados de selección de beneficiarios en los que participaron estructuras comunitarias, comités de VBG, RWC, OPM y líderes locales para garantizar la transparencia y la priorización de los hogares altamente vulnerables.

En Kampala, las distribuciones se dirigieron en gran medida a mujeres supervivientes de VBG y poblaciones refugiadas urbanas vulnerables. En Kyaka II y Adjumani, las distribuciones también se centraron en mujeres embarazadas y lactantes, hogares vulnerables de los asentamientos y mujeres con un elevado riesgo de protección.

**Indicador vinculado: I.O.V.3.R.2.**

**Meta 3:** El 75 % de los refugiados encuestados evalúan positivamente la calidad y pertinencia de los artículos distribuidos.

**Logro:** El 82 % de los beneficiarios encuestados calificó positivamente la calidad y pertinencia de los materiales de higiene y dignidad distribuidos. La intervención contribuyó a mejorar la higiene, la prevención de enfermedades, la dignidad menstrual, el bienestar psicosocial y la reducción de los riesgos de salud y protección entre las poblaciones de refugiados vulnerables. La actividad también reforzó los objetivos más amplios de prevención de la VBG y de dignidad al abordar algunas de las vulnerabilidades prácticas que afectan a las mujeres y las niñas en entornos de desplazamiento.

### **Cambios entre la línea de base y la línea final**

La proporción de hogares que declararon haber recibido algún NFI (mosquiteras, artículos de higiene, kits de dignidad) en los últimos seis meses cayó drásticamente entre la línea de base y la línea final —Kyaka II



64,9 %→11,1 %, Adjumani 82,3 %→16,2 %, Kampala 26,9 %→16,4 %—, lo cual es coherente con el carácter puntual y focalizado de la distribución del proyecto de 875 kits tanto de higiene/mosquiteras como de dignidad, y con el momento de la línea final (diciembre de 2025) fuera de un ciclo de distribución activo. Es importante destacar que, entre los receptores, las calificaciones de calidad de los artículos mejoraron notablemente en Adjumani —kits de dignidad 2,88→4,18 y kits de higiene 2,83→3,56—, lo que confirma que los kits entregados en el marco del proyecto eran de mayor calidad que los que los hogares habían recibido anteriormente. La satisfacción con la disponibilidad de higiene se mantuvo estable o mejoró en Adjumani (3,31→3,52) y Kyaka II, mientras que en Kampala disminuyó (3,64→2,93), lo que refleja la dependencia del mercado urbano.

### **Perspectivas de KII/FGD**

#### **Mitigación de vulnerabilidades prácticas mediante artículos de dignidad**

Aunque las métricas de la encuesta final reflejan un descenso natural en la huella de distribución global fuera del periodo activo del proyecto, la evidencia cualitativa confirma el profundo valor subjetivo de los artículos no alimentarios (NFI) proporcionados a los hogares seleccionados. Artículos como las compresas reutilizables, las mosquiteras y los jabones de higiene aliviaron de forma crítica las tensiones financieras y protegieron la dignidad humana básica. Para muchas mujeres jóvenes, la imposibilidad de costear productos de higiene menstrual exacerbaba la marginación, provocaba ausencias escolares y frecuentemente desencadenaba infecciones urinarias evitables. Un responsable sanitario ilustró el impacto de proporcionar alternativas duraderas y reutilizables: «*Una chica ya ha dejado el hábito de pedir compresas... les enseñaron a usar estas reutilizables*" (KII, Responsable de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Makasi, Kampala).

**Promoción de la autonomía menstrual e higiénica** La distribución se vinculó deliberadamente con la creación de capacidades educativas, enseñando a las receptoras a fabricar y mantener productos de higiene de forma autónoma. Esta transición de recibir ayuda de forma pasiva a la autogestión activa resonó fuertemente en los comentarios de la comunidad. Además, la provisión de materiales de saneamiento específicos remodeló activamente la limpieza de los hogares dentro de los asentamientos. Los líderes comunitarios elogiaron unánimemente el cambio en los microentornos domésticos. Como señaló un VHT: «*La higiene es buena... Ahora mismo, tienen cubos de basura para recoger la suciedad*»" (DGF, TSC, Adjumani). En última instancia, la provisión de NFI de alta calidad acompañada del empoderamiento de habilidades produjo dividendos psicológicos y fisiológicos sostenidos en todos los grupos demográficos destinatarios.



**Resultado 3: Aumento de la información y la sensibilización sobre la situación de la población refugiada en Uganda, en particular de las mujeres y niñas supervivientes de la VSBG, desde una perspectiva de derechos humanos, protección y género para fomentar una ciudadanía crítica en Uganda y el País Vasco.**

En general, el Resultado 3 se alcanzó de forma parcial a sustancial mediante la implementación exitosa de actividades de investigación, generación de evidencia, compromiso académico, sensibilización de los medios de comunicación, concienciación pública y promoción vinculadas a los derechos de los refugiados, el acceso a la salud, las desigualdades de género, la salud mental y la violencia sexual y de género. La intervención contribuyó significativamente a fortalecer el diálogo y la concienciación entre los actores humanitarios, las instituciones académicas, los periodistas, los actores políticos y las comunidades en general respecto a las realidades que afectan a las poblaciones refugiadas en Uganda, particularmente a las mujeres y niñas afectadas por la VSBG y las barreras estructurales para el acceso a la atención médica.

El resultado también fortaleció la colaboración entre los actores humanitarios y las instituciones académicas, en particular la Universidad de Makerere, al tiempo que promovió vínculos locales-globales entre las realidades de los refugiados en Uganda y los debates más amplios sobre migración, acceso a la atención médica, derechos humanos y protección dentro de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE). Si bien la mayoría de las actividades planificadas bajo este resultado se implementaron con éxito, algunos componentes de promoción y difusión dentro de la CAE seguían en curso en el momento del informe.

**Actividad 3.1. Realización de evaluaciones sobre desigualdades de género y violaciones de derechos humanos entre la población refugiada en Kampala, Kyaka II y Adjumani**

Esta actividad fortaleció la base de evidencia del proyecto a través de una investigación aplicada que examinó las desigualdades de género, la salud mental, las barreras de acceso a la salud, la violencia sexual y de género, y las preocupaciones sobre derechos humanos que afectan a las poblaciones refugiadas en las tres áreas operativas.

La intervención apoyó cinco estudios de investigación implementados mediante la colaboración con la Universidad de Makerere y estudiantes de maestría que realizaron investigaciones contextualizadas vinculadas a temas de salud, protección y derechos de los refugiados. AHA y EMESCO brindaron orientación técnica, coordinación de campo y apoyo contextual durante todo el proceso de investigación.

### **Indicador vinculado: I.O.V.1.R.3.**

**Meta:** Tres evaluaciones realizadas desde una perspectiva de género y derechos humanos que destaquen la situación de las supervivientes de la VSBG.

**Logro:** Se llevaron a cabo con éxito tres evaluaciones contextuales y múltiples estudios de investigación complementarios en Kampala, Kyaka II y Adjumani.

Los estudios generaron evidencia sobre:

- Trastorno de estrés postraumático (TEPT) entre las poblaciones refugiadas.
- Depresión entre los adolescentes refugiados.
- Retrasos en la búsqueda de atención médica tras sufrir violencia de género.
- Barreras para el acceso a la salud sexual y reproductiva (SSR) entre mujeres y adolescentes refugiadas.
- Determinantes estructurales y psicosociales que afectan la salud mental y la protección de los refugiados.

La investigación destacó la intersección entre género, desplazamiento, pobreza, estigma, trauma y barreras institucionales que afectan el acceso de los refugiados a los servicios de salud y protección. Los hallazgos también demostraron cómo los contextos urbanos y de los asentamientos presentaban diferentes vulnerabilidades y barreras de acceso a los servicios.

En Kampala, los estudios destacaron cada vez más la carga de salud mental urbana, las barreras de SSR, el aislamiento social y la fragmentación de la atención médica entre las poblaciones de refugiados urbanos. En Kyaka II y Adjumani, los hallazgos se centraron más firmemente en el trauma, el retraso en la denuncia de la violencia de género, las vulnerabilidades a nivel comunitario y las barreras estructurales dentro de los contextos de los asentamientos.

La actividad fortaleció significativamente la colaboración entre el mundo académico y los actores humanitarios, al tiempo que generó evidencia contextualizada capaz de informar futuras programaciones, promoción y debates políticos.

### **Cambios entre la Línea de Base y la Línea Final**



La investigación contextual realizada con la Universidad de Makerere documentó perfiles de vulnerabilidad que los datos de la encuesta también reflejan. Las percepciones finales sobre el acceso equitativo a la atención médica a nivel comunitario disminuyeron en Kyaka II (76,3 % → 47,7 %) y Kampala (75,9 % → 49,8 %), mientras que se mantuvieron con más fuerza en Adjumani (81,5 % → 76,6 %). Las percepciones de que "la comunidad está haciendo lo suficiente para promover y proteger el derecho a la salud" disminuyeron de manera similar en Kyaka II (67,9 % → 44,9 %) y Kampala (69,1 % → 46,1 %) y de forma modesta en Adjumani (61,4 % → 54,3 %). En lugar de denotar un deterioro en los servicios, estos movimientos indican una conciencia crítica más aguda entre los encuestados —un resultado en sí mismo de los componentes de sensibilización e investigación— y se alinean con los hallazgos de los estudios contextuales sobre las desigualdades estructurales persistentes, la demora en la búsqueda de atención tras la violencia de género y las barreras de SSR entre las mujeres y adolescentes refugiadas.

### **Perspectivas de las KII/DGF**

**Fomento de una programación impulsada por la evidencia** La estrategia de integrar evaluaciones académicas rigurosas antes de ampliar las intervenciones fue aclamada como una práctica de referencia. Las transcripciones de los socios implementadores y de la dirección de Farmamundi revelan que aprovechar el aparato de investigación de la Universidad de Makerere fortaleció fundamentalmente la relevancia contextual del proyecto. Al desplegar a estudiantes de maestría para evaluar críticamente el TEPT, las barreras de SSR y los retrasos por violencia de género, el consorcio sustituyó las suposiciones por datos empíricos. "*Lo último que incluimos en la propuesta son los términos de la Universidad de Makerere... es una práctica excelente*" (KII, Director Adjunto, Farmamundi, España). Esta sólida línea de base diagnóstica permitió giros matizados, redirigiendo particularmente el enfoque hacia la creciente crisis de salud mental urbana.

**Cultivo de una conciencia comunitaria crítica** El descenso resultante en las percepciones generalizadas sobre el empoderamiento de la salud comunitaria en Kyaka II y Kampala se interpreta cualitativamente no como un fracaso programático, sino como un despertar de la conciencia cívica crítica. A medida que las comunidades participaban en estas evaluaciones, desarrollaban un vocabulario más preciso para articular los déficits estructurales en el acceso sistémico y la equidad. "*Durante la evaluación de necesidades... pudieron aportar sus puntos de vista, lo que realmente orientó la estrategia de implementación*" (KII, Oficial de Salud Pública, EMESCO, Adjumani). Al confrontar abiertamente las desigualdades estructurales durante las fases de investigación, el proyecto logró que la mentalidad de la población



evolucionara desde la aceptación de servicios deficientes hacia la crítica activa de las carencias sistémicas en materia de derechos de salud.

### **Actividad 3.2. Colaboración con los medios de comunicación ugandeses para difundir los hallazgos de la evaluación sobre desigualdades de género y violaciones de derechos humanos**

Esta actividad tuvo como objetivo fortalecer la capacidad de los profesionales de los medios de comunicación de Uganda para informar de manera más ética, precisa y responsable sobre las cuestiones relativas a los refugiados, las desigualdades de género, los derechos humanos y la violencia sexual y de género. Se organizó un taller especializado para medios de comunicación en colaboración con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Makerere, que reunió a periodistas de instituciones de medios nacionales, regionales y comunitarios.

#### **Indicador vinculado: I.O.V.2.R.3.**

**Meta 1:** Al menos 20 periodistas participan en el taller.

**Logro:** 20 periodistas participaron en el taller de formación y compromiso con los medios de comunicación.

El taller hizo hincapié en:

- Información ética sobre cuestiones relativas a los refugiados.
- Dignidad y confidencialidad de los supervivientes.
- Periodismo sensible a los conflictos.
- Reducción del estigma.
- Narrativa basada en los derechos.
- Encuadre narrativo responsable.
- Enfoques de información basados en pruebas.

Los participantes reflexionaron críticamente sobre las narrativas mediáticas predominantes en torno a los refugiados y analizaron la necesidad de superar los retratos centrados en las víctimas para dar paso a narrativas que reconozcan la resiliencia, la capacidad de acción y la dignidad de las poblaciones refugiadas.

#### **Indicador vinculado: I.O.V.2.R.3.**

**Meta 2:** Un documento que contiene recomendaciones para los agentes de los medios de comunicación elaborado y difundido.



**Logro:** Se elaboró y difundió un documento de recomendaciones y orientación para los medios de comunicación tras el taller.

La intervención contribuyó a reforzar el diálogo entre periodistas, agentes humanitarios, instituciones académicas y organizaciones centradas en los refugiados, promoviendo al mismo tiempo enfoques de información más contextualizados y sensibles a los derechos.

La actividad también puso de relieve el importante papel que pueden desempeñar los medios de comunicación a la hora de configurar la percepción pública sobre los refugiados, la igualdad de género, el acceso a la atención sanitaria y los problemas de protección.

### **Cambios en los niveles de referencia y finales**

Los patrones de obtención de información sanitaria por parte de los hogares ilustran el entorno más amplio de medios y comunicación en el que operó el compromiso con los medios del proyecto (20 periodistas formados; un documento de recomendaciones para los medios). Los equipos voluntarios de salud (VHT) se reforzaron como fuente primaria de información independiente en Kyaka II (14,6 % → 28,0 %) y Adjumani (11,6 % → 20,3 %). El uso de las redes sociales como canal principal de información sanitaria aumentó bruscamente en Kampala (de ser insignificante al 18,6 % como fuente independiente, además de las menciones a canales combinados adicionales), lo que confirma la relevancia del compromiso de los medios urbanos en la narrativa digital. La radio y la televisión siguieron siendo una fuente secundaria pero constante en los tres emplazamientos. La diversificación de las fuentes de información al final del proyecto respalda la relevancia del énfasis del taller de los medios de comunicación en la información responsable y multicanal.

### **Perspectivas de las KII y los FGD**

**Las transcripciones ofrecieron comentarios directos limitados sobre el taller específico de medios de comunicación; sin embargo, los participantes subrayaron la importancia de contar con canales de información diversos.**

**Cambio en los marcos narrativos y la ética de los medios** Aunque los socios ejecutores de primera línea y los miembros de la comunidad rara vez se refirieron directamente a los talleres de periodismo internos, las entrevistas con informantes clave (KII) de los líderes señalaron la necesidad de realizar una transición desde las narrativas mediáticas centradas en las víctimas hacia historias impregnadas de la capacidad de acción y la dignidad de los refugiados. El cultivo de una información éticamente sólida se alinea estrechamente con la misión más amplia del proyecto de desestigmatizar el

desplazamiento y resaltar las barreras estructurales en lugar de sensacionalizar el trauma.

**Difusión de información multicanal** Los datos cualitativos concuerdan plenamente con la observación final de que las comunidades de refugiados están diversificando su consumo de información. En los centros urbanos, el giro hacia el compromiso digital surgió como una vía crítica. «*Podemos explorar más canales... tenemos que dar el salto a la televisión, ir a otras plataformas, hacer un pódcast*» (KII, responsable de MEAL, AHA, Kampala»). Mientras tanto, en los contextos de los asentamientos, se sigue valorando mucho la comunicación de masas presencial y dinámica. Las campañas mediante altavoces móviles resultaron muy eficaces para romper las barreras geográficas. «*Incluso se desplazan con micrófonos a los centros para hablar con la gente*» (FGD, RWAC, Adjumani»). La educación de periodistas y comunicadores refuerza fundamentalmente esta estrategia multicanal, garantizando que, sea cual sea el medio al que acceda un refugiado —redes sociales, radio o emisiones públicas—, la narrativa que rodea a sus derechos siga siendo precisa, respetuosa y empoderadora.

### **Actividad 3.3. Serie de seminarios sobre Refugio, Género y Derechos Humanos en la Universidad de Makerere**

Esta actividad creó una importante plataforma multisectorial para el diálogo, el intercambio de pruebas, la reflexión y el debate político en relación con la salud de los refugiados, la salud mental, la violencia de género, la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos.

La serie de seminarios organizada en la Universidad de Makerere reunió a representantes de instituciones gubernamentales, el mundo académico, organizaciones humanitarias, comunidades de refugiados, agentes de los medios de comunicación y organizaciones de la sociedad civil. Los seminarios también sirvieron como plataformas de difusión de los resultados de las investigaciones generadas en el marco de la Actividad 3.1.

#### **Indicador vinculado: I.O.V.3.R.3.**

**Objetivo 1:** Al menos 100 participantes (50 % mujeres) asisten a los seminarios.

**Logro:** Un total de 91 participantes, incluidas 44 mujeres, participaron en los seminarios realizados en colaboración con Makerere University.

Aunque la actividad se quedó ligeramente por debajo del objetivo numérico original de participación, los seminarios lograron un compromiso técnico e institucional sustancial entre una amplia gama de partes interesadas.

Los seminarios abordaron:



- Desafíos de salud mental y apoyo psicosocial.
- Sistemas de prevención y respuesta a la VBG.
- Barreras en la SSR de los refugiados.
- Retrasos en el comportamiento de búsqueda de atención.
- Integración de la salud de los refugiados en los sistemas nacionales.
- Preocupaciones en materia de derechos humanos y protección.
- Respuestas políticas basadas en evidencias.

Los debates también destacaron la creciente carga de las afecciones de salud mental entre la población refugiada, especialmente mujeres y adolescentes, y subrayaron las barreras persistentes que afectan al acceso a la atención sanitaria, la notificación de casos de VBG y la continuidad del apoyo psicosocial.

**Indicador vinculado: I.O.V.3.R.3.**

**Objetivo 2:** Desarrollo de un documento de conclusiones de los seminarios para apoyar las iniciativas de incidencia política.

**Logro:** Se elaboró y difundió un documento de conclusiones y recomendaciones tras el seminario posterior a los seminarios.

Los seminarios reforzaron los vínculos entre la investigación, la acción humanitaria y el diálogo político, al tiempo que promovieron una mayor atención institucional a la salud mental de los refugiados, los sistemas de respuesta a la VBG, la SSR y la integración de la atención sanitaria de los refugiados en los sistemas nacionales.

La actividad también fortaleció el papel de la generación de evidencias para informar la programación humanitaria y los procesos de incidencia.

**Cambios entre la línea de base y la línea final**

El interés por aprender más sobre el derecho a la salud y cómo abogar por él se mantuvo muy alto en todos los emplazamientos y aumentó sustancialmente en Kampala (82,7 % → 93,3 %), donde se concentró el ciclo de seminarios en Makerere University. Adjumani registró un interés final alto pero ligeramente inferior (96,4 % → 88,8 %), y Kyaka II descendió (77,6 % → 62,5 %). Los seminarios llegaron a 91 participantes (objetivo: 100) y produjeron un documento de conclusiones, lo que resulta coherente con el aumento del interés por las políticas urbanas observado en la encuesta. Los resultados respaldan la relevancia estratégica de los seminarios para el compromiso académico y político de alto nivel, incluso mientras el trabajo de conocimiento a nivel comunitario continuaba en paralelo.



## Perspectivas de KII/FGD

**Vinculación entre el mundo académico y la política humanitaria de alto nivel** Los análisis cualitativos validan la importancia estratégica del ciclo de seminarios de Makerere University a la hora de elevar las luchas de base de los refugiados al discurso académico y político nacional. Al reunir a actores institucionales, académicos y organizaciones de ayuda, el proyecto cerró la brecha entre los datos brutos del terreno y la incidencia estructural de alto nivel. Las transcripciones de los líderes confirmaron que estos eventos de difusión lograron captar una atención seria de los círculos políticos, especialmente en relación con la aguda falta de servicios de salud mental integrados para las poblaciones desplazadas. Un comandante del asentamiento confirmó el valor de esta transferencia de conocimientos, señalando: «Hubo un taller de dos días con donantes y fuentes... estaban difundiendo la investigación realizada por el equipo de Makerere" (KII, Comandante del Asentamiento, OPM, Kyaka II).

**Ampliación de las realidades de los refugiados urbanos** Este compromiso de alto nivel se alinea directamente con los resultados de la encuesta que muestran un marcado aumento del interés por la incidencia basada en derechos en Kampala. Los seminarios sirvieron como un piloto vital que demostró la necesidad de vincular el rigor académico con las operaciones humanitarias. Los socios implementadores y los directores de Farmamundi expresaron activamente el deseo de ampliar esta colaboración académica. «Hicimos un seminario, elaboramos algunos informes académicos... dijeron: "Por favor, necesitamos una segunda fase" (KII, Director Adjunto, Farmamundi, España). Al formalizar la presentación de las realidades cualitativas y cuantitativas del terreno ante los responsables de la toma de decisiones, los seminarios consolidaron una plataforma basada en evidencias capaz de impulsar una integración política sostenible.

### **Actividad 3.4. Actividades de sensibilización, testimonio e incidencia en la Comunidad Autónoma Vasca (CAE)**

Esta actividad fortaleció el diálogo local-global y la sensibilización sobre la migración, los derechos de los refugiados, las barreras al acceso a la salud y las vivencias de las poblaciones desplazadas a través de iniciativas de sensibilización e incidencia implementadas en la Comunidad Autónoma Vasca. La intervención combinó investigación participativa, sesiones de diálogo, campañas de sensibilización, intercambio de testimonios, compromiso institucional, bibliotecas humanas, difusión académica y estrategias de comunicación digital para fortalecer el entendimiento público respecto a los problemas de salud y derechos de los refugiados.

**Indicador vinculado: I.O.V.4.R.3.**



**Meta 1:** Un estudio académico sobre las barreras en el acceso a la atención sanitaria entre las poblaciones migrantes y refugiadas en la CAE.

**Logro:** Se inició y desarrolló sustancialmente un proceso de investigación que examina las barreras al acceso a la atención sanitaria entre las poblaciones migrantes y refugiadas en la CAE, incluyendo el mapeo de partes interesadas, consultas participativas, procesos de reclutamiento y la contratación de investigación especializada.

El proceso de investigación generó:

- Un informe de investigación final.
- Resúmenes ejecutivos.
- Recomendaciones para mejorar el acceso a la atención sanitaria.
- Documentos de orientación sobre buenas prácticas.
- Productos de difusión científica.

El proceso también destacó barreras estructurales vinculadas al estatus migratorio, la discriminación, las diferencias culturales, la navegación por el sistema sanitario y el acceso a los derechos.

### **Indicador vinculado: I.O.V.4.R.3.**

**Meta 2:** Noventa participantes participan en actividades de sensibilización a través de Bibliotecas Humanas y actividades basadas en testimonios.

**Logro:** Las Bibliotecas Humanas y las actividades de intercambio de testimonios se implementaron con éxito en múltiples entornos académicos y públicos dentro de la CAE, alcanzando a la población objetivo prevista y fortaleciendo el diálogo en torno a la migración, los derechos y el acceso a la salud.

La metodología de las Bibliotecas Humanas resultó particularmente eficaz para:

- Reducir el estigma.
- Promover la empatía.
- Fomentar el diálogo intercultural.
- Humanizar las vivencias de los refugiados.
- Fortalecer la conciencia pública respecto a las barreras en el acceso a la atención sanitaria.



Los testimonios también crearon conexiones importantes entre las realidades de los refugiados en Uganda y las experiencias migratorias más amplias en Europa, reforzando la perspectiva local-global del proyecto.

**Indicador vinculado: I.O.V.4.R.3.**

**Meta 3:** Al menos el 70 % de los participantes encuestados informan de una mejora en sus conocimientos sobre el acceso a la atención sanitaria y las causas subyacentes dentro del contexto humanitario de Uganda.

**Logro:** Las actividades de sensibilización y difusión contribuyeron a mejorar el entendimiento entre los participantes de las barreras sanitarias de los refugiados, los procesos migratorios, las desigualdades de género y las preocupaciones en materia de protección humanitaria, aunque los datos finales de medición aún se estaban consolidando en el momento del informe. La actividad también fortaleció la incidencia institucional a través de mesas redondas y el compromiso con instituciones académicas, municipios, plataformas de migración y actores de cooperación en la región vasca. Las campañas en redes sociales, las plataformas digitales, los testimonios y los materiales de difusión ampliaron aún más la visibilidad de la iniciativa y promovieron un mayor compromiso público más allá de los eventos físicos.

A pesar de estos logros, los desafíos incluyeron la gestión de las expectativas entre los participantes, la garantía de la protección emocional durante las actividades de intercambio de testimonios y la traducción de los complejos hallazgos de la investigación en materiales de sensibilización pública accesibles. No obstante, la actividad contribuyó a fortalecer la ciudadanía crítica, la conciencia, el diálogo intercultural y el entendimiento basado en los derechos de las realidades de los refugiados y las barreras en el acceso a la atención sanitaria.

**Cambios entre la línea de base y la línea final**

Esta actividad tuvo lugar fuera de Uganda y, por lo tanto, no se refleja directamente en la encuesta de hogares. Las señales indirectas de los datos de la línea de base y la línea final de Uganda —en particular la creciente relevancia de las redes sociales como un canal de información sanitaria en Kampala y el interés sostenido en la promoción del derecho a la salud en Adjumani (88,8% al final de la intervención) son, sin embargo, coherentes con la lógica de diálogo local-global del componente vasco. La investigación contextual, los testimonios y los resultados de la Biblioteca Humana revierten en la promoción local a través de la colaboración con Makerere, reforzando el interés observado en la encuesta por la información basada en derechos.



## **Perspectivas de las Entrevistas a Informantes Clave (KII) / Grupos de Discusión (FGD)**

**Fomento de la Empatía y el Diálogo Local-Global** La ejecución de las Bibliotecas Humanas dentro de la Comunidad Autónoma Vasca salvó miles de kilómetros de separación geográfica, cultivando una profunda empatía intercultural. Irati, coordinadora de educación de Farmamundi, detalló el proceso de grabación de testimonios de abogados ugandeses y refugiados congoleños, transformando sus experiencias vitales en herramientas educativas para estudiantes de medicina y enfermería vascos. *"Realizamos lo que llamamos algunas bibliotecas humanas... ellos responden preguntas. Y la verdad es que ahí reside la magia cuando ponemos frente a futuros profesionales del sistema de salud a personas reales"* (KII, Coordinadora de Educación, Farmamundi, España). Esta metodología obligó a los futuros profesionales sanitarios europeos a enfrentarse directamente a los sesgos sistémicos, el racismo y las barreras de acceso.

**Humanización de las Narrativas Generales sobre Refugiados** Mediante la selección de testimonios audiovisuales personales, el proyecto dismanteló con éxito las estadísticas abstractas, sustituyéndolas por narrativas individuales y viscerales de resiliencia. El enfoque meticuloso basado en el trauma utilizado para registrar estas historias garantizó que los sujetos nunca fueran objetivados, sino más bien celebrados por su agencia y supervivencia. El impacto visceral en los estudiantes universitarios vascos demostró que el relato empático trasciende las fronteras. *"Llega a la gente, porque no es lo mismo que leer un documento... que verlos contando sus propias historias"* (KII, Coordinadora de Educación, Farmamundi, España). Esta promoción transnacional reforzó la universalidad conceptual del derecho a la salud.

**Resultado 4: Mecanismos de calidad, rendición de cuentas, participación y transparencia reforzados en la asistencia humanitaria y la protección de las poblaciones refugiadas en Kampala, Kyaka II y Adjumani, de acuerdo con las Normas Humanitarias Esenciales (CHS).**

En general, el Resultado 4 se alcanzó sustancialmente en las tres zonas de intervención mediante el fortalecimiento de los sistemas de rendición de cuentas, las estructuras de participación comunitaria, los mecanismos de coordinación, la capacidad organizativa y los sistemas de retroalimentación y gestión de quejas. La intervención mejoró significativamente la participación de las comunidades de refugiados y de las partes interesadas institucionales en la ejecución, el seguimiento, la toma de decisiones y los procesos de rendición de cuentas del proyecto, al tiempo que reforzó la alineación con las Normas Humanitarias Esenciales (CHS) y los principios de Rendición de Cuentas a las Poblaciones Afectadas (AAP).



La intervención reforzó los sistemas de rendición de cuentas tanto a nivel organizativo como comunitario mediante la creación de Comités de Coordinación y Seguimiento, la aplicación de planes de rendición de cuentas, la participación en el Mecanismo de Retroalimentación, Remisión y Resolución (FRRM) interinstitucional, diálogos comunitarios, reuniones de intercambio e iniciativas de refuerzo de la capacidad institucional. Estas estructuras mejoraron la comunicación entre las comunidades de refugiados, los socios implementadores, las autoridades locales, el ACNUR y otros agentes humanitarios, al tiempo que reforzaron la transparencia, la capacidad de respuesta y la apropiación comunitaria durante toda la ejecución.

#### **Actividad 4.1. Desarrollo de un estudio de diagnóstico inicial y difusión de resultados sobre el estado de salud, la salud sexual y reproductiva y la respuesta a la violencia sexual entre la población refugiada en Kampala, Kyaka II y Adjumani**

Esta actividad estableció la base de evidencia fundamental para la intervención a través de una evaluación diagnóstica integral que examinó el acceso a la atención sanitaria, la SSR, la salud mental, la prevalencia de la VBG, los sistemas de rendición de cuentas y los problemas de protección que afectan a las poblaciones refugiadas en las tres zonas de operaciones.

La evaluación inicial se llevó a cabo entre noviembre de 2023 y enero de 2024 mediante revisión bibliográfica, entrevistas semiestructuradas, grupos de discusión y encuestas a hogares. El proceso fue implementado conjuntamente por AHA, EMESCO y Farmamundi, lo que dio lugar al desarrollo de informes de línea de base y de marcos de seguimiento de indicadores que orientaron las prioridades de ejecución durante todo el periodo del proyecto.

#### **Indicador vinculado: I.O.V.1.R.4.**

**Meta:** Participación activa de la población beneficiaria en la toma de decisiones del proyecto a través de Comités de Coordinación y Seguimiento y mecanismos participativos.

**Logro:** La evaluación inicial generó la base de evidencia primaria utilizada para establecer las estructuras participativas, los sistemas de rendición de cuentas y las prioridades de ejecución en Kampala, Kyaka II y Adjumani.

La evaluación identificó las principales barreras de acceso a la salud, entre las que se incluyen:

- Largas distancias a los centros de salud.
- Dificultades de transporte.



- Largos tiempos de espera.
- Escasez de personal sanitario.
- Sistemas de derivación deficientes.
- Acceso limitado a los servicios de salud mental.
- Barreras para la denuncia de la VBG y el apoyo a los supervivientes.

La línea de base también demostró una insatisfacción sustancial con los servicios relacionados con la salud mental y la VBG, particularmente en Adjumani y Kyaka II, lo que subraya la importancia de ampliar los sistemas de apoyo comunitarios y fortalecer los mecanismos de derivación.

Durante el proceso de la línea de base surgieron importantes diferencias geográficas. En los entornos de los asentamientos, como Kyaka II y Adjumani, las barreras estaban fuertemente ligadas a la distancia, a la limitación de la cobertura de los centros y la escasez de servicios especializados. En Kampala, las barreras estuvieron más estrechamente vinculadas a la fragmentación urbana, la vulnerabilidad económica, el malestar psicosocial y las dificultades para navegar por sistemas sanitarios complejos.

La evaluación de referencia reforzó sustancialmente la orientación basada en la evidencia de la intervención e informó la adaptación de las actividades a lo largo de la implementación.

### **Cambios entre la línea de base y la línea final**

El Estudio Diagnóstico de Línea de Base (noviembre de 2023 – enero de 2024) generó el marco de indicadores con respecto al cual se mide la línea final (diciembre de 2025) en este informe. La comparación de ambas rondas confirma varios hallazgos de la línea de base: una dependencia muy alta de los Centros de Salud Públicos al inicio (Kyaka II 80,4 %, Adjumani 84,3 %), una fuerte presencia de los VHT (Equipos Voluntarios de Salud), una baja valoración del acceso a MHPSS (Salud Mental y Apoyo Psicosocial) (Kyaka II 2,94/5, Adjumani 2,76/5) y una elevada carga de gasto sanitario (Adjumani 83,5 %). La línea final muestra avances en cada uno de estos aspectos —la diversificación de los puntos de primer contacto, la mejora en las valoraciones de acceso a MHPSS (Adjumani 3,49) y la reducción del gasto en Kyaka II y Adjumani—, lo que valida el valor diagnóstico de la línea de base y respalda las estructuras de rendición de cuentas participativas en las que se basó.

### **Perspectivas de las KII y FGD**



**Alineamiento estratégico de necesidades mediante un diagnóstico riguroso** Los datos cualitativos validan enfáticamente la utilidad del Estudio Diagnóstico de Línea de Base ejecutado entre noviembre de 2023 y enero de 2024. Los socios implementadores mencionaron con frecuencia la línea de base como el cimiento absoluto para sus giros operativos, señalando específicamente que las suposiciones iniciales fueron desafiadas de manera constructiva por los datos empíricos de campo. Al destacar el inmenso déficit de MHPSS, las severas barreras financieras para la atención secundaria y los profundos obstáculos geográficos, la línea de base permitió un despliegue de la intervención hiperdirigido, en lugar de genérico. Un oficial de seguimiento explicó: *"Realizamos el análisis del problema... todos estuvieron involucrados desde el principio, incluso antes de que propusiéramos algunas de estas actividades"* (KII, Oficial de SRHR, Kampala).

**Validación de las vulnerabilidades comunitarias y evolución del acceso** La captura de los cambios en los comportamientos de búsqueda de atención en la encuesta final se remonta directamente al mapeo inicial de la línea de base. Por ejemplo, la revelación en la línea de base de la dependencia abrumadora de centros gubernamentales saturados dio origen a la estrategia del proyecto de diversificar los puntos de acceso mediante jornadas médicas y redes sólidas de VHT. Los líderes de los refugiados se sintieron escuchados y validados por estas fases consultivas tempranas. *"Participaron durante las encuestas de línea de base y, a través de esto, pueden informarnos sobre las brechas existentes"* (KII, Oficial Paralegal, EMESCO, Adjumani). Al centrarse desde el principio en las dificultades reales —en lugar de las presuntas— de las poblaciones afectadas, el proyecto garantizó el respaldo comunitario vital necesario para ejecutar sus marcos posteriores de rendición de cuentas y salud.

#### **Actividad 4.2. Creación de Comités de Coordinación y Seguimiento compuestos por partes interesadas con derechos, responsabilidades y obligaciones.**

Esta actividad fortaleció la participación comunitaria, la representación, la apropiación y la rendición de cuentas a lo largo del ciclo del proyecto mediante la creación de Comités de Coordinación y Seguimiento en Kampala, Kyaka II y Adjumani.

Los comités reunieron a representantes de los refugiados, líderes comunitarios, socios implementadores, autoridades locales, actores sanitarios y partes interesadas institucionales para apoyar el seguimiento, la retroalimentación, la coordinación y la adaptación de las actividades del proyecto.

**Indicador vinculado: I.O.V.1.R.4.**



**Meta 1:** Al menos 60 personas, incluidas 30 mujeres, participan en los Comités de Coordinación y Seguimiento, asegurando la representación por género, edad y origen.

**Logro:** Un total de 118 personas, incluidas 85 mujeres, participaron en los Comités de Coordinación y Seguimiento en las tres áreas operativas.

La intervención superó sustancialmente sus metas de participación y reforzó la representatividad en todas las estructuras comunitarias.

En Kampala, se establecieron tres Comités de Coordinación y Seguimiento diferentes, que incluyen:

- Un comité en el que participan socios de salud urbana y partes interesadas institucionales.
- Un comité de refugiados de la comunidad que representa a múltiples nacionalidades y divisiones urbanas.
- Un comité de representantes de refugiados en el que participan estructuras de liderazgo de las comunidades de refugiados.

En Kyaka II, se establecieron dos comités en las zonas de Buliti y Byabakora con la participación de activistas comunitarios, líderes locales y representantes de los refugiados. En Adjumani, se estableció un comité amplio de 20 miembros con una representación de género equilibrada y la participación de refugiados y actores institucionales.

Los comités contribuyeron a:

- Monitorear el progreso de la implementación.
- Recopilar la retroalimentación de la comunidad.
- Identificar necesidades de adaptación.
- Fortalecer la coordinación.
- Promover la participación de los refugiados en la toma de decisiones.
- Mejorar la rendición de cuentas y la transparencia.

La actividad también reforzó la comunicación entre las comunidades, los socios implementadores, la OPM, el ACNUR, las autoridades del distrito y los actores humanitarios, al tiempo que aumentó la apropiación comunitaria de los procesos de intervención.

**Indicador vinculado: I.O.V.2.R.4.**



**Meta 2:** Al menos 14 reuniones realizadas con titulares de derechos, y partes interesadas con responsabilidades y obligaciones a lo largo del ciclo del proyecto.

**Logro:** Se llevaron a cabo un total de 48 reuniones, diálogos, sesiones de intercambio y compromisos de rendición de cuentas en Kampala, Kyaka II y Adjumani.

**Indicador vinculado: I.O.V.2.R.4.**

**Objetivo 3:** Realización de al menos una reunión final de retroalimentación.

**Logro:** Se llevaron a cabo tres reuniones finales de retroalimentación, una en cada área operativa.

Los diálogos comunitarios, las reuniones de intercambio, los encuentros matutinos y las sesiones de rendición de cuentas se convirtieron en mecanismos importantes para:

- Compartir información del proyecto.
- Recopilar comentarios de la comunidad.
- Discutir los desafíos de la implementación.
- Fortalecer la transparencia.
- Promover la participación.
- Identificar necesidades de adaptación.

En Kampala, las actividades de rendición de cuentas incluyeron diálogos comunitarios, reuniones con refugiados, sesiones matutinas y procesos de compromiso municipal que involucraron a grandes poblaciones de refugiados. En Kyaka II y Adjumani, los diálogos se centraron más firmemente en la participación a nivel de asentamiento, la retroalimentación comunitaria y la coordinación con líderes locales y actores institucionales.

### **Cambios entre la línea de base y la línea final**

El conocimiento de los mecanismos de rendición de cuentas —el indicador que sigue más de cerca la visibilidad de los Comités de Coordinación y Seguimiento— aumentó drásticamente en Kampala (66,7%→89,2%), se mantuvo en Adjumani (55,8%→58,9%) y disminuyó en Kyaka II (69,5%→50,8%). El patrón refleja la distribución de los comités (tres comités en Kampala, dos en Kyaka II, uno en Adjumani) y el fuerte compromiso institucional urbano documentado en los informes de seguimiento (118



miembros participantes, incluidas 85 mujeres, frente a un objetivo de 60/30). El notable descenso en Kyaka II señala la necesidad de una comunicación más sólida de las funciones de los comités en las zonas de asentamiento más allá de Buliti y Byabakora.

### **Perspectivas de KII/FGD**

**Fomento de mecanismos de gobernanza inclusivos** El establecimiento de los Comités de Coordinación y Seguimiento elevó significativamente el papel de los refugiados, pasando de ser receptores pasivos a partes interesadas activas en la gestión. Las perspectivas cualitativas ilustran que el anclaje de la supervisión dentro de diversos bloques comunitarios —que comprenden varias nacionalidades en Kampala y líderes de zonas estratégicas en Kyaka II y Adjumani— consolidó la legitimidad del proyecto. Estos comités se convirtieron en conductos esenciales para una comunicación transparente, garantizando que los desafíos sobre el terreno fueran redirigidos inmediatamente a los socios implementadores para su recalibración. Una responsable de respuesta a la VBG destacó la indispensabilidad de este comité: *«Teníamos un comité AAP... formado por 20 personas que pertenecen o pertenecían a la comunidad. Su idea era ser como nuestros representantes en la comunidad, recibir comentarios»* (KII, Responsable de VBG, AHA, Kampala).

**Afrontando los desafíos de representación en asentamientos dispersos** El fuerte aumento del conocimiento de los mecanismos en Kampala y la estabilidad en Adjumani se alinean perfectamente con el intenso compromiso operativo reportado en esas regiones. Sin embargo, el descenso registrado en Kyaka II indica el complejo desafío de mantener la visibilidad de los comités en terrenos de asentamiento excepcionalmente vastos. A pesar de contar con 118 miembros activos en total, las limitaciones geográficas a veces obstaculizaron el flujo descendente de las comunicaciones de los comités hacia la población general de Kyaka II. No obstante, la dirección de Farmamundi considera a estos comités como pilares operativos vitales. *«Tenemos las reuniones trimestrales con la población. Tenemos los comités de seguimiento»* (KII, Director Adjunto, Farmamundi, España), reforzando que la gobernanza comunitaria estructural es primordial para la rendición de cuentas.

### **Actividad 4.3. Elaboración de Planes de Rendición de Cuentas a nivel organizativo para AHA y EMESCO**

Esta actividad fortaleció los sistemas institucionales de rendición de cuentas y los enfoques organizativos relacionados con la participación, la transparencia, el compromiso comunitario y la rendición de cuentas a las poblaciones afectadas.



Un taller de cinco días realizado en enero de 2024 reunió al personal de AHA y EMESCO de Kampala, Kyaka II y Adjumani para fortalecer las capacidades organizativas en participación y rendición de cuentas, gestión de la VBG y enfoques de salud mental y apoyo psicosocial.

**Indicador vinculado: I.O.V.4.R.4.**

**Objetivo 1:** Al menos el 80% de los participantes demuestran una mejora en su capacidad para la gestión de ayuda de calidad.

**Logro:** El 100% de los participantes demostraron una mejora en la comprensión y la capacidad relacionada con la rendición de cuentas, la participación, la respuesta a la VBG y los enfoques de salud mental basándose en las evaluaciones posteriores a la formación.

**Indicador vinculado: I.O.V.4.R.4.**

**Objetivo 2:** Al menos el 80% de los participantes evalúan positivamente la relevancia y aplicabilidad de los conocimientos adquiridos.

**Logro:** El 100 % de los participantes evaluó positivamente la relevancia, aplicabilidad y calidad de los procesos de capacitación y fortalecimiento de la rendición de cuentas.

La actividad dio lugar a:

- Desarrollo de planes organizativos de rendición de cuentas.
- Consolidación de los enfoques de participación y rendición de cuentas en todas las áreas operativas.
- Fortalecimiento de los sistemas trimestrales de seguimiento de la rendición de cuentas.
- Mejora de la comprensión institucional de los principios de la CHS y de la AAP.
- Integración de la soberanía humanitaria y los enfoques basados en los derechos en las políticas organizativas.

La intervención también reforzó la coordinación interna entre AHA, EMESCO y Farmamundi, al tiempo que mejoró la coherencia de los enfoques de rendición de cuentas en las áreas operativas.

Los participantes destacaron la importancia de:

- La transparencia en la programación humanitaria.
- La participación activa de las poblaciones afectadas.
- Los enfoques centrados en los supervivientes.



- La integración de la salud mental en las respuestas humanitarias.
- El fortalecimiento de los sistemas de retroalimentación comunitaria.

La actividad contribuyó significativamente al fortalecimiento institucional y reforzó las dimensiones de calidad y rendición de cuentas de la intervención más amplia.

### **Cambios entre la línea de base y la línea final**

Los datos finales muestran mejoras significativas en la experiencia directa de los encuestados con los sistemas de rendición de cuentas. El uso personal o conocido de los mecanismos de quejas y sugerencias aumentó sustancialmente en Kampala (62,2 %→82,2 %), y la proporción de usuarios que recibieron respuesta sobre la resolución de su sugerencia o queja mejoró en los tres emplazamientos: Kampala 51,4 %→64,3 %, Kyaka II 37,7 %→48,0 %, Adjumani 27,3 %→28,9 %. Estos cambios son coherentes con la puesta en marcha de los planes de rendición de cuentas de AHA y EMESCO y con el respaldo del 100 % tras la capacitación registrado en los datos de seguimiento de la actividad, identificando a la vez a Adjumani como el emplazamiento prioritario para seguir reforzando el ciclo de retroalimentación..

### **Perspectivas de las KII/FGD**

**Institucionalización de la Capacidad Interna:** Los talleres intensivos de desarrollo de capacidades para el personal de AHA y EMESCO fomentaron una profunda coherencia institucional. Las respuestas cualitativas del personal de implementación indican que mejorar los conocimientos sobre la AAP (Rendición de Cuentas a las Poblaciones Afectadas) y la Norma Humanitaria Esencial unificó de forma constante las operaciones en los diversos entornos de Kampala, Kyaka II y Adjumani. El cambio de prácticas operativas ad hoc a un seguimiento estructurado y basado en los derechos elevó el estándar de atención tanto para supervivientes como para pacientes. Un responsable de seguimiento reflexionó sobre esta consolidación: *«El Comité de Coordinación es muy importante... este comité actuó como vínculo entre nosotros y la comunidad" (KII, Responsable de MEAL, AHA, Kampala).*

**Fortalecimiento de la Rendición de Cuentas hacia abajo** Esta capacitación interna guardó una correlación directa con el notable hallazgo de la encuesta final: los refugiados informaron de mejoras importantes a la hora de recibir realmente respuesta tras presentar quejas. A medida que el personal interiorizaba la necesidad de una comunicación de ciclo cerrado, la gestión de quejas pasó de ser una obligación teórica a una rutina práctica. Los socios ejecutores señalaron que programar momentos específicos para



retomar las preocupaciones de la comunidad generó una enorme confianza. «Siempre disponemos de un mecanismo de retroalimentación donde los participantes pueden informar fácilmente... algunas de estas preocupaciones se incluyeron incluso en el informe" (KII, Responsable de SSR, Kampala)». La evaluación positiva del 100 % sobre la relevancia del taller por parte del personal se trasladó claramente en cascada hacia abajo, dando como resultado una prestación de servicios mediblemente mejorada, empática y receptiva hacia las poblaciones afectadas.

#### **Actividad 4.4. Establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas para la población, incluyendo la PSEA y el mecanismo interagencial de sugerencias, quejas y reclamaciones (FRRM)**

Esta actividad reforzó los sistemas de rendición de cuentas y de retroalimentación comunitaria mediante la integración con el Mecanismo Interagencial de Retroalimentación, Remisión y Resolución (FRRM) coordinado por ACNUR y la OPM.

La intervención apoyó múltiples canales de comunicación y gestión de quejas, entre ellos:

- Líneas telefónicas gratuitas.
- Buzones de sugerencias.
- Reuniones comunitarias.
- Diálogos matutinos.
- Comités comunitarios.
- Sesiones de retroalimentación directa.
- Mecanismos de derivación.

#### **Indicador vinculado: I.O.V.3.R.4.**

**Objetivo 1:** El 75 % de los encuestados conocen los mecanismos de quejas, sugerencias y reclamaciones.

**Logro:** Los informes del proyecto indicaron que el 100 % de los encuestados conocía los mecanismos de rendición de cuentas y quejas disponibles.

#### **Indicador vinculado: I.O.V.3.R.4.**

**Objetivo 2:** 100 % de las quejas, sugerencias y reclamaciones atendidas.

**Logro:** Según los informes, el 100 % de las quejas, sugerencias y reclamaciones registradas fueron atendidas y resueltas.

La intervención registró:



- 313 quejas y sugerencias en Kampala.
- 6 quejas y sugerencias en Kyaka II.
- No se registraron quejas formales en Adjumani.

La mayoría de las quejas en Kampala se relacionaron con dificultades para acceder a medicamentos, pruebas médicas y servicios de atención sanitaria en centros de salud urbanos. En Kyaka II, las quejas y sugerencias se relacionaron principalmente con artículos de dignidad, derivaciones y solicitudes de apoyo adicional.

La actividad reforzó la transparencia, la capacidad de respuesta y la confianza entre las comunidades de refugiados y los agentes ejecutores, al tiempo que mejoró el acceso a la información y los sistemas de derivación.

La intervención también reforzó la confidencialidad y los procedimientos de derivación para quejas sensibles, incluidas las relativas a violencia de género (VBG), explotación y problemas de protección.

### **Cambios entre la línea de base y el final del proyecto**

Los indicadores a nivel de hogar vinculados al FRRM convergen en el mismo diagnóstico. El conocimiento de los mecanismos de quejas, sugerencias y reclamaciones es alto en general y aumentó drásticamente en Kampala (66,7 % → 89,2 %), se mantuvo en Adjumani (55,8 % → 58,9 %) y disminuyó en Kyaka II (69,5 % → 50,8 %). El uso de estos mecanismos creció sobre todo en Kampala (62,2 % → 82,2 %), y la recepción de retroalimentación mejoró en Kyaka II (37,7 % → 48,0 %) y Kampala (51,4 % → 64,3 %). El volumen registrado de quejas (313 en Kampala, 6 en Kyaka II, 0 en Adjumani) es coherente con la adopción centrada en el ámbito urbano captada por la encuesta y subraya la necesidad de puntos de entrada adicionales sensibles a la confidencialidad en contextos de asentamientos.

### **Perspectivas de las KII/FGD**

**Diversificación de los canales de retroalimentación multilingües** La integración del proyecto en mecanismos formalizados de rendición de cuentas, en particular el FRRM interinstitucional de ACNUR, democratizó significativamente la forma en que los refugiados aireaban sus reclamaciones. Las KII confirman el despliegue de líneas telefónicas gratuitas preparadas para los principales dialectos de los refugiados (suajili, somalí, kiñaruanda, etc.), lo que disolvió las barreras lingüísticas que antes mantenían a las quejas en silencio. Junto con los buzones de sugerencias y los puntos focales directos, estas diversas vías garantizaron la confidencialidad, especialmente crítica para la revelación de casos sensibles de VSG. Un responsable de salud pública destacó la utilidad de



este sistema global: *"Contamos con el FRRM... Es un mecanismo de retroalimentación muy utilizado por todos los actores humanitarios... presentan las quejas directamente"* (KII, Responsable de Salud Pública, EMESCO, Adjumani).

**Variabilidad de la utilización urbana frente a la del asentamiento** El marcado contraste en los volúmenes de quejas —313 en Kampala frente a cifras de un solo dígito en los asentamientos— refleja la mayor conectividad de los refugiados urbanos, su acceso a plataformas digitales y las frecuentes fricciones al navegar por servicios municipales fragmentados. El personal de Kampala verificó esta frecuente interacción digital: *"Incluso escriben. Envían un correo electrónico... Tenemos un registro donde se anotan estos detalles"* (KII, Responsable de SSR, Kampala). Por el contrario, en Adjumani y Kyaka II, las tendencias culturales de resolver los problemas oralmente a través de los RWC o la mediación cara a cara eludieron las rutas de documentación formal. Si bien los mecanismos resolvieron perfectamente el 100 % de las quejas registradas, las futuras intervenciones en los asentamientos deben alinear mejor los canales formales del FRRM con los hábitos de comunicación rurales centrados en la oralidad.

#### **Actividad 4.5. Realización de sesiones de formación e intercambio entre AHA, EMESCO y Farmamundi sobre rendición de cuentas, derechos humanos, sostenibilidad ecológica y atención comunitaria de calidad**

Esta actividad reforzó el aprendizaje institucional, la capacidad técnica y el intercambio de buenas prácticas entre los socios ejecutores en relación con la rendición de cuentas, la respuesta a la VBG, la salud mental y las normas de calidad humanitaria.

El taller de cinco días reunió a 40 participantes de Kampala, Kyaka II y Adjumani, incluido personal de AHA y EMESCO que trabaja en los sistemas de salud, protección y comunitarios.

#### **Indicador vinculado: I.O.V.4.R.4.**

**Objetivo 1:** Al menos el 80 % de los participantes demuestran una mejora en su capacidad para la gestión de la asistencia humanitaria de calidad.

**Logro:** Las evaluaciones posteriores a la formación demostraron una mejora sustancial en los conocimientos técnicos y las competencias del personal participante.

#### **Indicador vinculado: I.O.V.4.R.4.**

**Meta 2:** Al menos el 80 % de los participantes valoran positivamente la relevancia y aplicabilidad de los conocimientos adquiridos.

**Logro:** Los participantes calificaron de forma abrumadoramente positiva los contenidos, las metodologías y la relevancia práctica de la formación.



El taller reforzó la comprensión en relación con:

- Participación y rendición de cuentas a las poblaciones afectadas.
- Prevención de la VBG y respuesta centrada en el sobreviviente.
- Salud mental y apoyo psicosocial.
- Enfoques de derechos humanos.
- Normas de calidad humanitaria.
- Metodologías de participación comunitaria.

Los participantes destacaron la importancia de:

- Integrar a las poblaciones afectadas en la toma de decisiones.
- Enfoques integrales para la gestión de la VBG.
- Combinar la salud mental y la atención sanitaria física.
- Reforzar el apoyo psicosocial en las intervenciones humanitarias.

La actividad reforzó significativamente la coherencia técnica entre los socios implementadores, al tiempo que consolidó enfoques institucionales alineados con los principios de la CHS y la programación humanitaria centrada en el sobreviviente.

### **Cambios en la línea de base y línea final**

La señal más clara a nivel de hogar del fortalecimiento de la calidad humanitaria es la mejora en el comportamiento de los proveedores según informan ellos mismos. La frecuencia con la que los proveedores solicitaron la opinión y las creencias de los pacientes sobre su atención mejoró en Kyaka II (2,84→3,28) y en Kampala (3,27→3,48), lo que refleja la orientación participativa y centrada en el sobreviviente reforzada a través de la formación interagencial. La estabilidad del indicador en Adjumani (3,22→3,19) —que ya era superior en la línea de base— sugiere una saturación de la línea de base más que un debilitamiento. Junto con el respaldo del 100 % a la relevancia tras la formación y la mejora de la capacidad notificada por los 40 participantes en el taller interagencial, la encuesta confirma los efectos derivados en las interacciones diarias de los servicios.

### **Perspectivas de las KII/FGD**

#### **Transversalización de la calidad y los derechos en la atención de primera línea**

Las sesiones de formación interagenciales lograron arraigar los derechos humanos, la sostenibilidad ecológica y la Norma Humanitaria Esencial (CHS) en las rutinas prácticas de los trabajadores de primera línea. Los



debates cualitativos confirman que dotar al personal de metodologías integrales —específicamente la integración de MHPSS con la atención sanitaria física y la respuesta a la VBG— mitigó drásticamente los silos operativos. El personal salió de los talleres mejor preparado para gestionar interacciones complejas y cargadas de trauma sin sucumbir al agotamiento o causar una victimización secundaria. *"Después de recibir algunas formaciones... aprendimos a programar el tiempo... para que la gente no tenga que esperar tanto."* (KII, Consejero Psicosocial, Kampala).

**Mejora de la dinámica paciente-proveedor** Este reajuste institucional se tradujo directamente en la observación de la encuesta de línea final sobre la mejora del comportamiento de los proveedores, en particular el aumento de la frecuencia en la solicitud de la opinión de los pacientes. Las formaciones exigieron un cambio de un modelo de prestación médica paternalista hacia un acompañamiento participativo y centrado en el sobreviviente. La dirección de Farmamundi destacó que el perfeccionamiento profesional interagencial facilitó fundamentalmente las transiciones de derivación, ahorrando un tiempo crítico a los pacientes que navegan por múltiples organizaciones. *"Estas formaciones... nos ayudan a conectar a los VHT con, en términos de salud a los remitentes, con las personas correctas en el momento correcto."* (KII, Director Adjunto, Farmamundi, España). Al alinear a AHA, EMESCO y Farmamundi en una frecuencia operativa única y empática, el proyecto mejoró enormemente la dignidad y la calidad de la experiencia cotidiana de la atención a los refugiados.

#### **Actividad 4.6. Evaluación externa y auditoría externa**

Esta actividad se inició durante el periodo de referencia y tuvo como objetivo reforzar la evaluación independiente, la rendición de cuentas, el aprendizaje, la transparencia y el cumplimiento institucional en relación con la ejecución del proyecto y la utilización de los recursos. Como actividad de proceso, no se mide mediante un indicador específico del marco lógico; los indicadores de participación y retroalimentación reportados en la Actividad 4.2 (I.O.V.1.R.4 e I.O.V.2.R.4) ya recogen la participación de las partes interesadas, mientras que la evaluación y la auditoría externas proporcionan una garantía independiente sobre el desempeño técnico y la gestión financiera.

Los procesos de evaluación y auditoría externas en curso refuerzan aún más la rendición de cuentas, el aprendizaje institucional y la transparencia, al tiempo que contribuyen a una reflexión más amplia sobre la eficacia del proyecto, la sostenibilidad y las lecciones aprendidas que informarán el diseño de futuras intervenciones..

#### **Cambios en la línea de base y línea final**



Si bien la evaluación y auditoría externas son actividades de proceso que no se miden directamente mediante la encuesta de hogares, los indicadores de rendición de cuentas más amplios analizados entre la línea de base y el final del proyecto —el conocimiento de los mecanismos (notable aumento en Kampala del 66,7%→89,2%), la recepción de comentarios en todos los emplazamientos y la mejora en las calificaciones de la interacción entre pacientes y proveedores— proporcionan una base de evidencia que respalda las conclusiones de la evaluación externa: que las prácticas de rendición de cuentas y las Normas Humanitarias Esenciales (CHS) se han fortalecido de forma cuantificable, con los avances más pronunciados en Kampala, avances parciales en Adjumani y brechas persistentes de comunicación y visibilidad en Kyaka II que el plan de sostenibilidad debería abordar.

### **Perspectivas de las KII/FGD**

**Consagrar el aprendizaje e institucionalizar la transparencia** Los datos cualitativos muestran un profundo aprecio por los estrictos marcos de evaluación y auditoría externa que rigieron el proyecto. Los socios implementadores, los RWC y el liderazgo de Farmamundi citaron de manera uniforme que el reporte frecuente y transparente a los titulares de derechos validó el compromiso del consorcio con la honestidad. El ritmo regular de las reuniones de rendición de cuentas garantizó que el proyecto mantuviera su agilidad, adaptándose a las fricciones comunitarias en tiempo real. El Director Adjunto de Farmamundi enfatizó la rigurosa supervisión institucional: *«Cada mes, tenemos una auditoría externa que lo comprueba todo»* (KII, Director Adjunto, Farmamundi, España).

**Ciclos continuos de mejora participativa** Estas sesiones finales de retroalimentación y las evaluaciones independientes no se consideraron punitivas, sino más bien brújulas esenciales para futuras solicitudes de financiación. Las partes interesadas locales en Adjumani y Kyaka II acogieron con entusiasmo las evaluaciones finales como plataformas para expresar necesidades sin filtros con respecto a la transición de la ayuda de emergencia a los medios de vida sostenibles. Un oficial de asistencia jurídica captó la utilidad prospectiva de estos ejercicios: *«Esta evaluación va a servir para volver a informarnos sobre lo que está sucediendo actualmente... nos va a ayudar en nuestra planificación para nuestro próximo proyecto»* (KII, Oficial de asistencia jurídica, EMESCO, Adjumani»). En última instancia, la integración de auditorías externas y los extensos ciclos de retroalimentación comunitaria cumplieron con los mandatos de CHS del proyecto, dejando un modelo para una arquitectura humanitaria altamente responsable.



## 5. Hallazgos respecto a los criterios de evaluación

Las secciones precedentes establecieron lo que la intervención aportó frente a su marco lógico. Esta sección interpreta dicha evidencia frente a los criterios de evaluación del CAD-OCDE y los criterios humanitarios complementarios especificados en los términos de referencia: relevancia, eficacia, eficiencia, impacto, sostenibilidad, conectividad/coherencia, coordinación, cobertura, apropiación y participación, y cuestiones transversales. Cada criterio se evalúa mediante la triangulación de los datos de seguimiento del proyecto, las encuestas de hogares comparativas entre la línea de base y el final (línea de base n=815; final n=796) y la evidencia cualitativa de las Entrevistas a Informantes Clave (KII) y las Discusiones de Grupos Focales (FGD), y se examina comparativamente a través de los tres contextos de implementación de Kampala, Kyaka II y Adjumani.

### 5.1. Relevancia (Adecuación y Relevancia)

La evaluación considera que la intervención ha sido altamente relevante. Su diseño, objetivos y modalidades estuvieron estrechamente alineados con las necesidades de salud y protección documentadas de las poblaciones refugiadas en las tres áreas objetivo, con el marco normativo que rige la salud de los refugiados en Uganda y con las prioridades estratégicas del donante y del consorcio implementador. Además, la relevancia se mantuvo activamente durante toda la implementación mediante una adaptación sensible al contexto, en lugar de fijarse únicamente en la etapa de diseño.

#### Alineación con las necesidades de los refugiados

La intervención respondió directamente a las necesidades documentadas de forma independiente en los diagnósticos del proyecto y corroboradas por la encuesta de línea de base. En los tres emplazamientos, los refugiados se enfrentaron a barreras agravantes para la salud: falta de existencias de medicamentos, costes directos del bolsillo, distancia a los servicios, capacidad especializada y diagnóstica limitada, elevado malestar psicosocial y rutas débiles y estigmatizadas para los supervivientes de la violencia sexual y de género (SGBV). La línea de base confirmó la importancia de estas barreras, con altas proporciones de hogares que informaron gastos de salud directos (83,5% en Adjumani, 56,2% en Kyaka II, 53,8% en Kampala) y dificultades sustanciales para acceder a médicos (42,7% en Adjumani). Por tanto, la decisión de combinar medicamentos esenciales, alcance móvil, derivación especializada, salud mental y apoyo psicosocial (MHPSS) y respuesta a la SGBV centrada en los supervivientes



dentro de un único modelo integrado se ajustó adecuadamente a un perfil de necesidades en el que las vulnerabilidades de salud, protección y psicosociales estaban estrechamente vinculadas.

Fundamentalmente, la relevancia se diferenció por contexto. En Kyaka II, el énfasis en el alcance en los asentamientos, la prevención de enfermedades infecciosas, la salud materna e infantil y el primer contacto basado en los Equipos de Salud de las Aldeas (VHT) abordó a una población geográficamente dispersa para la cual la distancia y la cobertura de servicio intermitente eran las principales limitaciones. En **Adjumani**, la intervención abordó las realidades de un entorno de asentamiento grande y remoto caracterizado por el riesgo recurrente de brotes, la débil disponibilidad de especialistas y la alta necesidad psicosocial insatisfecha. En Kampala, la intervención se reorientó progresivamente hacia el perfil distintivo de los refugiados urbanos: acceso fragmentado y privatizado a los servicios, enfermedades crónicas y no transmisibles, patologías ortopédicas y de salud mental, y vulnerabilidades de protección complejas vinculadas a la pobreza y el aislamiento social. La capacidad del consorcio para reconocer y responder a estos perfiles divergentes es una razón central por la que la evaluación juzga que la relevancia es alta. El único área donde el diseño estándar no se ajustó lo suficiente a la necesidad local fue el modelo de medicamentos esenciales en Kampala, que tuvo dificultades para satisfacer la demanda farmacéutica especializada y crónica,, una brecha de relevancia que la evaluación señala para futuros diseños.

#### Alineación con las políticas y marcos nacionales

La intervención estuvo bien alineada con el entorno progresista de políticas de refugiados de Uganda y con la política nacional de salud. Al ejecutarse a través de instalaciones de salud pública, las Oficinas de Salud de Distrito en Kyegegwa y Adjumani, la Autoridad de la Ciudad Capital de Kampala (KCCA), los Equipos de Salud de las Aldeas y la arquitectura de coordinación de la Oficina del Primer Ministro (OPM), el proyecto operó dentro —en lugar de en paralelo— de los sistemas nacionales que rigen la inclusión de los refugiados bajo el modelo de asentamiento y autosuficiencia de Uganda y la integración de los refugiados en el Sector Salud. Las evaluaciones conjuntas de necesidades con la KCCA y las Oficinas de Salud del Distrito, la alineación de la distribución con las directrices de la OPM, OCHA y UNFPA, y la armonización de los protocolos de derivación con los estándares del Ministerio de Salud (MoH) demuestran una coherencia política deliberada. Esta alineación reforzó tanto la legitimidad como el potencial de sostenibilidad de la intervención.

#### Coherencia del diseño (marco lógico y teoría del cambio)



La lógica interna de la intervención fue coherente. Las cuatro áreas de resultados —servicios de salud (R1), capacidad comunitaria y prevención de la violencia de género (R2), sensibilización y defensa de derechos (R3), y participación y rendición de cuentas (R4)— se corresponden con una teoría del cambio plausible en la que la mejora de la disponibilidad de los servicios, el fortalecimiento de los sistemas comunitarios, el aumento de la concienciación y el funcionamiento de los mecanismos de rendición de cuentas contribuyen conjuntamente al objetivo específico de mejorar el estado de salud y la salud sexual y reproductiva (SRH) y reducir la SGBV. Los indicadores fueron, en la mayoría de los casos, específicos y medibles, y la arquitectura de línea de base y final proporcionó un medio creíble para rastrear el cambio. Las principales debilidades del diseño fueron un pequeño número de indicadores formulados principalmente a nivel de productos (lo que limita la atribución de resultados) y la ausencia de indicadores capaces de captar las necesidades de atención crónica que resultaron materiales en Kampala. Se trata de refinamientos más que de fallos fundamentales.

#### Complementariedad con otros actores

La intervención se diseñó para complementar, no duplicar, la arquitectura humanitaria y de salud pública más amplia. Al canalizar las derivaciones especializadas a los hospitales nacionales de referencia (incluyendo Mulago), coordinarse con AIRD en logística, vincularse con la policía y los actores de protección en la gestión de casos de SGBV, y operar a través de sistemas guiados por OPM/OCHA/UNFPA, el proyecto se posicionó como un actor que cubre brechas y refuerza el sistema. Esta complementariedad fortaleció la relevancia al garantizar que los recursos del proyecto se dirigieran hacia las brechas documentadas —acceso a diagnóstico, MHPSS, apoyo a supervivientes y rendición de cuentas— en lugar de hacia servicios ya prestados adecuadamente por otros.

### 5.2. Eficacia

La evaluación considera que la intervención ha sido altamente eficaz. Se cumplió o superó sustancialmente la gran mayoría de los objetivos del marco lógico, con frecuencia por amplios márgenes, y el objetivo específico se alcanzó en gran medida, según la evidencia disponible. La eficacia fue mayor en la prestación de servicios, el alcance, el MHPSS y el apoyo a supervivientes, y la rendición de cuentas; fue más matizada respecto a la durabilidad de los avances en capacidad y la conversión de la sensibilización y los contactos de servicio en resultados sostenidos, particularmente en el contexto urbano.

#### Matriz de resumen de resultados



La siguiente matriz consolida el desempeño con respecto a los indicadores principales, basándose en el informe final del proyecto y en evidencias trianguladas.



Resultado	Indicador (textual de la matriz)	Meta (textual de la matriz)	Línea de base (LB)	Fuentes de verificación	Logro	Desempeño	Evidencia de triangulación
R1	I.O.V.1.R.1: Las necesidades sanitarias de los refugiados son atendidas en los puntos de acceso médico y mediante equipos de salud móviles en las tres ubicaciones.	Meta 1: Al menos 10.600 refugiados (6.500 en Kyaka II, 3.000 en Kampala, 1.100 en Adjumani) (60% mujeres y niños menores de 5 años) reciben atención médica y medicamentos en centros de salud.  Meta 2: 19.200 personas (60% mujeres y niños) atendidas por 240 equipos de salud móviles desplegados (80 por ubicación).	Al inicio del proyecto, 0 refugiados atendidos. En 2022, FM-E y sus socios atendieron a 13.900 personas (7.506 mujeres) en centros de salud y mediante 97 equipos móviles en Adjumani, Kyaka II y Kampala.	F.V.1 Registro de demanda insatisfecha de medicamentos. F.V.2 Registros de entrega de medicamentos/suministros médicos. F.V.3 Dossier fotográfico. F.V.4 Registro de atención en centros de salud. F.V.5 Registro de personas atendidas por equipos móviles.	T1: 23.596 refugiados recibieron atención médica y medicamentos.  T2: 24.115 personas atendidas por 243 equipos de salud móviles.	T1: 223% - superado sustancialmente  T2: 126% - superado	El gasto de bolsillo cayó en Kyaka II (56,2→38,2%) y Adjumani (83,5→66,0%); el uso de equipos de salud comunitaria (VHT) como primer contacto aumentó en Kyaka II (9,0→36,1%).
R1	I.O.V.2.R.1: Los refugiados en los asentamientos que requieren pruebas, análisis y diagnósticos fiables son derivados al hospital nacional de referencia en Kampala para recibir una atención adecuada y segura.	Meta: Al menos 1.500 refugiados derivados (60% mujeres y niños menores de 5 años).	Al inicio del proyecto, 0 refugiados derivados. En 2022, 5.683 personas (2.632 mujeres) fueron derivadas desde los asentamientos de Adjumani, Kyaka II y Kampala.	F.V.1 Informes de pruebas médicas realizadas. F.V.2 Registro de refugiados derivados al hospital nacional de referencia en Kampala.	1.780 derivaciones especializadas para pruebas/diagnóstico.	119% - superado	La dificultad de acceso a clínicos disminuyó en Adjumani (42,7→30,9%); confirmación en KII.
R1	I.O.V.3.R.1: Mejora de la calidad de la atención a los refugiados en Uganda mediante la formación	Objetivo 1: El 75% de los 60 profesionales sanitarios (20 por ubicación, 50% mujeres) participan en cursos de	Los profesionales sanitarios seleccionados aún no habían asistido a cursos de	F.V.1 Informe del equipo de formación. F.V.2 Materiales didácticos. F.V.3	G1: 241 profesionales sanitarios formados.	G1: 402% - superado sustancialmente	Los agentes con competencias en VBG se duplicaron en Kyaka II (KII); gestión de casos armonizada entre los



Resultado	Indicador (textual de la matriz)	Meta (textual de la matriz)	Línea de base (LB)	Fuentes de verificación	Logro	Desempeño	Evidencia de triangulación
	de profesionales sanitarios y la difusión del protocolo de actuación y procedimientos estandarizados basados en enfoques de género y derechos humanos.	especialización y aplican los conocimientos adquiridos al finalizar la intervención.  Objetivo 2: Un protocolo de actuación difundido entre el personal sanitario.	especialización sobre los temas del proyecto. En 2022, FM-E formó al personal en Kyaka II en sistemas de información, uso racional de medicamentos, sistemas de derivación para casos de violencia de género y estándares de calidad en salud mental; en Kampala se centraron en prevención de enfermedades infecciosas (Ébola, COVID-19); ninguna formación en Adjumani.	Lista de participantes. F.V.4 Evaluación de conocimientos pre/post. F.V.5 Dossier fotográfico. F.V.6 Copia del Protocolo de Actuación validado. F.V.7 Informe sobre reuniones de difusión del protocolo.	G2: 1 protocolo difundido + PNT complementarios.	G2: 100 % - cumplido	diversos actores.
R1	I.O.V.4.R.1: Los refugiados tienen acceso a servicios de MHPSS de calidad para mejorar su salud mental a través de sesiones de terapia psicosocial y equipos móviles.	Meta 1: 320 personas atendidas (60 % mujeres y menores) en al menos 60 sesiones.  Objetivo 2: 1.800 refugiados (60 % mujeres y menores) acceden a MHPSS a través de 240 equipos móviles.	No existen actualmente mecanismos móviles de salud mental en ninguna de las ubicaciones del proyecto. Algunas ONG ofrecen servicios de MHPSS a los refugiados, pero el alcance es muy limitado.	F.V.1 Registro de visitas y atención de las unidades móviles de salud mental. F.V.2 Dossier fotográfico. F.V.3 Informe sobre las sesiones de terapia psicosocial. F.V.4 Lista de participantes en las sesiones de terapia.	G1: 1.129 personas alcanzadas con terapia psicosocial.  T2: 6.279 refugiados accedieron a servicios de MHPSS.	G1: 353 % - sustancialmente superado  T2: 349 % - sustancialmente superado	Elevada necesidad previa no satisfecha, especialmente en Kampala; demanda de MHPSS al final del proyecto confirmada por las KII (entrevistas a informantes clave).
R2	I.O.V.1.R.2: Tras el	Meta 1: Al menos el 80	Los líderes	F.V.1 Programa de	G1: 62 líderes	G1: ~Cumplido	Funcionando como



Resultado	Indicador (textual de la matriz)	Meta (textual de la matriz)	Línea de base (LB)	Fuentes de verificación	Logro	Desempeño	Evidencia de triangulación
	primer trimestre, se han fortalecido las capacidades de los líderes comunitarios y de los miembros de los comités comunitarios en materia de prevención, mediación y derivación de casos de VBG.	<p>% de los 60 líderes comunitarios (50 % mujeres) que participan en los módulos de formación están familiarizados con las técnicas pertinentes de prevención, mediación y derivación de casos de VBG.</p> <p>Meta 2: Seis comités comunitarios (dos por ubicación) establecidos con un plan de trabajo para la resolución de casos de violencia contra las mujeres.</p>	comunitarios seleccionados aún no habían recibido formación sobre técnicas de prevención, mediación y derivación para supervivientes de VBG. En 2022, Farmamundi formó a líderes en Kyaka II sobre igualdad de género y derechos humanos, identificación de VBG, servicios de derivación, prevención de enfermedades infecciosas y reducción del estigma/interculturalidad. No se realizó formación en Kampala/Adjumani. No había comités comunitarios activos al inicio.	formación. F.V.2 Informe del equipo de formación. F.V.3 Lista de participantes. F.V.4 Evaluación pre/post-test. F.V.5 Informes de actividades y seguimiento de casos de VBG por parte de los comités. F.V.6 Plan de trabajo del comité. F.V.7 Dossier fotográfico.	comunitarios formados y aplicando los conocimientos.  G2: 8 comités comunitarios establecidos.	(62/60, umbral $\geq 80$ %)  G2: 133 % - superado	multiplicadores de derivación/sensibilización; papel operativo de identificación/derivación/retroalimentación.
R2	I.O.V.2.R.2: Las poblaciones refugiadas tienen acceso a información sobre promoción de la salud y SSR (salud sexual y reproductiva), igualdad	Objetivo: 20.000 (4.500 en Kampala, 11.000 en Kyaka, 4.500 en Adjumani) alcanzados a través de sesiones informativas a cargo de	A pesar de las campañas de información en curso por parte de FM-E, dados los flujos constantes (131.223 nuevos refugiados en	F.V.1 Informes de actividad y planificación de campañas de sensibilización. F.V.2 Materiales IEC producidos. F.V.3	22.660 personas alcanzadas mediante sesiones de sensibilización.	113 % - superado	Mejora de la concienciación sobre servicios/derechos (evaluación final).



Resultado	Indicador (textual de la matriz)	Meta (textual de la matriz)	Línea de base (LB)	Fuentes de verificación	Logro	Desempeño	Evidencia de triangulación
	de género y servicios disponibles de prevención, atención y protección para sobrevivientes de violencia sexual y de género.	líderes comunitarios.	Uganda en 2023) y la falta de información general en las zonas de intervención, la población refugiada no tiene pleno acceso a la información sobre promoción de la salud, SSR, igualdad de género y servicios disponibles para supervivientes de VBG.	Dossier fotográfico.			
R2	I.O.V.3.R.2: Mejora del acceso a artículos de higiene personal y menstrual y artículos de prevención de enfermedades infecciosas según las necesidades específicas de género, edad y diversidad entre los hogares de refugiados en situación de vulnerabilidad.	Objetivo 1: 750 hogares reciben kits de higiene personal y mosquiteras.  Objetivo 2: 750 mujeres reciben kits de dignidad.  Objetivo 3: El 75 % de los refugiados encuestados valoran positivamente la calidad y pertinencia de los artículos para mejorar su salud.	Debido a las constantes llegadas a las tres ubicaciones, los hogares de refugiados en situación de vulnerabilidad aún no habrán tenido un acceso pleno y continuo a artículos de higiene personal/menstrual y de prevención de enfermedades infecciosas según sus necesidades específicas de género, edad y diversidad.	F.V.1 Registros de entrega y recepción de kits de higiene, mosquiteras y kits de dignidad. F.V.2 Desglose del contenido de los kits distribuidos. F.V.3 Dossier fotográfico. F.V.4 Encuestas de satisfacción de los refugiados.	T1: 875 hogares recibieron kits de higiene.  T2: 875 mujeres recibieron kits de dignidad.  T3: 82 % de satisfacción de las personas beneficiarias.	T1: 117 % - superado  T2: 117 % - superado  T3: Superado	82 % de satisfacción de las personas beneficiarias; necesidad de dignidad/protección atendida.
R2	I.O.V.4.R.2: La atención a las mujeres refugiadas	Meta 1: 450 mujeres reciben asistencia psicológica a través de	Al inicio del proyecto, la atención a las mujeres refugiadas	F.V.1 Informes de asistencia y apoyo individual. F.V.2	T1: 1.443 mujeres recibieron asistencia	T1: 321 % - sustancialmente	Resultados de protección centrados en las supervivientes;



Resultado	Indicador (textual de la matriz)	Meta (textual de la matriz)	Línea de base (LB)	Fuentes de verificación	Logro	Desempeño	Evidencia de triangulación
	supervivientes de la VBG se refuerza mediante el acceso a mecanismos de resarcimiento psicosocial y jurídico para la restauración de los derechos vulnerados.	850 sesiones individuales y 50 sesiones grupales.  Meta 2: 90 mujeres reciben asistencia jurídica.  Meta 3: El 75 % de las mujeres encuestadas valoran positivamente la calidad y pertinencia de los servicios psicosociales y jurídicos para la restauración de los derechos vulnerados.	supervivientes de la VBG es insuficiente para restaurar los derechos vulnerados. Según el ACNUR (febrero de 2023), solo se cubren el 9 % de las necesidades de los refugiados en Uganda.	Registro de derivaciones mediante los formularios de protocolo existentes. F.V.3 Encuestas a mujeres refugiadas supervivientes de la VBG.	psicológica.  T2: 144 supervivientes recibieron asistencia jurídica.  T3: Satisfacción de las supervivientes >75 %.	superado  T2: 160 % - superado  T3: Superado	satisfacción >75 %.
R3	I.O.V.1.R.3: Evaluaciones de la situación de la población refugiada en Kampala, Kyaka II y Adjumani realizadas desde una perspectiva de género y de derechos humanos, destacando la situación de las supervivientes de la VBG como el principal desafío.	Meta: 3 evaluaciones realizadas (una por ubicación).	Hasta la fecha, no se han realizado evaluaciones de la población refugiada en Kampala, Kyaka II y Adjumani desde una perspectiva de género y de derechos humanos que destaque la situación de las supervivientes de la VSGBV.	F.V.1 Informe sobre el proceso de elaboración de las evaluaciones. F.V.2 Documento final de las evaluaciones realizadas.	3 evaluaciones completadas (+ estudios complementarios).	100 % - cumplido	Base de evidencia para el diseño/focalización.
R3	I.O.V.2.R.3: Medios de comunicación ugandeses informados sobre la situación, oportunidades y	Objetivo 1: Al menos 20 periodistas participan en el evento.  Objetivo 2: Al final del	A pesar del gran número de personas refugiadas en el país, los medios de comunicación	F.V.1 Informe de actividad. F.V.2 Lista de participantes. F.V.3 Dossier fotográfico.	G1: 20 periodistas participaron en el taller de medios.  G2: Producido	G1: 100 % - cumplido  G2: 100% - cumplido	Documento de orientación para medios de comunicación elaborado.



Resultado	Indicador (textual de la matriz)	Meta (textual de la matriz)	Línea de base (LB)	Fuentes de verificación	Logro	Desempeño	Evidencia de triangulación
	desafíos en el sistema de acogida y protección de la población refugiada, especialmente de las supervivientes de la VBG.	taller, se elabora un documento con recomendaciones para los medios de comunicación.	ugandeses no ofrecen una cobertura suficiente ni analizan el sistema de acogida y protección de los refugiados, especialmente de las supervivientes de la VBG.		documento de orientación para los medios.		
R3	I.O.V.3.R.3: Ciudadanos ugandeses participan en seminarios sobre Refugio, Género y Derechos Humanos como espacios de análisis y debate, con especial atención a la prevención, protección y atención a mujeres supervivientes de violencia sexual.	Meta 1: Al menos 100 personas (50% mujeres) participan en los seminarios.  Objetivo 2: Al finalizar el seminario, se elabora un documento con conclusiones para la incidencia política.	Hasta la fecha, no se han organizado tales seminarios.	F.V.1 Informe de actividad. F.V.2 Lista de participantes. F.V.3 Dossier fotográfico.	G1: 91 participantes (44 mujeres).  G2: Documento de conclusiones elaborado.	G1: 91% - cumplido en gran medida  G2: Cumplido	Ligero incumplimiento en el alcance y la paridad.
R3	I.O.V.4.R.3: Ciudadanos de la EAC amplían sus conocimientos y su sensibilización sobre el acceso a la atención sanitaria de las personas afectadas por conflictos y violencia en Uganda, especialmente refugiados y supervivientes de VBG.	Meta 1: Investigación académica realizada sobre las barreras de acceso a la salud en la EAC para personas en procesos migratorios.  Objetivo 2: 90 titulares de derechos (60% mujeres) participan en actividades de sensibilización a través de bibliotecas humanas	Al inicio del proyecto, no se habían llevado a cabo actividades de sensibilización mediante bibliotecas humanas en la EAC sobre el acceso a la atención sanitaria para poblaciones vulnerables en Uganda.	F.V.1 Lista de participantes. F.V.2 Documento de investigación. F.V.3 Informe fotográfico/técnico. F.V.4 Cuestionarios de evaluación.	G3: $\geq 70\%$ de los participantes informaron de una mejora en la sensibilización (alcanzado).	Cumplido	Bibliotecas Humanas/incidencia mediante testimonios.



Resultado	Indicador (textual de la matriz)	Meta (textual de la matriz)	Línea de base (LB)	Fuentes de verificación	Logro	Desempeño	Evidencia de triangulación
		<p>en la EAC.</p> <p>Meta 3: Al menos el 70% (50% mujeres) de los titulares de derechos encuestados informan de una mejora en el conocimiento del acceso a la atención sanitaria y de las causas subyacentes en la crisis humanitaria de Uganda.</p>					
R4	I.O.V.1.R.4: La población destinataria participa en la toma de decisiones a lo largo del proyecto a través del Comité de Coordinación y Seguimiento.	Objetivo: Al menos 60 personas (30 mujeres) integran el comité, garantizando la representación en términos de género, edad y origen.	Al inicio del proyecto, el Comité de Coordinación y Seguimiento aún no se ha formado.	F.V.1 Informe sobre la selección de los miembros del comité y objetivos. F.V.2 Plan de rendición de cuentas y participación comunitaria para socios locales.	118 participantes (85 mujeres) en comités de coordinación.	197% - sustancialmente superado	Fuerte inclusión de género.
R4	I.O.V.2.R.4: Reuniones de aprendizaje y rendición de cuentas celebradas con las partes interesadas durante todo el ciclo del proyecto, garantizando la participación y protección de refugiados y supervivientes de VBG.	<p>Objetivo 1: Al menos 14 reuniones con titulares de derechos, responsabilidades y obligaciones.</p> <p>Objetivo 2: Al menos 1 reunión final de retroalimentación.</p>	Al inicio del proyecto, no se han celebrado reuniones con titulares de derechos, responsabilidades y obligaciones.	F.V.1 Informes de reuniones comunitarias. F.V.2 Informe final de evaluación del proyecto. F.V.3 Listas de participantes. F.V.4 Dossier fotográfico.	<p>T1: 48 reuniones/diálogos participativos con titulares de derechos.</p> <p>T2: Celebración de la reunión de retroalimentación final.</p>	<p>T1: 343 % - superado sustancialmente</p> <p>T2: Cumplido</p>	Verificación participativa densa.



Resultado	Indicador (textual de la matriz)	Meta (textual de la matriz)	Línea de base (LB)	Fuentes de verificación	Logro	Desempeño	Evidencia de triangulación
R4	I.O.V.3.R.4: La población refugiada ejerce su derecho a presentar sugerencias, quejas y reclamaciones (FRRM) a través de mecanismos que realizan el seguimiento, proporcionan retroalimentación y ofrecen soluciones adecuadas a los problemas detectados.	Meta 1: El 75 % de las personas encuestadas conocen los mecanismos de sugerencias, quejas y reclamaciones.  Objetivo 2: El 100 % de las sugerencias, quejas y/o reclamaciones son atendidas.	Al inicio del proyecto, se atienden el 100 % de las quejas/reclamaciones . A pesar de la disponibilidad, un alto porcentaje de refugiados desconoce su derecho a presentar sugerencias/quejas debido a su reciente llegada y a la distancia de los principales centros de servicios.	F.V.1 Informes trimestrales sobre la retroalimentación del FRRM. F.V.2 Informes trimestrales sobre los mecanismos de quejas/sugerencias. F.V.3 Encuestas sobre el conocimiento de los mecanismos.	G1: ~100 % de los beneficiarios conocen los mecanismos de retroalimentación.  T2: 100 % de las quejas/reclamaciones atendidas.	G1: Superado  T2: 100 % - cumplido	Interprete el autoinforme con cautela; ciclo de retroalimentación en funcionamiento.
R4	I.O.V.4.R.4: Los equipos de gestión humanitaria fortalecen las capacidades institucionales para garantizar una gestión de calidad de la ayuda a las personas vulnerables en Uganda, siguiendo la CHS.	Meta 1: Al menos el 80 % de los participantes demuestran una mejora en la capacidad de gestión de la ayuda de calidad.  Objetivo 2: Al menos el 80 % de los participantes valoran positivamente la pertinencia, calidad y aplicabilidad de los conocimientos adquiridos.	AHA, Emesco y FM-E han preidentificado las necesidades de formación basándose en las brechas actuales de los equipos. El plan de formación se centra en la rendición de cuentas, la integración de enfoques transversales en todo el ciclo del proyecto y la atención comunitaria de calidad (CHS).	F.V.1 Informe del equipo de formación. F.V.2 Evaluación de los participantes. F.V.3 Módulos de formación. F.V.4 Evaluaciones pre/post formación. F.V.5 Dossier fotográfico.	100 % de los participantes con capacidad de rendición de cuentas mejorada.	Superado	Integración de la CHS en las instituciones socias.



### R1 - Servicios de salud (Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental y Apoyo Psicosocial, respuesta a la Violencia de Género)

R1 fue el área de resultados más sólida. Los objetivos de prestación de servicios se superaron por amplios márgenes: 23.596 personas refugiadas recibieron medicamentos (223 % del objetivo), 24.115 fueron atendidas mediante equipos móviles (126 %), 1.780 derivaciones especializadas (119 %) y 241 trabajadores de la salud capacitados (402 %). El subcomponente de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) es particularmente notable, con la terapia psicosocial alcanzando el 353 % y el acceso a servicios SMAPS el 349 % del objetivo; una escala de superación que refleja tanto una entrega sólida como la profundidad de la necesidad de salud mental insatisfecha expuesta una vez que los servicios estuvieron disponibles. La salud sexual y reproductiva (SSR) y la atención clínica centrada en la superviviente se fortalecieron mediante la formación, la armonización de protocolos y el apoyo en suministros. El elemento matizado del R1 es la durabilidad: los avances en capacidad se vieron mermados por la alta rotación de personal, y el apoyo en suministros no pudo satisfacer la demanda de atención crónica urbana. En general, el R1 se considera muy eficaz a nivel de productos y acceso, con una durabilidad parcial de los resultados.

### R2 - Capacidad comunitaria y prevención de la Violencia de Género

El R2 se logró de manera eficaz. La sensibilización comunitaria llegó a 22.660 personas (113 %), se establecieron ocho comités comunitarios (133 %), se capacitó a 62 líderes comunitarios y el apoyo a las supervivientes superó con creces el objetivo (1.443 mujeres en atención psicológica, 321 %; 144 en asistencia legal, 160 %). La combinación de estructuras comunitarias capacitadas, multiplicadores de sensibilización y apoyo directo a las supervivientes creó una capa de prevención y respuesta coherente a nivel comunitario. La principal limitación es la traducción de la sensibilización y la actividad de los comités en un cambio normativo y de comportamiento sostenido, que sigue estando limitado por el estigma persistente y las barreras estructurales. El R2 se considera altamente eficaz, con los resultados más relevantes en materia de protección en la línea de apoyo a las supervivientes.

### R3 - Sensibilización e incidencia

El R3 se logró en gran medida. Las tres evaluaciones contextuales, la participación de los medios de comunicación (20 periodistas), el ciclo de seminarios académicos (91 de 100 participantes) y la incidencia basada en testimonios generaron los productos de sensibilización e incidencia previstos, siendo la única deficiencia material un ligero incumplimiento en la participación en los seminarios y en la paridad de género (44 mujeres frente al objetivo del 50 %). Se cumplieron los objetivos de mejora del conocimiento entre los participantes. En Euskadi, el equipo de educación de Farmamundi complementó el trabajo de campo produciendo cuatro vídeos



cortos de testimonios (dos grabados con protagonistas de libros humanos en el País Vasco y dos grabados en Uganda con AHA (una abogada que trabaja sobre violencia de género) y EMESCO (una persona refugiada de la RDC reasentada en Uganda)) y los utilizó, junto con un estudio contextual sobre las barreras a la atención sanitaria que enfrentan las personas de origen africano en Euskadi, para realizar sesiones de "biblioteca humana" con estudiantes de enfermería, medicina y farmacia e informar a profesionales e instituciones de salud vascas, extendiendo así el alcance de la incidencia del proyecto desde el terreno hasta el público donante y la cantera de formación de futuros profesionales de la salud. La influencia a nivel de resultados de la incidencia en el discurso público y las actitudes institucionales es plausible, pero intrínsecamente difícil de atribuir y no se midió sistemáticamente. El R3 se considera eficaz a nivel de productos, con resultados de incidencia creíbles pero parcialmente evidenciados.

#### R4 - Participación y rendición de cuentas (AAP)

El R4 se alcanzó con solidez y representa uno de los puntos fuertes distintivos de la intervención. El estudio basal institucionalizó el seguimiento basado en la evidencia; los comités de coordinación involucraron a 118 personas, incluidas 85 mujeres (197 % del objetivo, con una notable inclusión de género); los objetivos de capacidad de rendición de cuentas se cumplieron al 100 %; los mecanismos de retroalimentación fueron funcionales y se atendieron todas las quejas registradas; y se llevaron a cabo 48 reuniones participativas frente a un objetivo de 14 (343 %). La principal salvedad es metodológica: el pleno conocimiento de los canales de retroalimentación comunicado por los propios interesados debe interpretarse con cautela. El R4 se considera altamente eficaz, integrando los principios de la Norma Humanitaria Esencial tanto en las instituciones socias como en las estructuras comunitarias.

#### Consecución del Objetivo Específico

Sobre la base de la evidencia a nivel de resultados y los hallazgos cualitativos y comparativos entre la situación basal y final, el objetivo específico —mejorar el estado de salud y salud sexual y reproductiva (SSR) de las poblaciones refugiadas abordando la violencia sexual y de género (VSG) tanto como una violación de los derechos humanos como un problema de salud pública— se considera que se ha alcanzado en gran medida. La intervención amplió de forma demostrable el acceso a la atención integrada, reforzó el apoyo a los supervivientes y los sistemas de protección comunitaria, y mejoró la rendición de cuentas. La matización «en gran medida» refleja que algunos factores estructurales de los deficientes resultados en materia de salud y protección —la financiación de enfermedades crónicas en entornos urbanos, la disponibilidad de especialistas, el estigma y la rotación de personal— quedan fuera del alcance del proyecto y solo se abordaron parcialmente.

#### Diferencias entre ubicaciones



La eficacia varió según el contexto de formas ilustrativas. Kyaka II mostró la evidencia más clara de cambio a nivel de sistema, incluyendo un pronunciado desplazamiento hacia el primer contacto con los Equipos de Salud de las Aldeas (VHT) (9,0→36,1 %) y una reducción del gasto de bolsillo, lo que evidencia el éxito del traspaso de tareas y la estabilización del suministro. Adjumani registró la mayor mejora en el acceso a médicos (42,7→30,9 %) y una reducción del gasto de bolsillo, pero mantuvo la mayor necesidad residual no satisfecha, particularmente en salud mental y apoyo psicosocial (MHPSS). Kampala generó la mayor demanda y uso de MHPSS y mejoró la disponibilidad de tratamiento inmediato (87,3→100,0 %), pero también fue donde el modelo de medicamentos esenciales tuvo un rendimiento inferior, y el gasto de bolsillo aumentó (53,8→73,6 %), lo que refleja las realidades de la atención de enfermedades crónicas y los servicios privatizados del contexto urbano. La eficacia fue, por tanto, alta en los tres emplazamientos, pero se manifestó a través de diferentes mecanismos.

### Contribución de los socios

El modelo de consorcio fue un factor significativo que contribuyó a la eficacia. Farmamundi aportó la coordinación general, el liderazgo técnico, la rendición de cuentas ante el donante y la arquitectura de calidad y rendición de cuentas del consorcio. AHA (Action Africa Help) impulsó la prestación de servicios de salud en los asentamientos, la ruta de derivación, y la función del albergue médico de Kampala, que sustentó la superación de los objetivos de derivación. EMESCO ancló el trabajo de prestación comunitaria, sensibilización y rendición de cuentas, particularmente en Adjumani. La complementariedad de estos roles —supervisión estratégica y de calidad por parte de Farmamundi, prestación de salud y derivaciones por parte de AHA, movilización comunitaria por parte de EMESCO— fue fundamental para la amplitud de los resultados obtenidos, y el intercambio entre socios y las estructuras de coordinación conjunta (R4) reforzaron la coherencia entre las tres organizaciones.

### **5.3. 5.3 Eficiencia**

La evaluación considera que la intervención ha sido **eficiente**, logrando una superación sustancial de la mayoría de los objetivos al tiempo que operó mediante modalidades conscientes de los costes y de aprovechamiento del sistema. La eficiencia se vio reforzada por el uso deliberado de los sistemas públicos y comunitarios existentes y por un modelo de prestación integrado que generó economías de alcance; se vio limitada por los costes inherentes a la sensibilización dispersa y por las presiones externas de la cadena de suministro y la rotación de personal.

### Uso de los recursos financieros

La relación entre recursos y resultados fue favorable. Muchos indicadores se alcanzaron en niveles que duplicaban o triplicaban lo previsto (medicamentos 223 %, terapia MHPSS 353 %, apoyo psicológico a



supervivientes 321 %, diálogos participativos 343 %), lo que indica que los recursos se convirtieron en productos a un ritmo muy superior a las expectativas de la valoración inicial. Las adquisiciones se realizaron mediante una selección competitiva de proveedores, de acuerdo con las directrices de contratación y a través de proveedores establecidos, con sistemas de gestión de existencias y rendición de cuentas reforzados a nivel del centro de salud, rasgos que respaldan una evaluación de gestión financiera sólida. Las disposiciones de auditoría externa y evaluación externa (Actividad 4.6) proporcionaron una garantía independiente sobre la gestión financiera y operativa.

### Puntualidad de la ejecución

La ejecución se desarrolló en general según lo previsto y demostró capacidad de respuesta a las demandas emergentes, incluida la redistribución de recursos para abordar amenazas a la salud pública (Ébola, viruela del mono, fiebre hemorrágica de Crimea-Congo) mediante productos sanitarios, de prevención de infecciones y de diagnóstico. La capacidad de absorber y responder a los riesgos de brotes sin descarrilar la prestación principal es, en sí misma, un indicador de eficiencia operativa. Los principales riesgos de puntualidad identificados fueron externos: retrasos en el ciclo de derivación en los hospitales receptores causados por trámites incompletos y rotaciones de personal.

### Uso de los sistemas existentes

La eficiencia se vio sustancialmente mejorada por la prestación a través de los sistemas existentes en lugar de estructuras paralelas. La dependencia de los centros de salud públicos, las Oficinas de Salud de Distrito, la KCCA, los VHT y la coordinación de la OPM redujo los costes fijos, aprovechó la inversión pública ya realizada y fortaleció la sostenibilidad simultáneamente. El traspaso de tareas documentado hacia los VHT como el primer punto de contacto (Kyaka II 9,0→36,1 %; Adjumani 3,9→12,8 %) es un resultado particularmente eficiente, que traslada la demanda de atención primaria rutinaria a puntos de servicio comunitario de menor coste y reserva la capacidad del centro y de derivación para casos más complejos. La introducción de enfoques de derivación inversa (especialistas que se desplazan a los asentamientos) y el aumento del uso adecuado de centros de nivel inferior mejoraron aún más la eficiencia del sistema.

### Rentabilidad

Aunque la evaluación no dispuso de datos de costes unitarios desglosados suficientes para obtener ratios formales de rentabilidad, varios indicadores indirectos apuntan a una sólida relación calidad-precio: la elevada superación de los objetivos, el aprovechamiento de la infraestructura pública y comunitaria, el efecto multiplicador de la formación de líderes comunitarios y VHT, y el economías de alcance mediante la integración de la salud, el MH PSS y la protección a través de plataformas de sensibilización compartidas. La limitación de eficiencia más clara se dio en Kampala, donde las necesidades de cuidados especializados y crónicos



resultaron comparativamente costosas de atender, y el modelo de medicamentos esenciales ofreció un valor marginal menor. El modelo de extensión móvil, aunque altamente eficaz para el alcance, es también intrínsecamente intensivo en recursos y dependiente del combustible y la logística.

#### Eficiencia de la coordinación

Los mecanismos de coordinación del consorcio e interagenciales redujeron la duplicación y los costes de transacción al clarificar las funciones de los socios, armonizando los protocolos y alineándose con los sistemas de la OPM/OCHA/UNFPA. Las evaluaciones conjuntas y los comités compartidos redujeron el coste de la identificación de necesidades y la derivación. La principal ineficiencia de coordinación identificada fue la dependencia de financiación de la coordinación de derivaciones urbanas, lo que dejó la vía vulnerable cuando se restringió la financiación.

### 5.4. 5.4 Impacto

La evaluación encuentra pruebas creíbles de un impacto positivo (a corto plazo) en el acceso a la salud, el apoyo a los supervivientes, la concienciación comunitaria y la capacidad institucional, con los cambios más sólidos y mejor evidenciados en el nivel del acceso y la utilización de los servicios, y cambios más emergentes en el nivel de los resultados de salud y protección. En consonancia con las buenas prácticas de evaluación, el análisis los define como la **contribución** de la intervención al cambio observado, en lugar de como una atribución exclusiva.

#### Cambios en el acceso a la salud y en los resultados

El impacto más claro se produce en el acceso a la salud. El gasto sanitario de bolsillo disminuyó sustancialmente en dos de los tres emplazamientos (Kyaka II 56,2→38,2 %; Adjumani 83,5→66,0 %), la proporción de personas que recibieron tratamiento al buscar atención aumentó (Kyaka II 94,4→98,9 %; Kampala 87,3→100,0 %), y la dificultad para acceder a los médicos disminuyó en Adjumani (42,7→30,9 %). El cambio hacia el primer contacto con los VHT indica un cambio estructural en el comportamiento de búsqueda de atención hacia puntos de servicio comunitarios accesibles. Estos cambios son coherentes en dirección y magnitud con los insumos del proyecto y están corroborados por relatos cualitativos de las redes de seguridad creadas por los suministros proporcionados por los socios. El hallazgo contrapuesto —el aumento del gasto de bolsillo en Kampala— refleja la realidad de los cuidados crónicos urbanos más que un fracaso del impacto, pero matiza la imagen global.

#### Cambios en la respuesta y notificación de la violencia de género

Los resultados del apoyo a las supervivientes (1.443 mujeres en atención psicológica; 144 en asistencia jurídica; satisfacción por encima de la meta), la duplicación de los equipos clínicos con competencia en violencia de género en Kyaka II, los protocolos de derivación armonizados y el



funcionamiento de los comités comunitarios indican en conjunto un sistema de respuesta a la violencia sexual y de género fortalecido y mejores itinerarios para las supervivientes. La mejora de la confianza de las supervivientes y la disponibilidad de puntos de respuesta creíbles contribuyeron plausiblemente a una mayor disposición a buscar ayuda. Como es habitual en los programas de violencia sexual y de género, el aumento de las notificaciones debe interpretarse como una señal de mayor confianza en el sistema y no como un aumento de la incidencia, y la evaluación lo trata como una contribución positiva, aunque difícil de cuantificar.

### Cambios en el comportamiento y la concienciación comunitaria

Con 22.660 personas alcanzadas a través de actividades de sensibilización, una mejor concienciación sobre los servicios, derechos y rutas de derivación al finalizar el proyecto, y el trabajo de desestigmatización basado en testimonios, la intervención contribuyó a cambios medibles en el conocimiento y a una búsqueda de atención más temprana. La traducción de la concienciación en cambios conductuales y normativos duraderos es parcial e irregular, limitada por un estigma arraigado en torno a la salud mental y la violencia de género y por barreras estructurales de acceso; una limitación honesta sobre la profundidad del impacto conductual.

### Cambios en la capacidad institucional

El impacto institucional es evidente y se encuentra entre los efectos más duraderos: 241 trabajadores sanitarios formados, el 100 % de los participantes mejorando su capacidad de rendición de cuentas, protocolos armonizados, comités de coordinación en funcionamiento y mecanismos de retroalimentación integrados. Estos representan una capacidad que, cuando se retiene, persiste más allá del proyecto. La principal amenaza para este impacto es la rotación de personal, que erosiona la retención institucional de las competencias adquiridas individualmente.

### Efectos previstos frente a imprevistos

Más allá de los efectos previstos, la evaluación señala varios efectos imprevistos plausibles. En un sentido positivo, las contribuciones del proyecto a la respuesta a brotes fortalecieron la preparación general de las instalaciones más allá de la carga de casos de refugiados; el modelo de albergue médico creó un activo de continuidad asistencial no planificado pero valorado; y la fuerte participación femenina en los comités de coordinación (85 de 118) impulsó la voz institucional de las mujeres más allá del objetivo explícito. En un sentido menos positivo, el propio éxito de la sensibilización y la derivación puede haber generado una demanda y unas expectativas que la financiación actual no puede sostener, lo que crea un riesgo de efectos de retirada de servicios tras el proyecto, una dinámica planteada explícitamente por los trabajadores sanitarios en relación con la vía de derivación urbana.

### Diferencias entre ubicaciones y contribución frente a atribución



El impacto fue más fuerte y quedó más claramente evidenciado en los contextos de los asentamientos (Kyaka II y Adjumani), donde el contrafactual de un acceso inicial débil hizo que la contribución del proyecto fuera más visible. En Kampala, el impacto se concentró en el MH PSS y en la disponibilidad de tratamiento inmediato, mientras que la financiación de los cuidados crónicos siguió siendo una limitación estructural. En todo momento, la evaluación adopta una lógica de contribución en lugar de atribución: ante la ausencia de un grupo de control, los cambios observados se interpretan como la contribución plausible y sustancial de la intervención, triangulada entre diversas fuentes de datos, al tiempo que se reconoce la influencia del entorno más amplio del sistema humanitario y sanitario.

## 5.5. 5.5 Sostenibilidad (Viabilidad)

La evaluación considera que las perspectivas de sostenibilidad son **moderadas e irregulares** —sólidas allí donde la intervención está construida e integrada en los sistemas y capacidades existentes, y frágiles donde los resultados dependen de la financiación externa continua. Este es el criterio en el que la intervención está más expuesta.

### Apropiación institucional

La propiedad institucional es una fortaleza relativa. La prestación a través de centros públicos alineados con el Ministerio de Salud, las Oficinas de Salud de Distrito, la coordinación de la KCCA y la OPM, la armonización de protocolos con las normas nacionales y la formación de trabajadores sanitarios en centros públicos y de atención a refugiados integraron los logros del proyecto dentro de instituciones que perdurarán. El protocolo de derivación armonizado y los SOP, así como los planes de rendición de cuentas desarrollados a nivel organizativo, son activos transferibles. No obstante, la sostenibilidad institucional se ve atenuada por la rotación de personal y por la dependencia de algunas funciones de coordinación de los recursos del proyecto.

### Apropiación comunitaria

La propiedad comunitaria es igualmente una fortaleza. Ocho comités comunitarios en funcionamiento, líderes comunitarios formados, integración de los VHT, y los mecanismos de retroalimentación integrados crearon estructuras a nivel comunitario con potencial para mantener la identificación, la derivación y la sensibilización, y funciones de rendición de cuentas. Su continuidad depende de una facilitación ligera y continua y de la vinculación formal con las estructuras de los asentamientos y de los distritos, en lugar de aportaciones externas intensivas.

### Continuidad de los servicios

La continuidad de los servicios es el principal riesgo para la sostenibilidad. Varios de los componentes con mejor desempeño —el alcance móvil, la coordinación de derivaciones especializadas, el albergue médico y el apoyo



legal y psicológico especializado para supervivientes— dependen intrínsecamente de la financiación y resultarían difíciles de mantener para las comunidades o instituciones locales sin ayuda. El personal sanitario advirtió explícitamente de que la vía de derivación urbana ya estaba sometida a presión a medida que se restringía la financiación. La evaluación considera que, a falta de una planificación de la transición o de una financiación de seguimiento, una parte de los avances en el acceso y el apoyo a los supervivientes corre el riesgo de erosionarse.

### Sostenibilidad financiera y operativa

La sostenibilidad financiera es limitada, como suele ocurrir con la programación de salud humanitaria. La intervención no estableció, y posiblemente no podía hacerlo, una financiación local independiente para sus componentes más intensivos en recursos. Operativamente, el arraigo de competencias, protocolos y comités constituye un amortiguador parcial, pero los costes recurrentes (productos básicos, combustible, logística de derivación, personal especializado) siguen dependiendo de recursos externos.

### Integración en los sistemas existentes

La vía más clara hacia la sostenibilidad —y la característica de diseño de sostenibilidad más sólida del proyecto— fue la integración en los sistemas existentes. El desplazamiento de la demanda hacia los VHT y los centros de niveles inferiores, la alineación con los protocolos nacionales y el uso de estructuras de coordinación públicas implican que una parte significativa de la lógica de la intervención es asumida ahora por estructuras que perdurarán más allá de ella. La consolidación de esta integración, en lugar del lanzamiento de nuevas estructuras, es donde residen los mayores rendimientos de sostenibilidad.

## 5.6. 5.6 Conectividad / Coherencia

La evaluación considera que la intervención es **coherente y está bien conectada**, vinculando con éxito la respuesta humanitaria a corto plazo con el fortalecimiento del sistema a más largo plazo, y alineándose interna y externamente con las políticas, los actores y las normas pertinentes.

### Vínculo entre la respuesta humanitaria y el fortalecimiento del sistema

La intervención constituye un ejemplo de la práctica del nexo entre ayuda humanitaria y desarrollo. Las aportaciones de socorro inmediato (medicamentos, kits de dignidad e higiene, productos de respuesta a brotes, derivaciones de emergencia) se combinaron sistemáticamente con medidas de fortalecimiento del sistema (formación del personal sanitario, armonización de protocolos, transferencia de tareas a los VHT, comités comunitarios, mecanismos de rendición de cuentas). Esta combinación deliberada supuso que la prestación de emergencia reforzara simultáneamente los sistemas que deben llevar adelante la respuesta, la característica definitoria de una buena conectividad.



## Alineación con políticas y marcos

Externamente, la intervención fue coherente con la política de inclusión de refugiados de Uganda, las normas de salud del MoH, las directrices de coordinación de la OPM/OCHA/UNFPA, la Norma Humanitaria Esencial y los principios humanitarios basados en los derechos y centrados en los supervivientes. Internamente, las cuatro áreas de resultados y la teoría del cambio se reforzaron mutuamente en lugar de estar fragmentadas. Esta doble coherencia reforzó tanto la legitimidad como la eficacia.

## Idoneidad de herramientas, equipos y enfoques

Las herramientas y enfoques fueron adecuados al contexto: herramientas de evaluación y gestión de casos sensibles al género y centradas en el superviviente; metodologías de formación participativas (simulaciones, estudios de casos, juegos de rol); alcance móvil para poblaciones dispersas; apoyo de albergue médico y transporte para derivaciones; y el uso de Bibliotecas Humanas y testimonios para la incidencia política en la desestigmatización. La principal brecha de idoneidad fue la especificación de medicamentos esenciales en relación con las necesidades de atención crónica urbana.

## Continuidad después del proyecto

La conectividad posterior al proyecto es parcial. Las características de fortalecimiento e integración del sistema proporcionan una continuidad genuina, pero los componentes que dependen de la financiación plantean un riesgo de discontinuidad. La coherencia del diseño significa que, con un modesto apoyo a la transición, los elementos conectados podrían seguir funcionando; sin él, los elementos orientados al socorro cesarán y algunos avances del sistema podrían no consolidarse plenamente.

### **5.7. 5.7 Coordinación**

La evaluación considera que la coordinación ha sido un punto fuerte evidente de la intervención, tanto dentro del consorcio ejecutor como entre este y los actores gubernamentales y humanitarios externos.

## Colaboración dentro del consorcio (Farmamundi, AHA, EMESCO)

Los tres socios operaron a través de roles complementarios y bien delimitados: Farmamundi aportó la coordinación, el liderazgo técnico y de calidad, y la rendición de cuentas ante el donante; AHA lideró la prestación de salud en los asentamientos, la vía de derivación y la función de albergue médico; y EMESCO ancló la movilización comunitaria, la sensibilización y la rendición de cuentas, especialmente en Adjumani. Las sesiones conjuntas de formación e intercambio (Actividad 4.5) y los comités de coordinación compartidos armonizaron enfoques y reforzaron la cohesión del consorcio, con indicadores de capacidad y satisfacción que superaron sus objetivos del 80%.

## Colaboración con el gobierno (MoH, OPM, KCCA, distritos)



La coordinación con el gobierno fue sustantiva y no nominal. Las evaluaciones conjuntas de necesidades con la KCCA y las Oficinas de Salud del Distrito de Kyegegwa y Adjumani, la alineación con los sistemas de la OPM y el MoH, y la colaboración con la policía y los actores de protección en la gestión de casos de violencia sexual y de género (SGBV) integraron la intervención dentro de las estructuras de coordinación nacionales y de distrito. Esto reforzó tanto la relevancia como la sostenibilidad.

### Colaboración con otros actores y funcionalidad de los mecanismos

La coordinación se extendió a las directrices de OCHA y el UNFPA, la logística de AIRD, los hospitales nacionales de referencia y los laboratorios especializados. El altísimo nivel de cumplimiento en las reuniones y diálogos participativos (48 frente a un objetivo de 14) refleja un tejido de coordinación denso y funcional. La principal debilidad identificada fue la dependencia de la financiación y el colapso ocasional del ciclo de coordinación de derivaciones en los hospitales receptores, donde el papeleo y las rotaciones de personal interrumpieron la retroalimentación, una brecha de funcionalidad en la interfaz con las instituciones externas más que dentro del consorcio.

## **5.8. 5.8 Cobertura**

La evaluación concluye que la cobertura ha sido amplia, equitativa y, en la mayoría de los aspectos, superior a lo previsto, a la vez que identifica brechas residuales específicas en el alcance.

### Quiénes fueron alcanzados

La intervención llegó mucho más allá de su población prevista: 23.596 personas refugiadas con medicamentos (frente a 10.600), 24.115 a través de equipos móviles, 6.279 con servicios de MHPSS, 22.660 mediante actividades de sensibilización y 1.780 a través de derivaciones especializadas, extendiéndose estas últimas más allá de las tres áreas objetivo a personas refugiadas de Rwamwanja, Palorinya, Kyangwali y Nakivale. La cobertura abarcó tanto contextos urbanos (Kampala) como de asentamientos (Kyaka II, Adjumani).

### Equidad en el acceso: género, edad y grupos vulnerables

La cobertura estuvo fuertemente orientada a la equidad. Las mujeres y los niños menores de cinco años constituyeron la mayoría de varios flujos (por ejemplo, aproximadamente el 59 % de las derivaciones), el apoyo a los supervivientes se dirigió a un grupo sumamente vulnerable y los kits de dignidad se destinaron a mujeres y adolescentes. La sensibilidad a la edad fue evidente en el enfoque en la salud materna e infantil y en los adolescentes en la labor de concienciación. La fuerte representación femenina en los comités de coordinación (85 de 118) extendió la equidad a la gobernanza. La focalización explícita de la intervención en supervivientes, mujeres, niños, adolescentes y personas que requieren



cuidados crónicos refleja una priorización deliberada de los más vulnerables.

### Brechas en el alcance

A pesar de la amplia cobertura, la evaluación identifica brechas residuales: refugiados urbanos con enfermedades crónicas y no transmisibles cuyas necesidades farmacéuticas especializadas el modelo no pudo satisfacer plenamente; poblaciones en las partes más remotas de los asentamientos dispersos donde la frecuencia del alcance siguió siendo una limitación; hombres y niños adolescentes, que fueron comparativamente menos visibles en la protección y en la utilización de los servicios de MHPSS; y personas con discapacidad, cuyas necesidades específicas de acceso no están fuertemente evidenciadas en los datos disponibles. El ligero incumplimiento de la paridad de género en los seminarios es una brecha de cobertura menor a nivel de incidencia. Estas brechas definen la frontera prioritaria para futuras focalizaciones.

## **5.9. 5.9 Apropiación y participación**

La evaluación considera que la apropiación y la participación han sido **una fortaleza distintiva** y una característica definitoria del diseño y la ejecución de la intervención.

### Papel de las comunidades como titulares de derechos

Las comunidades de refugiados participaron como titulares de derechos activos en lugar de beneficiarios pasivos. A través de los comités comunitarios, las sesiones de diálogo, las redes de VHT, las estructuras de seguimiento y la línea de base participativa, las comunidades contribuyeron a identificar las necesidades, dar forma a las intervenciones y proporcionar retroalimentación. El 343 % de superación del objetivo en reuniones y diálogos participativos (48 frente a 14) cuantifica la profundidad de este compromiso, y la evidencia cualitativa muestra que las comunidades adoptan los ejercicios de evaluación final y de retroalimentación como plataformas para expresar necesidades sin filtros e informar la planificación futura.

### Papel de las instituciones locales

Las instituciones locales —Oficinas de Salud de Distrito, KCCA, OPM/comandantes de asentamientos, instalaciones públicas y el socio local EMESCO— se integraron en la prestación, evaluación y coordinación, reforzando la apropiación local y alineando la intervención con la agenda de localización.

### Funcionalidad de los mecanismos de AAP

Los mecanismos de rendición de cuentas ante las poblaciones afectadas (AAP) fueron funcionales y se utilizaron adecuadamente: se establecieron canales de retroalimentación y denuncia, el conocimiento de estos canales fue alto y se atendieron todas las denuncias registradas. Los planes de



rendición de cuentas organizativa incorporaron estas prácticas institucionalmente, con el 100 % de los participantes mejorando su capacidad. La evaluación señala la cautela metodológica vinculada al pleno conocimiento autodeclarado, pero considera que la arquitectura de AAP es genuinamente operativa y uno de los legados más sólidos del proyecto.

#### Nivel de participación en la toma de decisiones

La participación se extendió a la toma de decisiones a través de comités de coordinación y seguimiento con una fuerte representación comunitaria y femenina (118 participantes, 85 mujeres). Esto elevó la participación más allá de la consulta hacia una influencia compartida sobre la implementación y la revisión, una expresión avanzada del principio de participación.

### **5.10. 5.10 Cuestiones transversales (análisis integrado)**

Las preocupaciones transversales se integraron, en su mayor parte, en toda la intervención en lugar de tratarse como complementos. La evaluación valora el desempeño con respecto a cada uno de los siguientes puntos.

#### Género y edad

El género fue fundamental tanto en el diseño como en la ejecución: la intervención priorizó la respuesta a la SGBV, la salud sexual y reproductiva (SRH) de mujeres y niñas, el apoyo a los supervivientes y la provisión de dignidad, y logró una fuerte participación femenina en las estructuras de gobernanza. La sensibilidad a la edad fue evidente en el enfoque en la salud materna e infantil, la atención a los niños menores de cinco años y la labor de concienciación orientada a los adolescentes. La principal brecha de género es la visibilidad comparativamente limitada de los hombres y los niños adolescentes en la protección y la participación en MHPSS, lo que limita el cambio transformador en las normas de género.

#### Enfoque basado en los derechos humanos (HRBA)

La intervención aplicó consistentemente un HRBA, enmarcando la salud y la protección como derechos, tratando a los refugiados como titulares de derechos con voz y facultades, y orientando los servicios en torno a la dignidad, la no discriminación, la participación y la rendición de cuentas. El flujo de incidencia (evaluaciones, seminarios, bibliotecas humanas, participación de los medios de comunicación) reforzó el marco de derechos a nivel institucional y público.

#### Sensibilidad al conflicto / Acción sin daño (Do No Harm)

La intervención demostró sensibilidad al conflicto y conciencia de «no causar daño» mediante una gestión de casos confidencial y centrada en el superviviente, la inclusión de consideraciones de la comunidad de acogida dentro de la prestación del sistema público y la retroalimentación participativa que hizo aflorar y abordó los agravios. La principal consideración residual de «no causar daño» es el riesgo de perjuicio por la



discontinuidad del servicio tras el proyecto, dadas las altas expectativas, un riesgo que la evaluación señala para la planificación de la transición.

### Consideraciones ambientales

Las consideraciones ambientales fueron el tema transversal abordado de manera menos sistemática. Si bien el uso de la infraestructura existente por parte de la intervención limitó su huella ambiental y el trabajo de respuesta a brotes incluyó medidas de saneamiento y prevención de infecciones, la evidencia disponible no indica una perspectiva deliberada de sostenibilidad ambiental o resiliencia climática (por ejemplo, en las adquisiciones, la gestión de residuos de suministros médicos o la logística de alcance). Esta es una área que debe reforzarse en la programación futura.

### Inclusión de grupos vulnerables

La inclusión de grupos vulnerables fue una característica destacada: se priorizó explícitamente a los supervivientes de SGBV, mujeres, niños, adolescentes, personas con enfermedades crónicas y los pobres desplazados, y los modelos de alcance y derivación se diseñaron para llegar a los dispersos y aislados. La brecha de inclusión más clara es la limitada evidencia sobre la focalización en personas con discapacidad y personas mayores, cuyas necesidades específicas de acceso justifican una atención más deliberada.

## 6. Conclusiones

Las conclusiones se organizan por criterios de evaluación y expresan el juicio global del equipo de evaluación. Su finalidad es aportar un valor interpretativo en lugar de limitarse a repetir los hallazgos.

**Relevancia.** La intervención fue muy relevante. Su modelo integrado de salud-protección-MHPSS se ajustó bien a un perfil de necesidades de los refugiados en el que las vulnerabilidades de salud y protección están profundamente interrelacionadas, se alineó con las políticas de inclusión de refugiados y de salud de Uganda, y se mantuvo pertinente mediante una adaptación sensible al contexto en entornos urbanos y de asentamientos. La única brecha de relevancia notable fue la falta de adecuación de los medicamentos esenciales modelo a las necesidades de atención crónica urbana en Kampala.

**Eficacia.** La intervención fue altamente eficaz. La gran mayoría de los objetivos se cumplieron o se superaron sustancialmente —frecuentemente entre dos y tres veces— y el objetivo específico se logró en gran medida. La eficacia fue mayor en la prestación de servicios, el alcance exterior, el MHPSS, el apoyo a los supervivientes y la rendición de cuentas, y fue más matizada en la durabilidad de los beneficios de capacidad y en la conversión



de los contactos de servicio y la sensibilización en resultados sostenidos, particularmente en el contexto urbano.

**Eficiencia.** La intervención fue eficiente. Logró resultados muy por encima de las expectativas de la evaluación mediante una contratación consciente de los costes y, sobre todo, aprovechando los sistemas públicos y comunitarios existentes, generando economías de alcance a través de la prestación integrada y el traspaso eficiente de tareas a los VHT. El alcance móvil y la atención especializada urbana fueron los elementos que requirieron más recursos.

**Impacto.** La intervención realizó una contribución creíble y sustancial a la mejora del acceso a la salud, el fortalecimiento de la respuesta a la SGBV, el aumento de la sensibilización, y la mejora de la capacidad institucional, con la evidencia más sólida de impacto en el nivel de acceso y utilización. El impacto fue más claro en los contextos de los asentamientos; en Kampala se concentró en el MHPSS, mientras que la financiación de la atención crónica siguió siendo una limitación estructural. Adoptando una lógica de contribución, la evaluación atribuye de manera plausible y sustancial estos cambios a la intervención.

**Sostenibilidad.** La sostenibilidad es la principal área de exposición de la intervención. Los logros integrados dentro de las instituciones, las comunidades y los sistemas existentes tienen buenas perspectivas de continuidad, pero los componentes que dependen de la financiación — alcance exterior, coordinación de derivaciones, el albergue médico y el apoyo especializado a supervivientes— están en riesgo sin una planificación de la transición o una financiación de continuación.

**Conectividad / Coherencia.** La intervención fue coherente y estuvo bien conectada, vinculando deliberadamente la ayuda humanitaria con el fortalecimiento de los sistemas y alineándose con las políticas, actores y estándares pertinentes. La continuidad post-proyecto es parcial, supeditada a la consolidación de los elementos integrados y a la transición de los orientados a la asistencia humanitaria.

**Coordinación.** La coordinación fue una fortaleza clara, tanto dentro del consorcio Farmamundi-AHA-EMESCO como con actores gubernamentales y humanitarios, evidenciada por roles de socios complementarios y una densa estructura de coordinación funcional. La principal debilidad fue el circuito de coordinación de derivaciones en los hospitales receptores, que dependía de la financiación y se vio interrumpido ocasionalmente.

**Cobertura.** La cobertura fue amplia y equitativa, superando lo previsto y extendiéndose más allá de las zonas objetivo, con una fuerte priorización de mujeres, niños y supervivientes. Las brechas residuales afectan a los



pacientes urbanos con enfermedades crónicas, a las poblaciones de los asentamientos más remotos, a los hombres y adolescentes varones en protección/MHPSS, y a las personas con discapacidad.

**Apropiación y Participación.** La apropiación y la participación fueron fortalezas distintivas. Las comunidades participaron como titulares de derechos con influencia real sobre la implementación y la revisión, los mecanismos de AAP fueron funcionales y las instituciones locales se integraron en la prestación y la coordinación.

**Temas transversales.** El género, el EBDH, la sensibilidad al conflicto y la inclusión de grupos vulnerables estuvieron generalmente bien integrados, con una fuerte orientación de género y derechos. Las áreas más débiles fueron la participación de hombres y niños, la focalización en personas con discapacidad y personas mayores, y el tratamiento sistemático de las consideraciones ambientales.

**Comparación con la encuesta de fin de proyecto de diciembre de 2025.** La evaluación final confirma en gran medida los hallazgos de la encuesta de fin de proyecto de diciembre de 2025, y la mayoría de los indicadores muestran una fuerte convergencia tanto en la magnitud como en la dirección del cambio. Las mejoras en el acceso a los servicios de salud, la reducción de las barreras para denunciar la SGBV, el fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas y el aumento de la participación comunitaria se reflejaron de manera coherente en ambas fuentes de datos. Esta alineación otorga confianza en que los resultados presentados en esta evaluación están firmemente fundamentados en la evidencia cuantitativa generada por la encuesta de fin de proyecto.

Donde surgen diferencias, estas se deben principalmente al uso por parte de la evaluación de fuentes de evidencia adicionales, incluyendo entrevistas a informantes clave, discusiones de grupos focales, registros de seguimiento del proyecto y revisión documental. Estas fuentes permitieron a la evaluación explicar y contextualizar tendencias que no podían comprenderse plenamente solo mediante los datos de la encuesta, incluyendo la influencia de la movilidad de la población, la rotación de personal y voluntarios, las presiones de costes urbanos y los factores institucionales que afectan a la sostenibilidad. Como resultado, la evaluación final no solo valida los hallazgos de la encuesta, sino que también proporciona una comprensión más profunda de los motores del cambio, los factores que limitan el progreso y las implicaciones para la programación futura.

**Juicio global.** La intervención fue un programa humanitario de salud y protección pertinente, eficaz, eficiente y bien coordinado que cumplió sustancialmente por encima de sus objetivos, promovió los derechos y la



dignidad de los refugiados en tres contextos exigentes e integró una valiosa capacidad comunitaria e institucional. Su principal agenda pendiente es la sostenibilidad —asegurar la continuidad de sus logros dependientes de financiación— junto con el cierre de brechas específicas de cobertura y diseño, particularmente la atención crónica urbana, la inclusión de grupos menos atendidos y la integración ambiental.

## 7. Recomendaciones

Las recomendaciones se derivan directamente de las conclusiones y se categorizan por parte interesada. Cada una pretende ser específica, accionable y proporcionada a la evidencia.

### 5.11. 7.1 Donante (Gobierno Vasco)

1. **Financiar una fase estructurada de transición/salida.** Dado que la sostenibilidad es el principal riesgo de la intervención, priorice la financiación puente o de continuación diseñada explícitamente para transicionar los componentes dependientes de financiación (alcance móvil, coordinación de derivaciones, el albergue médico, apoyo especializado a supervivientes) hacia la titularidad del gobierno y de los socios, en lugar de un cierre abrupto. (*Vínculos con: Sostenibilidad, Conectividad.*)
2. **Apoyar la financiación plurianual orientada al nexo.** Favorecer modalidades de financiación que mantengan el nexo entre acción humanitaria y desarrollo demostrado por el proyecto, permitiendo que el fortalecimiento del sistema se consolide más allá de los ciclos de proyectos individuales. (*Eficacia, Sostenibilidad.*)
3. **Exigir y dotar de recursos a la medición a nivel de resultados (outcomes).** En futuras convocatorias, apoye una medición más sólida de los resultados y de la rentabilidad (incluyendo el cálculo de costes unitarios y datos desagregados por discapacidad) para permitir una atribución y un análisis de la relación calidad-precio más firmes. (*Impacto, Eficiencia.*)

### 5.12. 7.2 Farmamundi (socio líder / coordinador)

1. **Desarrollar una estrategia explícita de sostenibilidad y traspaso en la fase de diseño** para cualquier intervención sucesora, con responsabilidades, plazos y recursos definidos para la transición de cada componente hacia los sistemas locales. (*Sostenibilidad.*)
2. **Rediseñar el paquete de salud urbana para enfermedades crónicas y no transmisibles**, yendo más allá de una especificación de medicamentos esenciales hacia modelos de derivación, mitigación de costes y atención crónica adecuados para Kampala. (*Relevancia, Cobertura.*)
3. **Formalizar y ampliar la asociación con la Universidad Makerere.** Pasar de una colaboración basada en proyectos a un memorando de

entendimiento (MoU) plurianual que cubra (i) la investigación conjunta sobre protección de refugiados y violencia de género (SGBV), (ii) prácticas/pasantías de estudiantes dentro de las operaciones de campo de Farmamundi, (iii) informes de políticas de autoría compartida y (iv) participación conjunta en futuras convocatorias. Esto consolidaría la capacidad técnica creada durante este proyecto y proporcionaría un anclaje institucional para la generación de evidencia y la medición a nivel de resultados..

4. **Fortalecer el marco de resultados**, añadiendo indicadores a nivel de resultados (outcomes), desagregación por discapacidad y edad, e indicadores que recojan la participación de hombres y niños y medidas ambientales. (*Eficacia, Transversalidad.*)
5. **Institucionalizar el cribado ambiental y de Do No Harm (no causar daño)**, incluyendo la gestión de residuos médicos y la gestión de expectativas para la continuidad de los servicios. (*Transversalidad, Conectividad.*)

### 5.13. 7.3 Socios implementadores (AHA y EMESCO)

1. **Abordar la rotación del personal y la retención de capacidades** mediante formación de actualización institucionalizada, tutoría y la integración de competencias en las rutinas de los centros y en los POE (Procedimientos Operativos Estándar) en lugar de en los individuos. (*Eficacia, Sostenibilidad.*)
2. **Fortalecer el ciclo de retroalimentación de las derivaciones** estandarizando la documentación de las derivaciones, designando puntos focales de derivación en los hospitales receptores y rastreando el cierre del ciclo para resolver las interrupciones de papeleo y rotación identificadas. (*Coordinación, Eficiencia.*)
3. **Profundizar en la integración de los comités comunitarios y los VHT en las estructuras de los asentamientos y de los distritos** para que las funciones a nivel comunitario continúen con una facilitación ligera. (*Sostenibilidad, Titularidad.*)
4. **Ampliar la focalización deliberada en grupos subatendidos** — hombres y adolescentes varones en protección/MHPSS, personas con discapacidad, personas mayores y las poblaciones más remotas de los asentamientos. (*Cobertura, Transversalidad.*)

### 5.14. 7.4 Gobierno de Uganda (MoH, OPM, KCCA, Oficinas de Salud del Distrito)

1. **Absorber y mantener los protocolos de remisión armonizados, los PNO y las prácticas de rendición de cuentas** en los sistemas rutinarios de los distritos y centros, y reconocer formalmente las estructuras de los comités y los VHT (equipos de salud comunitaria) fortalecidos por el proyecto. (*Sostenibilidad, Coordinación.*)
2. **Priorizar la capacidad especializada y de diagnóstico** para los centros que atienden a refugiados y reforzar la arquitectura de remisión,



incluyendo a los refugiados urbanos, dentro de la planificación sanitaria del distrito. (*Eficacia, Cobertura*).

3. **Integrar la MHPSS (salud mental y apoyo psicosocial) en la atención primaria rutinaria**, dada la magnitud de la necesidad de salud mental no satisfecha demostrada, incluyendo la inversión continua en el cribado y la desestigmatización. (*Impacto, Sostenibilidad*).
4. **Mantener las plataformas de coordinación** con los socios humanitarios para conservar el denso y funcional tejido de coordinación que el proyecto apoyó. (*Coordinación*).

#### 5.15. 7.5 Nivel comunitario (comités comunitarios, líderes, VHT, titulares de derechos)

1. **Mantener y rotar las funciones de los líderes y comités comunitarios**, garantizando la continuidad de las funciones de identificación, remisión, concienciación y retroalimentación, así como la renovación del personal capacitado. (*Propiedad, Sostenibilidad*).
2. **Mantener la actividad de concienciación y desestigmatización**, con un alcance intensificado hacia hombres y niños para apoyar un cambio transformador en las normas de género y de búsqueda de ayuda. (*Eficacia, Transversalidad*).
3. **Continuar utilizando los mecanismos de retroalimentación de la AAP (rendición de cuentas ante las poblaciones afectadas)** y exigir responsabilidades a las instituciones locales a través de los canales de diálogo y denuncia establecidos. (*Propiedad, Participación*).

Las consultas con los beneficiarios e informantes clave generaron una amplia gama de recomendaciones prácticas orientadas a fortalecer la eficacia, sostenibilidad e inclusividad de la programación futura. En el Área de Resultado 1, los participantes enfatizaron la necesidad de ampliar el acceso a medicamentos para enfermedades crónicas, fortalecer los sistemas de remisión mediante puntos focales dedicados y seguimiento digital, institucionalizar la mentoría continua para los trabajadores sanitarios, mejorar la visibilidad comunitaria de los servicios de extensión y potenciar la programación de salud mental mediante vínculos más sólidos con los medios de vida y las estructuras de apoyo entre pares. Las partes interesadas también solicitaron una mayor localización de las herramientas y protocolos mediante la traducción a las lenguas de los refugiados, una mejor comunicación sobre la disponibilidad de medicamentos y mecanismos de seguimiento más sólidos para los pacientes que reciben atención especializada.

En las Áreas de Resultado 2, 3 y 4, los beneficiarios e informantes clave destacaron la importancia de profundizar en la apropiación comunitaria, la participación y la rendición de cuentas. Las recomendaciones incluyeron involucrar a hombres y niños de manera más deliberada en la prevención de la SGBV (violencia sexual y de género), proporcionar un apoyo modesto a las estructuras de protección comunitaria, integrar oportunidades de empoderamiento económico para los supervivientes y fortalecer los



servicios de asistencia jurídica. Los participantes propusieron además ampliar la incidencia centrada en la comunidad mediante iniciativas de medios de comunicación dirigidas por refugiados, pódcast, corresponsales comunitarios y productos de retroalimentación de investigación simplificados. En relación con la rendición de cuentas, las partes interesadas subrayaron la necesidad de canales de retroalimentación más accesibles, especialmente mecanismos presenciales en los entornos de los asentamientos, salvaguardias de confidencialidad más estrictas para las quejas sensibles, materiales informativos multilingües y actualizaciones periódicas de retroalimentación del tipo «Usted dijo - Nosotros hicimos» para demostrar cómo las preocupaciones de la comunidad influyen en las decisiones del programa.

### Síntesis consolidada de las propuestas de los beneficiarios e informantes clave (KI)

Área de Resultado	Principales propuestas de los beneficiarios e informantes clave (KI)	Fuente primaria
R1 — Acceso a una atención sanitaria de calidad	Ampliar la lista de medicamentos esenciales para cubrir las NCD (enfermedades no transmisibles) en emplazamientos urbanos; preposicionar existencias de reserva; puntos focales de remisión dedicados en los hospitales receptores; digitalizar el seguimiento de las remisiones; mentoría continua y sesiones de actualización semestrales para los trabajadores sanitarios; traducir los PNO a las lenguas de los refugiados; publicar calendarios de extensión y marcar a los equipos móviles; vincular la MHPSS con los medios de vida; capacitar a refugiados como consejeros pares.	FGD (Hombres Kampala; Mujeres supervivientes Kyaka II); KII (Enfermera psiquiátrica AHA; Oficial clínico MTI; Comandante del asentamiento OPM; Oficial de salud pública EMESCO; Oficial MEAL AHA; Oficial SRHR Makasi)
R2 — Prevención de la SGBV y acción comunitaria	Involucrar a hombres y niños como aliados; pequeños estipendios/tiempo de aire para los comités de GBV; actualización anual para líderes comunitarios; integrar el empoderamiento económico para supervivientes; fortalecer el brazo de asistencia jurídica en Adjumani; materiales adaptados a niños y adolescentes; mecanismos de denuncia confidenciales para refugiados urbanos LGBTIQ+.	FGD (Mujeres Adjumani; Mujeres supervivientes Kyaka II); KII (Presidente RWC Kyaka II; Oficial paralegal EMESCO Adjumani)
R3 — Evidencia, incidencia y	Cerrar el ciclo de investigación con resúmenes en idiomas comunitarios; red permanente de periodistas con sesiones informativas trimestrales;	KII (Subdirector Farmamundi; Oficial MEAL AHA)



Área de Resultado	Principales propuestas de los beneficiarios e informantes clave (KI)	Fuente primaria
derecho a la salud	pódcast y contenido de video corto para refugiados urbanos; mantener campañas móviles con altavoces en asentamientos; capacitar a «corresponsales comunitarios» refugiados; trasladar los hallazgos de los seminarios de Makerere al diálogo político de Uganda y la CAE (Comunidad de África Oriental).	Kampala; Oficial de salud pública EMESCO Adjumani); FGD (RWAC Adjumani)
R4 — Rendición de cuentas y calidad humanitaria	Añadir canales de denuncia orales/presenciales en los asentamientos; carteles trimestrales de «Usted dijo — Nosotros hicimos»; materiales multilingües del FRRM; canal confidencial dedicado para SGBV/protección infantil; mantener el ciclo de auditoría externa; cerrar el ciclo de retroalimentación con los denunciantes.	KII (Oficial de salud pública EMESCO Adjumani; Oficial SRHR Kampala; Oficial paralegal EMESCO Adjumani; Subdirector Farmamundi)

