



DAREN
CONSULT

EBALUAZIO TXOSTENA

Errefuxiatuen Duintasuna Babestea Ugandan

*Genero-indarkeriari eta indarkeria sexualari erantzutea, giza eskubideen
urraketa eta osasun publikoko arazo gisa*

Demesne Advisory and Resource Enhancement (DAREN) Consult

2026ko maiatza



Laburpen Betearazlea

Txosten honek "Errefuxiatuen Duintasuna Babestea Ugandan: Genero-indarkeriari eta indarkeria sexualari erantzutea, giza eskubideen urraketa eta osasun publikoko arazo gisa" izeneko proiektuaren amaierako kanpobaluzioaren emaitzak aurkezten ditu. Proiektu hau Farmamundi elkarteak gauzatu du, Africa Humanitarian Action (AHA) eta Emesco Development Foundation erakundeekiko lankidetzan, eta Eusko Jaurlaritzaren finantzaketa jaso du. Proiektua Ugandako hiru errefuxiatu-testuinguru desberdinetan inplementatu da, Kampala (hiriko errefuxiatuak), Kyaka II errefuxiatu-kanpamentua eta Adjumani errefuxiatu-kanpamentuak, errefuxiatu-populazioen osasuna eta osasun sexual zein ugalketa-osasuna hobetzeko helburu orokorrarekin, sexu- eta genero-indarkeriari (SGBV) aurre eginez, ikuspegi integratu, eskubideetan oinarritu eta bizirik atera direnetan zentratutako baten bidez.

Ebaluzioak metodo mistoen metodologia erabili du, dokumentuen berrikuspena, oinarritzko eta amaierako datu-multzoen azterketa konparatiboa, funtsezko informatzaileei egindako elkarrizketak (KII), fokutaldean eztabaidak (FGD) eta proiektuaren monitorizazio-datu arruntak uztartuz. Azterketa OECD-DACen ebaluzio-irizpideetan oinarritu da (garrantzia, koherentzia, eraginkortasuna, efizientzia, inpaktua, jasangarritasuna eta estaldura), eta, aldi berean, printzipio humanitarioak aztertu ditu, hala nola parte-hartzea, erantzukizuna, genero-berdintasuna, lokalizazioa, giza eskubideak, gatazkarekiko sentikortasuna eta "Kalterik Ez Egin" printzipioa.

Oro har, ebaluzioak ondorioztatzen du proiektua oso garrantzitsua izan dela, eraginkortasun handia izan duela, modu efizientean inplementatu dela eta eragin positibo esanguratsuak sortu dituela errefuxiatuentzat eta haiei zerbitzua ematen dieten erakundeentzat. Interbentzioak zuzeneko erantzuna eman zien Ugandako errefuxiatuen erantzun-sistemaren barruko osasun- eta babes-behar kritikoei, honako hauek programa-eredu koherente batean integratuz: lehen mailako osasun-arreta, osasun sexuala eta ugalketa-osasuna (SRH), osasun mentala eta babes psikosoziala (MHPSS), genero-indarkeriaren prebentzioa eta erantzuna, komunitatearen konpromisoa eta kontu-emateko mekanismoak. Proiektuaren diseinuak Kampalako hiriko errefuxiatuen eta Kyaka II nahiz Adjumani kanpamentuetako populazioen errealitate desberdinak islatu zituen, eta horri esker, jarduerak testuinguru operatibo bakoitzaren erronka espezifikoiei egokitu ahal izan ziren.

Proiektuak neurri handi batean bete du bere Helburu Espezifikoa. Funtsezko osasun-zerbitzuetarako sarbidea hobetu egin da, sendagaien horniduraren, osasun-zentroen indartzearen, mugikortasun-zerbitzuen eta arreta espezializaturako deribazio-laguntzaren bidez. Aurreikusitakoa baino bi aldiz errefuxiatu gehiagok jaso zuten mediku-laguntza eta funtsezko sendagaiak, eta diagnostiko eta espezialista zerbitzu aurreratueterako deribazioek proiektuaren helburuak gainditu zituzten. Interbentzioak SGBVtik bizirik atera direnen kudeaketa kliniko ere indartu zuen, osasun mentaleko eta laguntza psikosozialeko zerbitzuetarako sarbidea zabaldu zuen, eta komunitatea, lehen mailako arreta eta hirugarren mailako zentroak lotzen dituzten deribazio-bideak sendotu zituen. Oinarrizko eta amaierako azterketen emaitzek agerian uzten dute, halaber, osasun-zerbitzuen erabilera hobetu dela, kanpamentuetan arreta jasotzeko traba ekonomikoak murriztu direla, komunitateko zerbitzu-emaileen erabilera handitu dela eta babestutako zentroetan tratamendua jasotzeko aukerak hobera egin duela.

Zerbitzu-emateaz harago, proiektuak arrakastaz indartu zituen komunitate-sistemak eta gaitasun instituzionala. Herrietako Osasun Taldeek, komunitateko buruzagiek, osasun-langileek eta tokiko erakundeek trebakuntza teknikoa jaso zuten, SGBV eta lotutako osasun-arazoak prebenitzeko, identifikatzeko, bideratzeko eta haiei erantzuteko gaitasuna hobetzeko. Komunitatearen sentsibilizazio-jarduerek nabarmen handitu zuten osasun-eskubideei, eskuragarri dauden zerbitzuei, deribazio-bideei eta genero-berdintasunari buruzko ezagutza, eta, aldi berean, osasun mentalaren eta genero-indarkeriaren inguruko estigma murrizten lagundu zuten. Errefuxiatuen parte-hartzea indartu egin zen komunitateko batzordeen, elkarrizketa-plataformen, kontu-emateko mekanismoen eta feedback-sistemen bidez, gardentasuna, erantzun-gaitasuna eta interbentzioen jabetze handiagoa sustatuz.

Proiektuaren indargune nagusietako bat inplementazio-eredu integratua izan zen, errefuxiatuen osasun-emaitzak babesetik, ongizate psikosozialetik, genero-berdintasunetik eta komunitatearen ahalduntzetik banaezinak direla onartzen baitzuen. SGBV babes-arazo soil gisa tratatu beharrean, proiektuak osasun publikoko arazo gisa jorratu zuen aldi berean, erantzun kliniko, psikosozial, juridiko eta komunitario koordinatuak behar dituen heinean. Eredu holistiko horrek arreta jasotzeko hainbat sarrera-puntu sortu zituen errefuxiatu ahulentzat, eta erakunde publikoen, eragile humanitarioen eta errefuxiatuek zuzendutako egituren arteko lankidetzak indartu zuen.

Ebaluazioak frogatu du proiektuak efizientzia handia erakutsi zuela, erabilgarri zeuden baliabideak maximizatu baitzituen osasun-zentro



publikoekin, tokiko gobernuekin, errefuxiatu-egiturekin eta koordinazio-mekanismo humanitarioekin eratutako aliantzen bidez. Lehendik zeuden sistemak indartu egin ziren, bikoiztu beharrean; horri esker, interbentzioak aurreikusitako hainbat helburu baino askoz emaitza hobegoak lortu zituen, eta jabetza instituzionala sendotu zuen. Osasun Ministerioarekin, Lehen Ministroaren Bulegoarekin, Kampalako Hiriburuaaren Agintaritzarekin, barrutiko tokiko gobernuekin eta beste eragile batzuekin izandako lankidetzak inplementazioaren kalitatea hobetu zuen, eta osasun- eta babes-sektoreen arteko koordinazioa hobetzen lagundu zuen.

Evidentziak adierazten du, halaber, proiektuak epe luzeagoko inpaktu garrantzitsuak sortu zituela, berehalako zerbitzu-emateaz harago. Interbentzioak gaitasun instituzionalak indartu zituen, osasun- eta babes-eragileen arteko koordinazioa hobetu zuen, komunitateen erresilientzia indartu zuen, kaltetutako populazioekiko kontu-ematea zabaldu zuen, eta deribazio- eta bizirik ateratakoentzako laguntza-sistema sendoagoak ezarri zituen. Inplementazioan garatutako trebetasun, egitura eta aliantza askok errefuxiatu-populazioei mesede egiten jarraituko dutela espero da, proiektuaren aldia amaitu ondoren ere.

Dena den, ebaluazioak errefuxiatuen osasun- eta babes-emaitzei eragiten jarraitzen dieten hainbat egitura-muga identifikatu ditu. Arazo nagusien artean daude: osasun-sistema orokorrean sendagaien eskasia kronikoa, arreta espezializatuaren eskariaren igoera, garraio-oztopoak, hiriko errefuxiatuen finantza-mugak, gaixotasun kronikoen kudeaketa-beharrak, osasun mentalaren inguruko estigma eta kanpoko finantzaketa humanitarioarekiko mendekotasuna. Proiektuak muga horietako asko arindu bazituen ere, etengabeko inbertsioa eta gobernuaren zein bazkideen konpromiso sendoagoa behar dira lortutakoa mantentzeko eta zabaltzeko.

Oro har, ebaluazioak aurkitu zuen proiektuak arrakastaz frogatu zuela osasun- eta babes-interbentzioak pakete integratu gisa ematearen balioa, programa-osagai bereizi gisa eman beharrean. Lehen mailako osasun-arreta, osasun sexuala eta ugalketa-osasuna, osasun mentala eta laguntza psikosoziala, genero-indarkeriaren prebentzioa eta erantzuna, komunitatearen konpromisoa eta kontu-emateko mekanismoak elkartzuz, interbentzioak erantzuna eman zien Kampalako, Kyaka II-ko eta Adjumani-ko errefuxiatuek dituzten erronka anitz eta elkarri lotuei. Sistema-mailako muga garrantzitsuak dirauten arren, proiektuak lehendik zeuden osasun- eta komunitate-egiturak indartu zituen, zerbitzuetarako sarbidea hobetu zuen, eta erakunde publikoen, eragile humanitarioen eta errefuxiatu-komunitateen arteko lankidetzak sendotu zuen. Inplementazioaren bidez sortutako esperientziak eta ikasgaiek gida praktikoa eskaintzen dute



Ugandako errefuxiatuen osasun- eta babes-emaitzak hobetu nahi dituzten etorkizuneko programak diseinatzeko.



Aurkibidea

Laburpen Betearazlea.....	1
1. Sarrera.....	7
1.1. <i>Proiektuaren aurrekariak.....</i>	7
1.2. <i>Ugandako errefuxiatu-testuingurua.....</i>	9
1.3. <i>Interbentzio-eremuen ikuspegi orokorra (Kyaka II, Kampala, Adjumani).....</i>	11
1.4. <i>Ebaluazioaren helburuak.....</i>	13
Helburu Orokorra.....	13
Helburu Espezifikoak.....	13
Ebaluazioaren xedea.....	14
2. Interbentzioaren deskribapena.....	15
2.1. <i>Proiektuaren justifikazioa.....</i>	15
2.2. <i>Helburu Espezifikoa (HE).....</i>	16
2.3. <i>Emitzak (R1–R4).....</i>	16
1. emaitza (R1): Kalitatezko osasun-zerbitzuetarako sarbidea hobetzea.....	16
2. emaitza (R2): Genero-indarkeriaren prebentziorako eta erantzunerako gaitasun komunitarioak indartzea.....	17
3. emaitza (R3): Errefuxiatuen eta genero-indarkeriaren inguruko sentsibilizazioa eta intzidentzia areagotzea.....	17
4. emaitza (R4): Parte-hartze eta kontu-emateko mekanismoak indartzea.....	17
Lotura Helburu Espezifikoarekin.....	17
2.4. <i>Funtsezko osagaiak (SRHR, MHPSS, GBV, komunitate-sistemak, AAP).....</i>	18
2.5. <i>Aldaketa-teoria.....</i>	19
3. Metodologia.....	21
3.1. <i>Ebaluazio-ikuspegia (metodo mistoak, partaidetzakoa, teoriar oinarritua).....</i>	21
3.2. <i>Ebaluazio-irizpideak.....</i>	21
3.3. <i>Datu-iturriak eta bilketa-metodoak.....</i>	21
Dokumentuen azterketa.....	21
Informatzaile gakoekiko elkarrizketak (KII).....	22
Fokuko taldeen eztabaidak (FGD).....	22
3.4. <i>Lagin-estrategia.....</i>	23
3.5. <i>Datuen analisisa.....</i>	23
3.6. <i>Gogoeta etikoak.....</i>	23
3.7. <i>Ebaluazioaren mugak.....</i>	24
4. EMAITZAK.....	25
4.1. <i>Helburuen betetze-maila.....</i>	26
4.2. <i>Aurreikusitako ondorioen eta emaitzen lorpena.....</i>	30
5. Ebaluazio-irizpideen arabeko aurkikuntzak.....	74



5.1.	<i>Garrantzia (Adekotasuna eta Garrantzia)</i>	75
5.2.	<i>Eraginkortasuna</i>	77
	R1 – Osasun-zerbitzuak (OSRE, MHPSS, indarkeria generikoaren aurreko erantzuna).....	84
	R2 – Komunitatearen gaitasuna eta indarkeria generikoaren prebentzioa.....	84
	R3 – Sentsibilizazioa eta intzidentzia.....	84
	R4 – Partaidetza eta erantzukizuna (AAP).....	84
	Helburu espezifikoaren lorpena.....	85
	Tokien arteko aldeak.....	85
	Bazkideen ekarpena.....	85
5.3.	<i>5.3 Eraginkortasuna</i>	86
	Baliabide finantzarioen erabilera.....	86
	Inplementazioaren puntualtasuna.....	86
	Dauden sistemen erabilera.....	86
	Kostu-eraginkortasuna.....	86
	Koordinazio-eraginkortasuna.....	87
5.4.	<i>5.4 Inpaktua</i>	87
	Osasunaren sarbidean eta emaitzetan izandako aldaketak.....	87
	Indarkeria generikoaren aurreko erantzunean eta jakinarazpenean izandako aldaketak.....	87
	Komunitatearen jokabidean eta sentsibilizazioan izandako aldaketak.....	88
	Gaitasun instituzionalean izandako aldaketak.....	88
	Aurreikusitako efektuak versus aurreikusi gabekoak.....	88
	Tokien arteko aldeak eta ekarpena versus esleipena.....	88
5.5.	<i>5.5 Iraunkortasuna (Bideragarritasuna)</i>	88
	Jabetza instituzionala.....	88
	Komunitate-jabetza.....	89
	Zerbitzuen jarraitutasuna.....	89
	Iraunkortasun finantzarioa eta operatiboa.....	89
	Dauden sistemetan integratzea.....	89
5.6.	<i>5.6 Konektibitatea / Koherentzia</i>	89
	Erantzun humanitarioaren eta sistema indartzearen arteko lotura.....	90
	Politika eta esparruekiko lerrokadura.....	90
	Tresnen, ekipoen eta planteamenduen egokitasuna.....	90
	Proiektu osteko jarraitutasuna.....	90
5.7.	<i>5.7 Koordinazioa</i>	90
	Partzuergoaren barneko lankidetzak (Farmamundi, AHA, EMESCO).....	90
	Gobernuarekiko lankidetzak (MoH, OPM, KCCA, barrutiak).....	91
	Beste eragile batzuekiko lankidetzak eta mekanismoen funtzionaltasuna.....	91
5.8.	<i>5.8 Estaldura</i>	91
	Norengana iritsi den.....	91
	Sarbide-berdintasuna — generoa, adina eta talde kalteberak.....	91
	Gabeziak irismenean.....	91
5.9.	<i>5.9 Jabetza eta Parte-hartzea</i>	92
	Komunitateen papera eskubide- <input type="checkbox"/> dun gisa.....	92
	Tokiko erakundeen papera.....	92
	AAP mekanismoen funtzionaltasuna.....	92
	Erabakiak hartzeko prozesuan parte-hartze maila.....	92



5.10.	5.10 Zeharkako gaiak (analisi integratua).....	92
	Generoa eta adina.....	93
	Eskubideetan Oinarritutako Planteamendua (HRBA).....	93
	Gatazkarekiko sentikortasuna / Kalterik Ez Eragitea.....	93
	Ingurumen-nolanahiak.....	93
	Talde kalteberen inklusioa.....	93
6.	Ondorioak.....	94
7.	Gomendioak.....	96
5.11.	7.1 Dohaintza-emailea (Eusko Jaurlaritza).....	96
5.12.	7.2 Farmamundi (bazkide nagusia / koordinatzailea).....	96
5.13.	7.3 Bazkide betearazleak (AHA eta EMESCO).....	97
5.14.	7.4 Ugandako Gobernua (MoH, OPM, KCCA, Barrutiko Osasun Bulegoak).....	97
5.15.	7.5 Komunitate-maila (komunitate-batzordeak, buruzagiak, VHTak, eskubide-dunak).....	97
	Onuradunen eta gako-informatzaileen proposamenen sintesi finkatua.....	98



1. Sarrera

1.1. Proiektuaren testuingurua

Uganda, azken hamarkadetan, errefuxiatu gehien hartzen dituen munduko herrialde garrantzitsuenetako bat bihurtu da, bere errefuxiatu-politika progretsiboek eta gatazka luzeak zein ezegonkortasuna jasaten ari diren herrialdeekiko gertutasun geografikoak bultzatuta. Herrialdeko ate irekien politikak, Refugees Act (2006) eta Refugee Regulations (2010) arauetan jasotakoak, aukera eman die errefuxiatuei lurra, zerbitzu publikoak eta mugitzeko askatasuna eskuratzeko. Planteamendu hori errefuxiatuen gizarteratzerako eredutzat jo bada ere, aldi berean presio handia eragin du lehendik ere mugatuak ziren sistema nazionaletan, bereziki osasun eta babes sektoreetan.

Proiektua, *“Ugandako errefuxiatuen duintasuna babestea: sexu-indarkeriari eta genero-indarkeriari aurre egitea, giza eskubideen urraketa eta osasun publikoko arazo gisa”*, testuinguru humanitario konplexu honen barruan diseinatu zen. Farmacéuticos Mundi (Farmamundi), Africa Humanitarian Action (AHA) eta Emesco Development Foundation (EMESCO) erakundeen arteko bost urtetik gorako lankidetzan oinarritu zen; erakunde horiek Ugandako errefuxiatu-populazioei zuzendutako osasun eta babes arloko esku-hartze ugari gauzatu zituzten elkarrekin. Proiektuak aurreko ekimenen jarraipena eta finkapena ekarri zuen, eta aurreko programetatik ikasitakoa barneratu zuen, erantzun humanitarioaren kalitatea zein irismena indartzeko.

Interbentzioaren helburua izan zen errefuxiatuen populazioen artean osasunerako eskubidea eta duintasunez bizitzeko eskubidea sustatzen laguntzea, arreta berezia jarriz sexu-indarkeriari eta genero-indarkeriari (SGBV), giza eskubideen urraketa gisa zein osasun publikoko kezka kritiko gisa. Proiektua oinarritzen zen errefuxiatuek jasaten dituzten zaugarritasunak dimentsio anitzekoak direla aitortzean, eta ez direla lekualdatzetik soilik eratortzen, baita egiturazko ezberdintasunetik, zerbitzuetarako sarbide mugatutik eta indarkeriaren eraginpean egotetik ere —batez ere emakumeen eta nesken kasuan—.

Interbentzioa hiru testuinguru geografiko desberdinetan gauzatu zen: Kampala (hirikoa), Kyaka II (landa-asentamendua) eta Adjumani (eskala handiko asentamendua Uganda iparraldean); bakoitzak erronka demografiko, sozioekonomiko eta osasun-arloko bakarrak zituen. Kokapen anitzeko planteamendu horrek islatzen zuen Ugandako errefuxiatuen esperientziak ez zirela homogeenak, eta estrategia egokituak behar zirela hiri-inguruneke zein asentamenduetako zaugarritasun espezifikoari aurre egiteko.

Bere muinean, proiektua eskubideetan oinarritutako hurbilketa integratuan funtsatzen zen, osasun-laguntzaren ematea genero-berdintasunarekin, babesarekin eta komunitatearen ahalduz lotuz. Helburua ez zen soilik funtsezko osasun-zerbitzuetarako sarbidea hobetzea, baita



komunitateen eta erakundeen gaitasuna indartzea ere SGBV prebenitzeko eta horri erantzuteko, kaltetutako populazioen artean erantzukizuna eta parte-hartzea sustatzen diren bitartean. Hurbilketa hori nazioarteko estandarrekin bat zetorren, Core Humanitarian Standard (CHS) barne, eta zerbitzu-ematean gardentasunak, erantzun-gaitasunak eta inklusibotasunak duten garrantzia azpimarratzen zuen.

Proiektua helburu espezifiko baten eta elkarri lotutako emaitza-multzo baten inguruan egituratu zen, zerbitzu-ematea zein sistema-gaitasuna hobetzeko asmoz. Helburu espezifikoak errefuxiatuen osasuna eta osasun sexual eta erreproduktiboa (SRH) hobetzea zuen foku, SGBVri erantzun sektoreanitz eta integral baten bidez helduz. Horrek barne hartzen zituen lehen mailako osasun-zerbitzuetarako sarbidea hobetzea, osasun mentala eta babes psikosoziala (MHPSS) indartzea, arreta espezializaturako erreferentzia-sistemak hobetzea eta indarkeriaren bizirik irten direnek laguntza mediko, psikologiko eta juridiko egokia jasoko zutela bermatzea.

Interbentzioaren zutabe nagusietako bat funtsezko osasun-zerbitzuetarako sarbidea zabaltzea izan zen, bereziki zerbitzu gutxiko errefuxiatu-inguruneetan. Proiektuaren aurretik, osasun-laguntzarako sarbidea muga anitzek mugatzen zuten, hala nola osasun-zentroekiko distantzia luzeek, hornidura mediko eskasak, langile gutxiegi egoteak eta errefuxiatuen etorrera handitzearen ondoriozko eskaera handiak. Proiektuak gabantza horiei erantzun nahi izan zien zentroetan oinarritutako zerbitzuen eta talde mugikorren konbinazio baten bidez, populazio estatikoek zein iristen zailenak direnek osasun-interbentzioen onura jaso ahal zutela bermatuz.

Osasun-laguntza emateaz gain, proiektuak garrantzi handia eman zien osasun mentalari eta babes psikosozialari (MHPSS). Errefuxiatuak sarritan esperientzia traumatikoen mende egon ohi ziren, hala nola gerrarekin lotutako indarkeria, lekualdatzea eta bizibideen galera; horrek guztiak osasun mentaleko baldintzen zama handia eragiten zuen. Hori horrela izan arren, osasun mentaleko zerbitzuak mugatuak ziren ingurune humanitario askotan. Proiektuak gabantza horri heldu zion lehen mailako osasun-zerbitzuetan babes psikosoziala integratuz eta komunitatean oinarritutako laguntza emateko talde mugikorrek zabalduz, horrela arretaren erabilgarritasuna eta irisgarritasuna areagotuz.

Interbentzioaren beste osagai bat erreferentzia-sistemak indartzea izan zen, zerbitzu mediko espezializatuak behar zituzten errefuxiatuek maila altuagoko zentroetan arreta egokia jaso ahal zezaten, Kampalako erreferentzia-ospitale nazionalak barne. Hori bereziki garrantzitsua zen baldintza mediko konplexuak zituzten kasuetarako edo laguntza integrala behar zuten SGBVren bizirik irten direnentzat. Hori dela eta, proiektuak lehen mailako osasun-hornitzaileen eta hirugarren mailako erakundeen arteko koordinazioa indartu zuen, erreferentzia goiztiarrak eta eraginkorrak erraztuz.

Osasuneko profesionalen eta interes-taldearen gaitasuna garatzea beste eremu bat izan zen. Proiektuak osasun-langileen gaitasun teknikoak hobetzera zuzendutako prestakuntza-programak barne hartu zituen, batez ere SGBV-ren erantzuna, osasun mentaleko arreta eta tratamendu-protokolo estandarizatuak betetzea bezalako arloetan. Zerbitzu-emateen ezagutzak eta gaitasunak indartuz, interbentzioak arretaren kalitatea hobetzen lagundu zuen eta zerbitzuak genero eta giza eskubideen gogoetak kontuan hartuta ematen zirela ziurtatu zuen.

Zerbitzu-emateaz haratago, proiektuak aitortu zuen komunitatearen parte-hartzeak eta sentsibilizazioak duten garrantzia zaurgarritasunaren oinarriko arrazoiei heltzeko. Horregatik, errefuxiatuen eta komunitate hartzaileen artean osasun-eskubideei, genero-berdintasunari eta indarkeriaren prebentzioari buruzko ezagutza eta kontzientzia areagotzeko jarduerak diseinatu ziren. Ahalegin horien helburua gizarte-norma kaltegarriak desfaiatzea, SGBVrekin lotutako estigma murriztea eta pertsonak,, batez ere emakumeak eta neskek,, zerbitzuak bilatzeko eta beren eskubideak aldarrikatzeko ahaldunduzkoa zen.

Interbentzioak erantzukizuna eta parte-hartzea indartzeko mekanismoak ere barne hartu zituen, kaltetutako populazioek jardueren diseinuan eta gauzatzean ahotsa izango zutelako bermatuz. Iritzi-sistemak, komunitate-elkarrizketak eta koordinazio-egiturak erabili ziren gardentasuna eta erantzun-gaitasuna sustatzeko, Core Humanitarian Standard delakoaren printzipioekin bat etorriz. Parte-hartzean oinarritutako hurbilketa horrek interbentzioen egokitasuna hobetzeaz gain, komunitateen eta zerbitzu-emateen arteko konfiantza eraikitzen ere lagundu zuen.

Garrantzitsua da nabarmentzea proiektuak ekosistema humanitario zabalago baten barruan funtzionatu zuela, gobernu-erakundearen, NBEko agentzien eta gobernu kanpoko beste erakunde batzuen ahaleginak osatuz. Helburua ez zen sistema nazionalak ordezkatzeko, baizik eta horiek babestea eta indartzea, bereziki zerbitzu-ematean eta babesean gabantzek irauten zuten eremuetan. Lankidetzaren ikuspegi hori ezinbestekoa zen Ugandako errefuxiatuen krisiaren tamaina eta konplexutasuna ikusita, non aktore bakar batek ere ezin baitzien behar guztiei erantzun.

1.2. Ugandako errefuxiatuen testuingurua

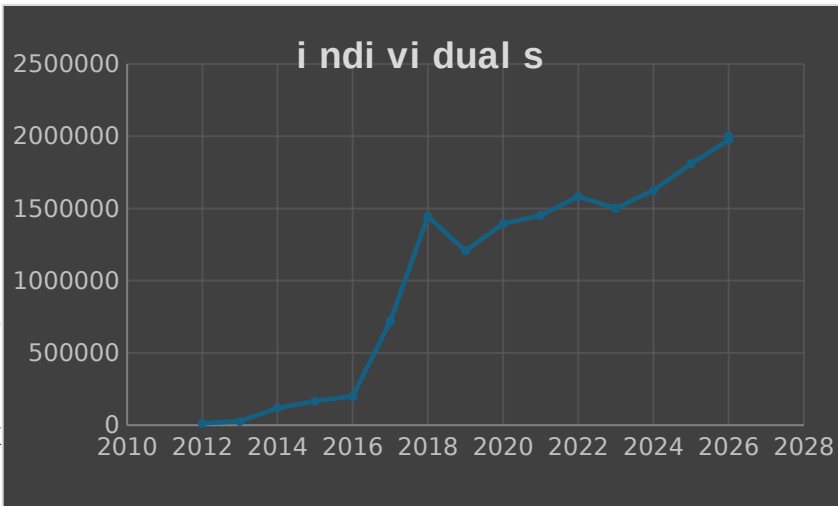
Uganda mundu osoan errefuxiatu gehien hartzen dituen herrialdeen artean egon da etengabe, eta Afrikako handiena izaten jarraitzen du. Bere errefuxiatu-politika aurrerakoiak, inklusioa eta autosufizientzia sustatzen dituenak, herrialdeari aukera eman dio inguruko herrialdeetako gatazka, segurtasunik eza eta jazarpenetik ihesi doazen errefuxiatu kopuru handiak hartzeko, bereziki Hego Sudan, Kongoko Errepublika Demokratikoa (KED) eta Somaliatik datozenak. Iraupen luzeko konpromiso horrek Uganda funtsezko eragile gisa kokatu du errefuxiatuen erantzun globalean, eta bere errefuxiatu-populazioa etengabe handitu da azken hamabost urteetan. Hala ere, horrek

Irudia 1: Errefuxiatu-populazioaren hazkundea - OPM



zama handia eragin du sistema nazional eta tokiko baliabideetan.

Proiektua gauzatu ari zen garaian, Ugandak 1,5 milioi errefuxiatu baino gehiago hartzen zituen, gehienak Hego Sudandik eta KEDtik etorriak. Errefuxiatuen populazioak modu



desberdinean banatuta zeuden herrialdean zehar: kontzentrazio handiak zeuden Ugandako iparraldeko Adjumani bezalako asentamendu-eremuetan eta Ugandako mendebaldeko Kyaka II-n, hiri-inguruneetan, bereziki Kampalan, bizi diren errefuxiatuen kopuru esanguratsu eta hazkorrekin batera.

Ugandako errefuxiatu-egoeraren ezaugarria krisi luzea zen, eta errefuxiatu asko denbora luzez bizi ziren herrialdean, jatorrizko herrialdeetako ezegonkortasunak jarraitzen zuelako. Lekualdatze luze horrek laguntza humanitarioarekiko mendekotasuna areagotzea eta bizibide jasagarrietarako aukera mugatuak ekarri zituen. Aldi berean, etorrera berrien etengabeko fluxuak are gehiago larriagotu zuten lehendik gainezka zeuden zerbitzu eta azpiegituren gainezko presioa.

Ugandako politika integratzailea izan arren, errefuxiatuek muga anitz jasan zituzten funtsezko zerbitzuak eskuratzeko orduan. Osasun-sistemak, bereziki, zailtasunak izan zituen eskaera handiagoari aurre egiteko, batez ere errefuxiatu kopuru handia hartzen zuten eremuetan. Osasun-zentroek sarritan sendagai falta, giza baliabide mugatuak eta azpiegitura eskasak izaten zituzten, eta horrek arretaren kalitatea eta jarraitutasuna arriskuan jartzen zituen. Erronka horiek areagotu egiten ziren asentamendu-eremu urrunetan, non oztopo geografikoek eta garraio-aukera mugatuak osasun-zerbitzueterako sarbidea mugatzen zuten.

Osasun sexual eta erreproduktiboko (SRH) zerbitzueterako eta osasun mentaleko eta babes psikosozialeko (MHPSS) zerbitzueterako sarbidea bereziki mugatua zen. Zerbitzu batzuk eskuragarri egon arren, horien estaldura eta kalitatea nabarmen aldatzen ziren toki batetik bestera. Oinarrizko ikerketen aurkikuntzek adierazi zuten SRH zerbitzuekiko gogobetetasuna maila optimoaren azpitik zegoela interbentzio-eremu guztietan, eta MHPSS zerbitzuak are mugatuagoak zirela, bereziki asentamendu-testuinguruetan. Horrek zerbitzu-emateko egiturazko gabantzak nabarmendu zituen eta azpimarratu zuten arretarako sarbidea zein kalitatea indartzeko interbentzio espezifikoaren beharra.

Genero-indarkeria (GBV) errefuxiatu-komunitateen babes-kezka kritikoenetako bat zen. GBV-ren prebalentzia handia zen interbentzio-eremu guztietan, eta indarkeria mota anitz —indarkeria fisikoa, emozionala eta sexuala barne— salatu ziren errefuxiatuen artean. Emakumeei eta neskei neurritz kanpo eragiten zien, sarritan zaurgarritasun handiagoa baitzuten mendekotasun ekonomikoaren, gizarte-normen eta babes-zerbitzuetarako sarbide mugatuaren ondorioz. Aldi berean, estigmak, errepresalien beldurrak eta salaketa-mekanismo ahulek salaketa gutxiago egotea eta laguntza-zerbitzuetarako sarbidea mugatzea ekarri zuten.

GBV-ren aurreko erantzuna egiturazko erronkek ere mugatzen zuten, hala nola osasun-zerbitzuen, zerbitzu juridikoen eta psikosozialen arteko koordinazio-faltek, baita zerbitzu-emaileek bizirik irten direnei zuzendutako arreta integrala emateko zuten gaitasun mugatuak ere. Erreferentzia-bideak existitzen ziren arren, horien eraginkortasuna sarritan oztopo logistikoez, kontzientzia faltak eta sektoreen arteko integrazio eskasak ahultzen zuten.

Osasun eta babes erronkez gain, errefuxiatuek zaurgarritasun sozioekonomiko handiak zituzten. Bizibiderako aukera mugatuek, elikagaien segurtasunik ezak eta hezkuntza zein gizarte-zerbitzuetarako sarbide eskasak mendekotasun eta zaurgarritasun ziklo bat eragiten zuten. Emakumeak, nerabeak, desgaitasuna duten pertsonak eta adinekoak bereziki kaltetuta zeuden, sarritan sarbide eta parte-hartzeari lotutako oztopo konposatuak jasaten baitzituzten.

Testuinguruak errefuxiatuen kontzientzia eta ezagutza gabantza garrantzitsuak ere agerian utzi zituen haien eskubideei, eskuragarri zeuden zerbitzuei eta laguntza bilatzeko mekanismoei dagokienez. Osasun-hezkuntza eta komunitatearen parte-hartzea sustatzeko ahaleginak egon baziren ere, horiek ez ziren nahikoak izan sakon errotratutako gizarte-normei eta jokabide-oztopoei aurre egiteko, bereziki genero-berdintasunari eta GBVri dagokienez.

Komunitate-mailan, parte-hartze eta erantzukizun mekanismoak garatzen ari ziren oraindik. Komunitate-elkarrizketak eta koordinazio-batzordeak bezalako egiturak martxan zeuden arren, horien funtzionaltasuna eta inklusibotasuna aldatu egiten ziren toki batetik bestera. Mekanismo horiek indartzea ezinbestekoa zen, beraz, interbentzioek kaltetutako populazioen beharrei eta lehentasunei erantzuten jarraituko zutela eta erantzukizun humanitarioko estandarrekin bat etorriko zirela bermatzeko.

Hiru interbentzio-eremuek, —Kampala, Kyaka II eta Adjumani—, proiektuaren diseinuan zein gauzatzean eragina izan zuten dinamika testuinguru desberdinak aurkeztu zituzten. Kampala, hiri-ingurune gisa, errefuxiatu-populazio sakabanatuengatik, bizi-kostu altuagoagatik eta zerbitzu eskuragarriak eta bizibideak lortzeko erronkengatik bereizten zen. Hiriguneetako errefuxiatuek osasun-zentro publikoetan oinarritu ohi ziren, baina horiek ez zeuden errefuxiatuen beharretara bereziki egokituta, eta

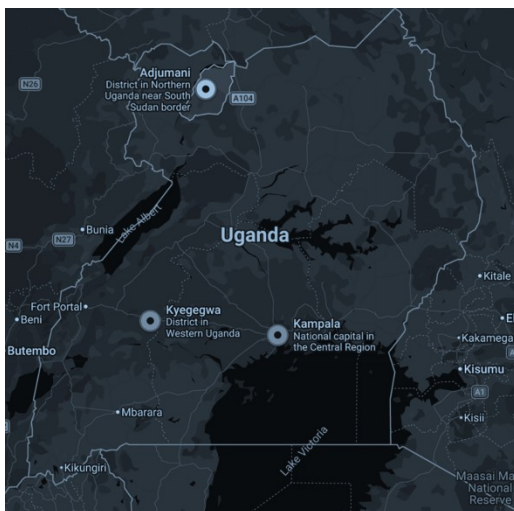


oztopo gehigarriei aurre egin behar izan zieten, hala nola diskriminazioari, dokumentazio faltari eta babes-sare sozial mugatuari.

Aitzitik, Kyaka II eta Adjumani asentamenduetan oinarritutako testuinguruak ziren, non errefuxiatuak izendatutako eremuetan hartzen ziren, zerbitzu humanitarioetarako sarbidearekin. Ingurune horiek zerbitzu-emate egituratuagoa ahalbidetzen zuten arren, jende-pilaketarekin, azpiegitura mugatuekin eta kanpoko laguntzarekiko mendekotasunarekin lotutako erronkak ere bazituzten. Adjumanin, errefuxiatu-kontzentrazio handiak presio gehigarria eragin zuen tokiko baliabideetan; Kyaka II-n, berriz, sakabanaketa geografikoak eta sarbide-mugek are gehiago konplikatu zuten zerbitzu-ematea.

Hiru kokalekuetan, errefuxiatuen testuingurua erronka sistemiko zabalagoek baldintzatu zuten, besteak beste, finantzaketa-gaizkiak, koordinazio-mugak eta epe laburreko programa humanitarioen mugak. Faktore horiek agerian utzi zuten premia handia dagoela esku-hartze integratu, jasangarri eta testuinguruarekiko sentikorrek izateko, berehalako beharrei zein epe luzearako egiturazko erronkei erantzun ahal izateko.

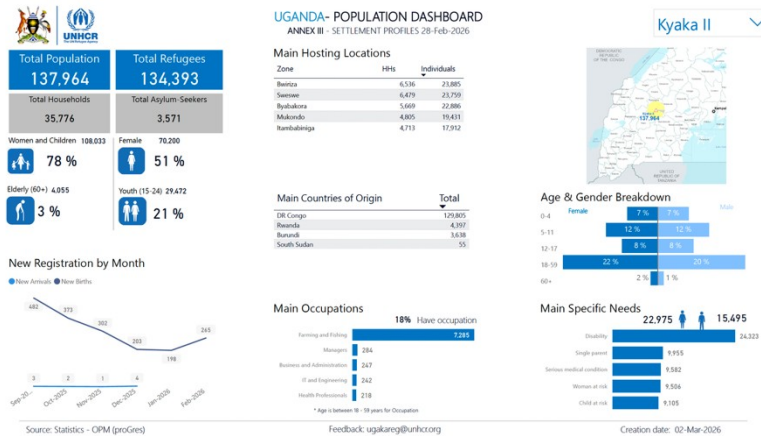
1.3. Esku-hartze eremuen ikuspegi orokorra (Kyaka II, Kampala, Adjumani)



Proiektua Ugandako hiru kokaleku desberdinetan gauzatu zen, Kyaka II errefuxiatu-kokalekua, Kampala (hiritarra) eta Adjumani errefuxiatu-kokalekuak, bakoitzak herrialdeko errefuxiatuen esperientziaren dimentsio desberdinak ordezkatzuz. Baliteke, kokaleku horiek estrategikoki hautatu izana Ugandako errefuxiatu-testuinguruen aniztasuna jasotzeko eta esku-hartzeak kokalekuetan zein hiri-inguruneetan dauden erronkei erantzuten ziartzeko.

Kyaka II Errefuxiatu Kokalekua, Mendebaldeko Ugandako Kyegegwa barrutian kokatua, batez ere Kongoko errefuxiatu-populazioa hartzen du. Kokalekuaren ezaugarria da biztanleria eremu geografiko zabal baten sakabanatuta dagoela, azpiegitura mugatuak dituela eta oinarritzko zerbitzuak eskuratzeko oztopo nabarmenak dituela. Kyaka II-ko osasun-zentroek sarritan gaixo-zama handia, botika-eskasia eta giza baliabide mugatuak dituzte, eta horrek arretaren kalitateari eta puntualtasunari eragiten die. Gainera, komunitateen eta osasun-zentroen arteko distantzia handiek, garraio-aukera mugatuekin batera, zerbitzuak eskuratzeko gehiago mugatzen dute. Erronka horiek bereziki nabarmenak dira talde ahulentzat, emakumeentzat, haurrentzat eta desgaitasuna duten pertsonentzat barne.

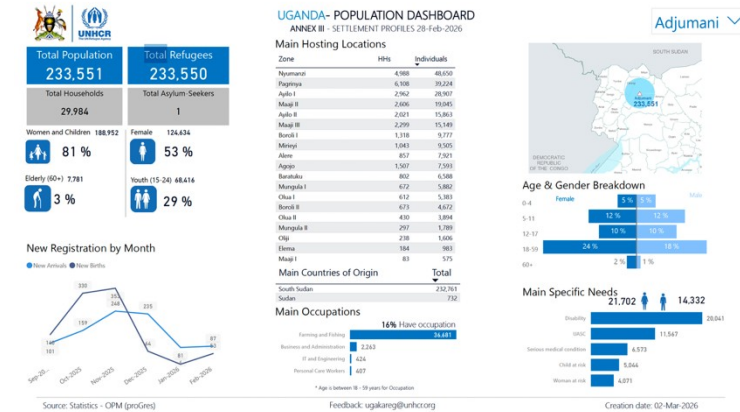
Kyaka II-ko testuingurua, beraz, sarbide fisikoaren, baliabideen eskuragarritasunaren eta zerbitzu-gaitasunaren mugek definitzen dute nagusiki.



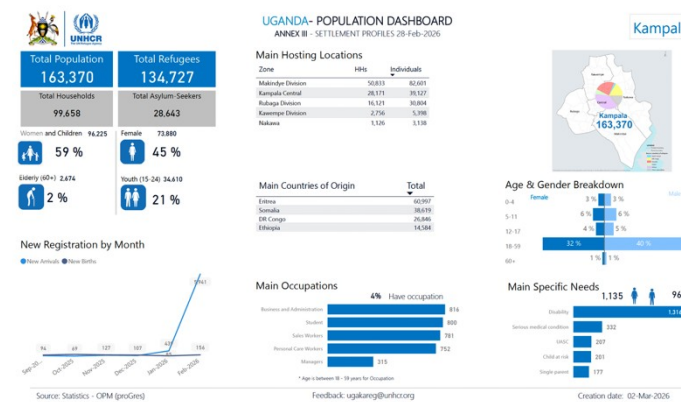
Adjumani **Kokalekuak,** Ugandan kokatuak, errefuxiatu gehien hartzen dituen herrialdeko barrutietako bat da, eta errefuxiatu-populazio handia hartzen

du, batez ere Hego Sudandik etorria. Kyaka II ez bezala, Adjumani-ren ezaugarria da errefuxiatuen kontzentrazio handia izatea nahiko zehaztutako kokaleku-eremuetan. Horrek zerbitzuak ematea eta eragile

humanitarioen arteko koordinazio jantziagoa ahalbidetzen badu ere, errefuxiatu-populazioaren tamaina hutsak presio handia eragiten du dauden azpiegituretan eta zerbitzu publikoetan. Osasun-zentroek masifikazioa izan ohi dute, eta zerbitzuen eskariak maiz gainditzen du dagoen gaitasuna. Gainera, babes-kezkak, genero-indarkeria barne, nagusi dira, eta zerbitzu integral eta sektoreartekoetarako sarbidea koherentzia gabekoa da oraindik. Adjumani-ko testuingurua, beraz, eskari handiak, baliabideen hersturak eta eskala handiko operazio humanitarioak



kudeatzearen konplexutasunek baldintzatzen dute.



Kampala, Ugandako hiriburua eta hirigune nagusia denez, kokaleku-eremuetatik nabarmen desberdina den testuingurua aurkezten du. Kampalako errefuxiatuak hirian zehar sakabanatuta daude eta harrera-

komunitateetan integratuta daude, zehaztutako kokalekuetan bizi beharrean. Hiri-inguruneek azpiegitura eta zerbitzu espezializatu etarako sarbide nahiko hobea eskaintzen duten arren, errefuxiatuek erronka

bereziak dituzte irisgarritasun ekonomikoarekin, dokumentazioarekin, diskriminazioarekin eta gizarte-laguntzako sistemen mugarekin lotuta. Osasun-zerbitzuak eskuratzea kostuarengatik mugatua egon ohi da, eta errefuxiatuek euren beharretara berariaz egokitu gabe dauden osasun-zentro publikoetan oinarritu behar dute. Gainera, hiri-inguruneetan biztanleria ahulak identifikatzea eta helburu gisa hartzea konplexuagoa da kokaleku-egitura zentralizaturik ez dagoelako. Kampalako testuingurua, beraz, ikusezintasunak, zaurgarritasun ekonomikoak eta zerbitzuetarako sarbide zatikatuak ezaugarritzen dute.

Hiru kokalekuetan, errefuxiatu-populazioek erronka komunak izan zituzten osasun-laguntza eskuratzeko orduan, batez ere sexu- eta ugalketa-osasunaren (SRH), osasun mentalaren eta laguntza psikosozialaren (MHPSS) eta genero-indarkeriaren (GBV) aurreko erantzunaren eremuetan. Hala ere, erronka horien izaera eta intentsitatea nabarmen aldatzen ziren testuinguruaren arabera. Kyaka II eta Adjumani bezalako kokaleku-eremuek egitura eta gaitasun mailako mugei aurre egin behar zieten bitartean, Kampalako hiri-testuinguruan oztopo sozioekonomikoek eta integrazio-arazoek eragin handiagoa izan zuten.

1.4. Ebaluazioaren helburuak

Helburu Orokorra

Ebaluazio honen helburu orokorra da "Errefuxiatuen duintasuna Ugandan babestea: sexu- eta genero-indarkeriari erantzutea giza eskubideen urraketa eta osasun publikoko arazo gisa" proiektuaren garrantzia, egokitasuna, efizientzia, eraginkortasuna, inpaktua, jasangarritasuna eta parte-hartze izaera aztertzea. Ebaluazioaren xedea zen ebidentzian oinarritutako ondorioak eta gomendio praktikoak sortzea, erantzukizuna sendotzeko, erakunde-ikaskuntza sustatzeko eta Ugandako errefuxiatu-populazioei zuzendutako etorkizuneko esku-hartzeen diseinua informatzeko.

Helburu Espezifikoak

Ebaluazioak berariaz helburu hauek zituen:

- Proiektuak aurreikusitako emaitzak (R1-R4) eta bere Helburu Espezifikoa zein neurritan lortu zituen ebaluatzea, batez ere sexu- eta ugalketa-osasunerako (SRHR), osasun mentalerako eta laguntza psikosozialerako (MHPSS) eta genero-indarkeriaren (GBV) aurreko erantzun-zerbitzuetarako sarbidea hobetzeari dagokionez Kampala, Kyaka II eta Adjumani-n.
- Proiektuaren diseinuaren garrantzia eta koherentzia aztertzea, errefuxiatuen eta harrera-populazioen beharrei eta lehentasunei dagokienez, baita politika nazionalekin eta esparru humanitarioekin duen lerrokadura ere.



- Esku-hartzearen efizientzia aztertzea baliabide finantzarioen, gizatiarren eta erakundeen erabilerari dagokionez, jarduerak aurreikusitako epeetan zein neurritan gauzatu ziren barne.
- Gauzatze-prozesuen eraginkortasuna eta kalitatea ebaluatzea, Farmamundi, AHA, Emesco eta erakundeen arteko koordinazio-mekanismoak barne.
- Esku-hartzeak norbanakoengan, komunitateetan eta erakundeetan izan duen inpaktu zabalagoa ebaluatzea, asmatutako zein asmatu gabeko ondorioak barne.
- Proiektuaren emaitzen jasangarritasuna zehaztea, onurak proiektuaren aldiak haratago jarraitzeko aukera zein neurritakoa den barne.
- Eskubideen titularren eta tokiko erakundeen parte-hartze, jabetza eta erantzukizun maila aztertzea, iritziak emateko eta komunitatearen konpromisoarako mekanismoen eraginkortasuna barne.
- Zeharkako ikuspegi integratua ebaluatzea, genero- eta adin-sentikortasuna, giza eskubideetan oinarritutako ikuspegiak, konfliktuekiko sentikortasuna eta Kalterik Ez Egiteko printzipioa barne.

Ebaluazioaren Xedea

Ebaluazioak ikaskuntza-funtzioa eta erantzukizun-funtzioa bete zituen. Proiektuaren errendimenduaren ebaluazio egituratua eskaintzea zuen helburu, bere helburu eta espero diren emaitzekiko, eta, aldi berean, etorkizuneko programazioa hobetzeko ikuspegi bideragarriak sortzea.

Zehazki, ebaluazioaren asmoa zen:

- Bazkide betearazleei (Farmamundi, AHA eta Emesco) laguntzea indarguneak, gabeziak eta ikasitako irakaspenak identifikatzen, etorkizuneko esku-hartzeen kalitatea, eraginkortasuna eta inpaktua hobetzeko.
- Dohaintza-emaitzekiko, bereziki Eusko Jaurlaritzarekiko, erantzukizuna bermatzea, baliabideak zein neurritan erabili ziren modu eraginkorrean eta lortutako emaitzak erakutsiz.
- Erabaki estrategikoak hartzen laguntzea, Kampalako, Kyaka II-ko eta Adjumani-ko operazio-testuinguru desberdinen barruan zerk funtzionatu zuen, zerk ez eta zergatik jakiteko ebidentziak emanaz.
- Sektore humanitarioan eta garapen-sektorean ikaskuntza zabalagoari laguntzea, batez ere errefuxiatu-inguruneetan osasuna, babesa eta genero-indarkeria lantzeko ikuspegi integratuei dagokienez.



2. Interbentzioaren deskribapena

2.1. Proiektuaren arrazoiak

Proiektua Ugandako errefuxiatuen artean osasungintzarako sarbidean, babes-zerbitzuetan eta komunitate-mailako laguntza-sistemetan dauden hutsuneei erantzuteko sortu zen. Herrialdeak errefuxiatuen inguruko politika-esparru progresista izan arren, erronka handiak zeuden zerbitzuetan emate ekitatiboa, kalitatezkoa eta integrala bermatzeko, batez ere sexualitate- eta erreprodukzio-osasunaren (SRHR), osasun mentalaren eta laguntza psikosozialaren (MHPSS) eta genero-indarkeriaren (GBV) arloetan.

Proiektua diseinatu zen garaian, Kampala, Kyaka II eta Adjumani herrietako errefuxiatuek oztopo ugari zituzten funtsezko zerbitzuak eskuratzeko. Osasun-sistemak, batez ere errefuxiatu gehien hartzen zituzten eremuetan, gainezka zeuden eskariaren hazkundeagatik, azpiegitura mugatuengatik, hornidura medikoen faltagatik eta giza baliabide eskasengatik. Sistema-muga horiek areagotu egin ziren desplazamenduen iraupenagatik, osasun-zerbitzu publikoekiko epe luzerako mendekotasuna handitu baitzen, edukieraren hedapenik gabe.

Testuinguru honetan, SRHR zerbitzuetarako sarbidea gorabeheratsua eta askotan eskasa zen, batez ere emakume eta nerabeentzat. Estigma, kontzientziazio falta, kultur normak eta zerbitzuak emateko sistema ahulak bezalako oztopoek zerbitzuen erabilera murrizten zuten. Era berean, osasun mentaleko eta laguntza psikosozialeko zerbitzuak oso gutxi garatuta zeuden, gatazkari, desplazamenduari eta egoera sozioekonomiko gogorrari lotutako shock psikologikoa handia izan arren.

Genero-indarkeria gai kritiko eta zeharkakoa zen interbentzio-eremu guztietan. Genero-indarkeria oso hedatuta zegoen eta gutxi salatzen zen, eta emakumeei eta neskei eragiten zien modu neurrigabeen. Bizirik atera zirenek erronka handiak zituzten arreta jasotzeko: estigma, errepresalien beldurra, zerbitzuei buruzko ezagutza falta eta erreferentzia-sistema ahul edo zatikatuak. Kasu askotan, genero-indarkeriaren erantzunak ez zuen koordinaziorik osasun, lege eta zerbitzu psikosozialen artean, eta horrek hutsuneak sortzen zituen bizirik atera zirenen arretan.

Zerbitzuen hutsuneez gain, proiektuaren diseinuak muga garrantzitsuak hauteman zituen komunitate-mailan. Eskubideen, zerbitzuen eta erreferentzia-bideen inguruko ezagutza txikia zen errefuxiatuen artean, eta gizarte-norma eta praktika kaltegarriek desberdintasuna eta indarkeria iraunarazten zuten. Komunitate-egiturak, Herriko Osasun Taldeak (VHT) eta oinarritzko beste eragile batzuk barne, askotan gainezka zeuden eta ez zuten nahikoa baliabide gai konplexuei aurre egiteko, hala nola genero-



indarkeriaren prebentzioari, osasun mentalari eta sexualitate- eta erreprodukzio-osasunari. Erakunde- eta koordinazio-erronkek ere lagundu zuten hautemandako hutsuneetan. Humanitarioen erantzunean eragile ugari egon arren, sektoreen eta alderdi interesdunen arteko koordinazioa ez zen beti optimoa izaten, eta horrek bikoiztasunak sortzen zituen eremu batzuetan eta hutsuneak beste batzuetan. Gainera, genero- eta giza eskubideen ikuspegiak zerbitzu-ematean eta erakunde-praktiketan txertatzea mugatua zen oraindik, eta horrek interbentzioen kalitateari eta inklusibitateari eragiten zien.

Beraz, proiektua elkarri lotutako erronka horiei ikuspegi integratu eta multisektorial baten bidez erantzuteko diseinatu zen. Osasun-sistemek SRHR, MHPSS eta GBV zerbitzu kalitatezkoak emateko duten gaitasuna indartu nahi zuen; komunitate-mailako kontzientziak eta konpromisoa sustatu; erreferentzia- eta koordinazio-mekanismoak hobetu; eta eskubideen jabeen artean erantzukizuna eta parte-hartzea sustatu. Proiektuaren arrazoi nagusietako bat genero-indarkeria giza eskubideen urraketa gisa eta osasun publikoko arazo gisa aitortzea izan zen. Ikuspegi bikoitz horrek interbentzioaren diseinua bideratu zuen, genero-indarkeria babes-mekanismoen bidez ez ezik, osasun-sistemaren erantzun indartuen bidez ere jorratuko zela bermatuz, kudeaketa klinikoak, laguntza psikosoziala eta erreferentzia-bideak barne.

Asentamenduak (Kyaka II eta Adjumani) eta hiri-testuinguruak (Kampala) sartzeak errealitate operatibo bakoitzera egokitutako ikuspegi bereziak izateko beharra islatu zuen. Asentamenduetan azpiegiturak eta zerbitzuak emateko gaitasuna indartu behar zen bitartean, hiri-eremuan estrategiak behar ziren sarbideari, eskuragarritasun ekonomikoari eta komunitate barreiatuetan populazio zaurgarriak identifikatzeari buruzko arazoei aurre egiteko.

2.2. Helburu Espezifikoa (HE)

Proiektuaren Helburu Espezifikoa (HE) Ugandako kongoar, hegoaldeko sudandar eta somaliar errefuxiatuen osasuna eta sexualitate- eta erreprodukzio-osasuna (SRHR) hobetzea zen, sexu- eta genero-indarkeria (SGBV) giza eskubideen urraketa gisa eta osasun publikoko arazo nagusi gisa jorratuz Kampala, Kyaka II eta Adjumani interbentzio-eremuetan. Helburu hori lortzeko ikuspegi integratu bat erabili zen: osasun-zerbitzuen ematea indartzea (batez ere SRHR eta MHPSS arloetan) eta SGBVren prebentzio- eta erantzun-mekanismoak hobetzea. Interbentzioaren xedea zerbitzu kalitatezko, seguru eta bizirik atera direnen arretan zentratutakoen sarbidea sustatzea ere bazen, errefuxiatuek, batez ere emakumeek eta neskek, arreta bilatzeko eta jasotzeko duten gaitasuna mugatzen duten egitura- eta gizarte-kultura-oztopoak jorratzen ziren bitartean.



Gainera, Helburu Espezifikoak eskubideetan oinarritutako ikuspegi baten aldeko konpromiso zabalagoa islatu zuen, duintasunaren babesa, genero-berdintasunaren sustapena eta erasandako populazioen ahalduntzea azpimarratuz, beren eskubideak aldarrika ditzaten eta beren osasunari eta ongizateari eragiten dieten erabakietan aktiboki parte har dezaten.

2.3. Emaidzak (E1-E4)

Proiektua erlazionatutako lau emaitzaren (E1-E4) inguruan egituratu zen, eta guztiek lagundu zuten Helburu Espezifikoa lortzen. Emaidza horiek zerbitzu-emateari eta sistema-hutsuneei erantzun zieten, osasuna, babesa, komunitate-konpromisoa eta erantzukizun-osagaiak uztartuz.

1. Emaidza (E1): Osasun-zerbitzu kalitatezkoetarako sarbidea hobetzea

E1ren helburua Kampala, Kyaka II eta Adjumani herrietako errefuxiatuen artean funtsezko osasun-zerbitzuen estaldura, irisgarritasuna eta kalitatea areagotzea zen. Arreta berezia jarri zen sexualitate- eta erreproduzio-osasuneko (SRHR) zerbitzuak, osasun mentala eta laguntza psikosoziala (MHPSS) indartzean, eta genero-indarkeriaren (GBV) biktimenzako arreta segurua eta egokia bermatzean. Emaidza hau osasun-zentroen eta landa-zerbitzuen gaitasuna hobetzean zentratu zen, arreta integratu eta kalitatezkoa emateko, genero-indarkeriaren kudeaketa klinikoa, SRHR zerbitzuak eta MHPSS interbentzioen hedapena barne. Erreferentzia-bideak indartzea ere barne hartu zuen, zerbitzu espezializatuak behar zituzten pertsonak arreta-maila egokiak eskura zitzaketela bermatzeko.

2. Emaidza (E2): Komunitatearen gaitasunak indartzea GBVren prebentziorako eta erantzunerako

E2 errefuxiatuen eta harrera-komunitateen gaitasuna indartzean zentratu zen, osasun-baliabideen sarbidean dauden desberdintasunak murrizteko, genero-indarkeriaren prebentzioa hobetzeko eta bizirik atera direnen arreta integralari laguntzeko. Emaidza honek komunitate-mailako interbentzioak azpimarratu zituen, kontzientziazioa, portaera-aldaketarako komunikazioa eta komunitate-egituren (Herriko Osasun Taldeak - VHT eta tokiko beste eragile batzuk) indartzea barne. Gizarte-norma kaltegarriari aurre egitea, eskubideen eta zerbitzuen ezagutza handitzea eta indarkeriarik gabeko bizitza sustatzea zuen helburu, batez ere emakume eta neskenentzat.

3. Emaidza (E3): Errefuxiatuen eta GBV gaiari buruzko kontzientziazioa eta intzidentzia areagotzea

E3ren helburua Ugandako errefuxiatuen egoeraz informazioa eta kontzientziazioa hobetzea zen, genero-indarkeriak kaltetutako emakume eta nesken esperientzietan arreta berezia jarriz. Errefuxiatuen gaien inguruan eskubideetan oinarritutako ulermen bat sustatu nahi zuen,

generoa eta babesa aintzat hartuko dituen, bai komunitatean, bai gizarte zabalagoan. Eraitza honek hiritartasun kritikoa, intzidentzia eta konpromiso publikoa sustatzeko jarduerak barne hartu zituen, errefuxiatuen arazoei ikusgarritasun handiagoa emanez eta eragileen eta publiko orokorraren artean erantzun inklusiboagoak eta informatuagoak sustatuz, bai Ugandan (Kampala, Kyaka II, Adjumani) bai Euskadin gauzatutako jardueren bidez.

4. Eraitza (E4): Parte-hartze eta erantzukizun mekanismoak indartzea

E4 tokiko eragileen eta erasandako populazioen parte-hartzea, erantzukizuna eta lidergoa hobetzean zentratu zen erantzun humanitarioaren ziklo osoan zehar. Errefuxiatuei eta harrera-komunitateei erabakiak hartzeko prozesuetan aktiboki parte hartzeko eta zerbitzuei eta interbentzioei buruzko iritzia emateko aukera ematen dieten mekanismoak indartzea zuen helburu. Honek erasandako populazioekiko erantzukizun-mekanismoak (AAP), komunitate-elkarrizketarako plataformak eta koordinazio-egiturak ezartzea eta indartzea barne hartu zuen. Eraitzak tokiko erakundeen eta bazkideen zeregina ere azpimarratu zuen interbentzio humanitarioak bideratzeko eta mantentzeko, horrela jabetza handiagoa eta epe luzerako jasangarritasuna lortzen lagunduz.

Lotura Helburu Espezifikoarekin

Lau eraitza horiek modu osagarrian funtzionatzeko diseinatu ziren, zerbitzu-ematearen berehalako beharrei eta zaugarritasunaren azpiko egitura- eta gizarte-determinatzaileei erantzuteko. E1 osasun-zerbitzuak indartzean zentratzen zen bitartean, E2 eta E3 komunitate-mailako kontzientziazioa eta portaera-aldaketa jorratu zituzten, eta E4k parte-hartzea eta erantzukizuna interbentzioaren osagai guztietan txertatzea bermatu zuen. Ikuspegi integratu honen asmoa Helburu Espezifikoa lortzen laguntzea zen, kalitatezko osasun- eta babes-zerbitzuetarako sarbidea hobetuz, komunitatearen erresilientzia indartuz eta errefuxiatuen inguruneetan genero-indarkeriaren aurreko eskubideetan oinarritutako erantzuna sustatuz.

2.4. Osagai nagusiak (SRHR, MHPSS, GBV, komunitate-sistemak, AAP)

Proiektua errefuxiatuen osasun- eta babes-behar dimentsioanitzak jorrotzen zituzten osagai tematiko integratuen bidez gauzatu zen. Osagai horiek proiektuaren eraitzekin (E1-E4) lerrokatuta zeuden eta interbentzioaren bizkarrezur operatiboa osatzen zuten.

Sexualitate- eta Erreproduktzio-osasuna (SRHR): SRHR osagaia errefuxiatuentzat, eta batez ere emakume eta nerabeentzat, sexualitate- eta erreproduktzio-osasuneko zerbitzu integral eta kalitatezkoetarako



sarbidea hobetzean zentratu zen. Honek familia-plangintzako zerbitzuak, haurdunaldi aurreko eta ondorengo arreta eta sexu-indarkeriaren kudeaketa klinikoa barne hartu zituen. Osagai honen bidez osasun-zentroen gaitasuna indartu, zerbitzuen eskuragarritasuna hobetu eta SRHR zerbitzuen erabilera sustatu nahi izan zen. Arreta jasotzeko sarbidea mugatzen duten gizarte-kultura-oztopoak ere jorratu zituen, estigma, genero-normak eta ezagutza falta barne. SRHR lehen mailako arretako zerbitzuetan eta landa-jardueretan integratuz, proiektuak zerbitzuak irigarriak, onargarriak eta populazio zaugarrien beharrei erantzuteko gai izatea lortu nahi izan zuen.

Osasun Mentala eta Laguntza Psikosoziala (MHPSS): MHPSS osagaiak errefuxiatuen artean zegoen shock psikologiko handiari erantzun zion, gatazka, desplazamendu eta egoera sozioekonomiko gogorren ondoriozkoa. Proiektuak osasun mentaleko zerbitzuak lehen mailako osasun-sistemetan integratzea bultzatu zuen, osasun mentaleko egoerak laister identifikatzeko eta kudeatzeko. Osagai honek zentroetan zein komunitatean oinarritutako interbentzioak barne hartu zituen, hala nola aholkularitza, laguntza psikosozialeko saioak eta erreferentziak arreta espezializaturako. Osasun mentalari lotutako estigma murriztea eta eskuragarri dauden zerbitzuei buruzko komunitate-kontzientziazioa hobetzea ere izan zuen helburu. Zerbitzu-ematea eta komunitateko laguntza-sistemak indartuz, proiektuak kaltetutako populazioen ongizate mentala eta erresilientzia hobetzen lagundu zuen.

Generoan Oinarritutako Indarkeriaren (GBV) Prebentzioa eta Erantzuna: GBV osagaia funtsezkoa izan zen proiekturako, eta generoan oinarritutako indarkeriaren prebentzioari eta erantzunari heldu zion. Bizirik irten direnentzako zerbitzuak indartzera bideratu zen —arreta klinikoa, laguntza psikosoziala eta erreferentzia-bideak barne—, eta, aldi berean, komunitate-mailan indarkeriaren azpian dauden faktoreak landu zituen. Proiektuak osasun-langileen eta beste zerbitzu-emate batzuen gaitasuna sustatzea bultzatu zuen, GBV kasuak modu egokian eta sentikorrean kudeatzen zirela ziurtatzeko. Aldi berean, komunitatean oinarritutako jarduerak gauzatu ziren sentsibilizazioa areagotzeko, arau kaltegarriak zalantzan jartzeko eta genero-berdintasuna sustatzeko. Osasun-sistemen barruan GBV zerbitzuak integratzeak ahalbidetu zuen bizirik irten zirenek arreta integralerako sarbidea izatea, modu puntual eta koordinatuan.

Komunitate-sistemak Indartzea: Komunitate-sistemak indartzea zeharkako osagaia izan zen, eta komunitate-egiturek osasunaren sustapenean, prebentzioan eta zerbitzuekiko loturan duten zeregina indartzea zuen helburu. Horretarako, Herri Osasun Taldeekin (VHT), komunitateko buruzagiekin eta oinarrizko beste eragile batzuekin lan egin zen, zabalkundea, sentsibilizazioa eta erreferentzia-mekanismoak hobetzeko. Proiektuak komunitateko eragileen prestakuntza eta gaitasunen garapena babestu zuen, SRHR, MHPSS eta GBV bezalako funtsezko gaiak heldu ahal izateko. Komunitatearen konpromisoa ere azpimarratu zuen, jokabide-aldaketak sustatzeko, zerbitzuen erabilera hobetzeko eta esku-hartzeak



tokiko beharrei eta errealitateei erantzuten dietela ziurtatzeko baliabide gisa.

Kaltetutako Populazioekiko Kontu-ematea (AAP): AAP osagaia zerbitzuen ematean gardentasuna, parte-hartzea eta erantzun-gaitasuna sustatzen duten mekanismoak indartzera bideratu zen. Errefuxiatuek eta harrera-komunitateek iritziak emateko, kezkak adierazteko eta proiektuarekin lotutako erabaki-hartze prozesuetan eragiteko aukerak zituztela ziurtatu zuen. Honek iritzi-kanalak, komunitate-elkarrizketak eta parte-hartze plataformak sortzea eta indartzea barne hartu zuen. Proiektuaren helburua kontu-emate praktikak instituzionalizatzea izan zen, bai komunitatean bai zerbitzu-emate egituretan, konfiantza hobetuz, zerbitzuen kalitatea hobetuz eta onuradunen artean jabetza-sentimendua sustatuz.

Osagaien Integrazioa: Osagai horiek ez ziren modu isolatuan gauzatu, elkarren osagarri izateko diseinatu ziren. Adibidez, GBVri emandako erantzuna SRHR eta MHPSS zerbitzuen barruan integratu zen; komunitate-sistemen indartzeak, berriz, eremu tematiko guztiak babestu zituen, zabalkundea eta konpromisoa hobetuz. Era berean, AAP mekanismoek osagai guztiak hartu zituzten, esku-hartzeek kaltetutako populazioen behar eta lehentasunekin bat egiten zutela ziurtatuz.

2.5. Aldaketa-teoria

Aldaketa-teoriak ibilbide logiko bati jarraitu zion: osasun-sistemak eta zerbitzuen eskaintza indartzeak, komunitateak ahalduntzeak, koordinazioa eta erreferentziak hobetzeak eta kontu-emate mekanismoak sustatzeak, modu kolektiboan, kalitatezko arretarako sarbidea hobetzea, indarkeriaren prebentzioa eta sentsibilizazioa areagotzea eta, azken batean, Kampala, Kyaka II eta Adjunani-ko errefuxiatuen osasuna, duintasuna eta babesa hobetzea ekarriko luke.

Proiektuaren aldaketa-teoria premisa honetan oinarritzen zen: kalitatezko osasun- eta babes-zerbitzu integratuetarako sarbidea hobetzeak, eta aldi berean komunitate-sistemak eta kontu-emate mekanismoak indartzeak, osasun-emaitzak hobetzea eta errefuxiatuentzako babesa areagotzea ekarriko lukeela, bereziki sexu-indarkeriari eta generoan oinarritutako indarkeriari (SGBV) dagokionez. Proiektuak onartu zuen osasun-zentroak zerbitzu integralak eta kalitatezkoak emateko indartuko balira —osasun sexuala eta erreproduktiboa (SRHR), osasun mentala eta laguntza psikosoziala (MHPSS) eta generoan oinarritutako indarkeriaren kudeaketa kliniko barne—, orduan errefuxiatuek zerbitzu horiek gehiago erabiliko lituzketela eta sarbide errazagoa izango luketela. Horrek, aldi berean, osasun-egoera hobetzen, indarkeriaren bizirik irten zirenei arreta puntuala ematen eta ongizate orokorra sustatzen lagunduko luke.

Aldi berean, proiektuak onartu zuen zerbitzuak eskuragarri egotea bakarrik ez zela nahikoa aldaketa esanguratsuak lortzeko. Beraz, honako hau proposatu zuen: komunitateak ahalduntzen balira sentsibilizazioaren, gaitasunen garapenaren eta komunitate-egituren (esaterako, Herri Osasun Taldeak, VHT) konpromisoaren bidez, orduan eskubideen, eskuragarri dauden zerbitzuen eta prebentzio-estrategien ezagutza hobetuko litzatekeela. Horrek zerbitzuen eskaria handitzea, estigma murriztea eta gizarte-arauetan aldaketa positiboak egotea ekarriko luke, bereziki genero-berdintasunaren eta indarkeriaren prebentzioaren inguruan.

Aldaketa-teoriak erreferentzia-sistema integratu eta funtzionalen garrantzia ere azpimarratu zuen. Suposatu zen maila desberdinen arteko koordinazioa —komunitatea, lehen mailako arreta eta zerbitzu espezializatuak— indartuko balitz, laguntza mediko edo psikosozial aurreratua behar duten pertsonen zerbitzu egokiak eskuratu ahal izango lituzketela modu puntual eta eraginkorren. Hori bereziki kritikoa zen SGBVtik bizirik irten zirenentzat, arreta integrala eta sektore anitzekoa behar baitute.

Gainera, proiektua kaltetutako populazioekiko kontu-ematea (AAP) indartzeak esku-hartzeen garrantzia, kalitatea eta erantzun-gaitasuna hobetuko lukeen sinesmenean oinarritu zen. Iritziak emateko, elkarrizketarako eta parte-hartzerako mekanismoak ezarriz, proiektuak zerbitzuak errefuxiatuen eta harrera-komunitateen behar eta lehentasunekin bat zetoze la ziurtatu nahi zuen. Parte-hartze handiagoak emaitzen jabetza, konfiantza eta jasangarritasuna sustatuko zuela aurreikusi zen.

Supozizio horien oinarrian, SGBV osasun publikoko arazo gisa eta giza eskubideen urraketa gisa aitortzea zegoen. Hori dela eta, proiektuak babes- eta osasun-ikuspegiak integratu zituen, indarkeriaren berehalako ondorioei zein haren oinarritzko arrazoiei heldu nahian.

3. Metodologia

3.1. Ebaluazio-ikuspegia (metodo mistoak, parte-hartzailea, teoriar oinarritua)

Ebaluazioak metodo mistoko, parte-hartzaileko eta erabilerara bideratutako ikuspegia hartu zuen, metodo kualitatiboak eta kuantitatiboak konbinatuz, proiektuaren garrantzia, eraginkortasuna, efizientzia, inpaktua, jasangarritasuna, koordinazioa, estaldura eta parte-hartzea baloratzeko. Metodologia OECD-DAC ebaluazio-irizpideek gidatu zuten nagusiki, eta humanitarioak diren dimentsio gehigarriak ere integratu zituen, hala nola konektibitatea, kontu-ematea, genero- eta adin-sentikortasuna, giza eskubideetan oinarritutako ikuspegiak eta Ez Kalterik Egin (Do No Harm) printzipioa.

Ebaluazioa ebidentzian oinarritutako aurkikuntzak sortzeko diseinatu zen, funtsezko eragileen ikuspuntuak —eskubide-dunak, bazkide betearazleak, osasun-langileak eta eragile instituzionalak barne— behar bezala ordezkaturata egongo zirela ziurtatuz. Ikuspegiak datu-iturri eta metodo anitzen arteko triangulazioa azpimarratu zuen, aurkikuntzen baliozkotasuna eta fidagarritasuna indartzeko. Ebaluazioak, gainera, teoriar oinarritutako ikuspegia hartu zuen, proiektuaren jarduerak eta esku-hartzeek espero ziren emaitzak (R1-R4) eta helburu espezifikoa (SO) lortzen nola lagundu zuten aztertuz. Emaitzak lortu ziren ala ez ebaluatzeaz gain, metodologiak aldaketak Kampala, Kyaka II eta Adjumani-ko hiru esku-hartze eremuetan nola eta zergatik gertatu ziren ulertu nahi izan zuen.

3.2. Ebaluazio-irizpideak

Ebaluazioa OECD-DAC ebaluazio-irizpideetan eta Erreferentzia Terminoetan zehaztutako dimentsio humanitario gehigarrietan egituratu zen. Balorazioa honako hauetan zentratu zen:

- Garrantzia eta egokitasuna
- Eraginkortasuna
- Efizientzia
- Inpaktua
- Jasangarritasuna (bideragarritasuna)
- Konektibitatea eta koherentzia
- Koordinazioa
- Estaldura
- Jabetza eta parte-hartzea

Zeharkako gaiak, hala nola genero-berdintasuna, adin-sentikortasuna, giza eskubideak, gatazkekiko sentikortasuna, kaltetutako populazioekiko kontu-ematea (AAP) eta ingurumen-gogoetak, ebaluazio-prozesu osoan eta analisisian integratu ziren.

3.3. Datu-iturriak eta bilketa-metodoak



Ebaluazioak lehen mailako eta bigarren mailako datu-iturriak erabili zituen.

Agirien berrikuspena

Mahai-gaine berrikuspen sakona egin zen proiektuarekin lotutako dokumentazioa eta bigarren mailako literatura erabiliz. Berrikusitako materialak honako hauek izan ziren:

- Proiektu-proposamenak eta esparru logikoak
- Oinarrizko eta amaierako txostenak
- Proiektuaren Txostena
- DHIS2ko datuak
- Nazioko politika garrantzitsuak eta esparru humanitarioak

Dokumentuen azterketak testuingurua ulertzea ahalbidetu zuen eta datuak biltzeko tresnen zein esparru analitikoaren garapenean lagundu zuen.

Proiektuak amaierako ebaluazio bat burutu berri zuen kanpoko ebaluazioa hasi aurretik. Amaierako datu-multzoen azterketak adierazi zuen eskuragarri zegoen informazioa nahikoa zabala eta fidagarria zela ebaluazioaren helburuei erantzuteko. Amaierako ebaluazioaren ondoren denbora gutxira beste etxebizitza-inkesta bat egiteak biztanleria berekin behin eta berriz hartu-emana izateko arriskua zekarren, eta baliteke horrek erantzunen kalitateari eta koherentziari eragin izana, elkarrizketatuen nekeaz gain. Horrenbestez, ebaluazioa lehendik zeuden datu-multzo kuantitatiboak informatzaile gakoekin egindako elkarrizketetatik (KII), fokutaldeetako eztabaidetatik (FGD) eta dokumentuen azterketatik ateratako aurkikuntza kualitatiboekin triangulatzera bideratu zen, proiektuaren errendimenduaren ebaluazio osoa eta sinesgarria sortzeko asmoz.

Informatzaile Gakoekin egindako Elkarrizketak (KII)

Informatzaile gakoekin egindako elkarrizketak proiektuaren inplementazioan eta gainbegiratzean parte hartzen duten eragile sorten zabal batekin burutu ziren. Horien artean zeuden erakunde hauetako ordezkariak:

- Farmamundi
- Africa Humanitarian Action (AHA)
- EMESCO
- Lehen Ministroaren Bulegoa (OPM)
- Osasun Ministerioa (MoH)
- Kampala Capital City Authority (KCCA)
- Barrutiko tokiko gobernuak
- Osasun-zentroetako langileak
- Komunitateko buruzagiak eta beste eragile humanitario batzuk

Killek proiektuaren implementazioari, koordinazio-mekanismoei, gaitasun instituzionalari, erronkei eta hautemandako emaitzei buruzko ikuspegi sakonak eman zituzten.

Foku Taldeen Eztabaidak (FGD)

Foku-taldeen eztabaidak hiru esku-hartze eremuetako errefuxiatuekin eta harrera-komunitateko kideekin burutu ziren. Eztabaidetan parte hartu zutenak:

- Emakumeak
- Gizonak
- Adolescenteak eta gazteak
- Herrietako Osasun Taldeak (VHT)
- Komunitate-egiturak eta buruzagiak

FGDean komunitatearen pertzepzioak aztertu ziren, osasun-laguntzarako sarbideari, MHPSSari, SGBV zerbitzuei, partaidetzari, erantzukizunari eta proiektuaren garrantziari eta eraginkortasunari dagokionez.

3.4. Lagin-estrategia

Ebaluazioak proiektua implementatzeko hiru eremuak hartu zituen: Kampala, Kyaka II eta Adjumani. Laginketa asmopekoa erabili zen informatzaile gakoan elkarriketarako eta foku-taldeen eztabaidetarako, esku-hartzearekin lotutako ezagutza, esperientzia edo bizi-errealitate egokiak dituzten erantzuleen parte-hartzea bermatzeko. Ahaleginak egin ziren generoari, adinari eta zaugarritasun-kategoriei dagokienez aniztasuna eta ordezkaritza bermatzeko, emakumeak, nerabeak eta komunitate-mailako eragileak barne. Zentroen eta erantzuleen aukeraketa proiektuaren estaldurak, irisgarritasunak eta ebaluazio-helburuekiko egokitasunak gidatu zuten.

3.5. Datuen Analisia

Kiletatik eta FGDetatik lortutako datu kualitatiboak analisi tematikoaren bidez aztertu ziren. Erantzunak ebaluazio-gai eta irizpide nagusien arabera antolatu ziren, hiru esku-hartze eremuetan errepikatzen diren ereduak, pertzepzioak eta agertzen ari diren gaiak identifikatu ahal izateko.

Ohiko erregistroetako, proiektua monitorizatzeko sistemetak eta amaierako ebaluazioko datu-multzoko datu kuantitatiboak deskribapen bidez aztertu ziren, proiektuaren adierazleekin eta zerbitzuen erabilerarekin lotutako joerak eta aurrerapenak ebaluatzeko. Amaierako ebaluazioko datu-multzoa ebaluaziorako etxebizitza-mailako datu-multzo kuantitatibo nagusia izan denez, oinarrizko lerroko (baseline) eta amaierako (endline) datu-multzoen arteko alderaketa-analisia egin zen, proiektua implementatu zen aldian izandako aldaketak ebaluatzeko. Horren barnean, osasun-laguntzarako sarbideari eta erabilerari, osasun mentalari



eta laguntza psikosozialari (MHPSS), genero-indarkeriari (GBV), kontzientziazio-mailei, partaidetzari eta erantzukizun-mekanismoei lotutako adierazleen analisia egin zen Kampala, Kyaka II eta Adjumani eskuhartze eremuetan.

Iturri eta metodo desberdinetatik ateratako aurkikuntzak triangulatu egin ziren koherentzia, sinesgarritasuna eta interpretazio orokorra sendotzeko. Analisia, gainera, proiektuaren aldaketa-teoriak eta esparru logikoak gidatu zuten, aurkikuntzak espero ziren emaitzekin (R1-R4) eta helburu espezifikoarekin lotuta.

3.6. Etika-gogoetak

Ebaluazioa ebaluazio humanitarioei eta osasun publikokoei aplikatzekoak zaizkien printzipio etikoen arabera burutu zen. Elkarriketa eta eztabaidetako parte-hartzea borondatezkoa izan zen, eta parte-hartzaileen informatutako baimena lortu zen parte hartu aurretik. Arreta berezia jarri zitzaion konfidentziasunari, pribatutasunari eta pertsona zaugarrien babesari, bereziki genero-indarkeriaren biziraupenei. Ebaluazioak "Kalterik ez egin" (Do No Harm) printzipioak bete zituen eta biziraupenetan zentratutako ikuspegiak aplikatu zituen datu-bilketa eta dokumentazio-prozesuetan zehar. Txostenean ez zen sartu pertsonalki identifikatzeko moduko informaziorik, eta ebaluazioan bildutako informazioa ebaluazio-helburuetarako soilik erabili zen.

3.7. Ebaluazioaren mugak

Hainbat muga aurkitu ziren ebaluazio-prozesuan zehar. Horien artean zeuden eremu geografiko sakabanatuetan landa-lana egiteari lotutako denbora-mugak, eta gai batzuen sentikortasuna, bereziki SGBV-ari (Genero Indarkeria Sexual eta Sexista) eta osasun mentalari lotutakoak. Kasu batzuetan, oroitze-alborapenak parte-hartzaileen erantzunetan eragina izan zezakeen, bereziki erantzuleek epe luzean ezarritako jardueri buruz gogoeta egiten zutenean. Gainera, ebaluazioa proiektuko eta osasun-sistemako ohiko datuetan oinarritu zen zati batean, eta horiek inkontsistentziak edo informazio-hutsuneak izan zitzaizketen.

Muga horiek gora-behera, hainbat datu-iturriren eta metodoren triangeluaketak aurkikuntzen fidagarritasuna eta sinesgarritasuna indartzen lagundu zuen.

4. EMAITZAK

Atal honek honako proiektu honen kanpo-ebaluazio finaleko aurkikuntzak aurkezten ditu: *“Protecting the dignity of refugees in Uganda: responding to sexual and gender-based violence as a human rights violation and public health issue.”* Analisiak aztertzen du esku-hartzeak zer neurritan lortu zituen aurreikusitako helburu eta emaitzak Kampala, Kyaka II eta Adjumani ezarpen-eremuetan. Aurkikuntzak OECD-DAC ebaluazio-irizpideen eta irizpide humanitario osagarrien inguruan antolatuta daude, hala nola egokitasuna, eraginkortasuna, efizientzia, inpaktua, jasangarritasuna, konektibitatea, koordinazioa, estaldura, jabetza eta partaidetza, eta zeharkako gaiak. Arreta berezia eskaintzen zaie proiektuaren hiru zutabe tematiko nagusiei: oinarrizko osasun-zerbitzuetarako sarbidea, osasun mentala eta laguntza psikosoziala (MHPSS), eta genero-indarkeria sexualaren eta sexistaren (SGBV) prebentzioa eta kudeaketa.

Emaitzak honako hauetan oinarritzen dira: proiektuaren dokumentazioa, proiektuaren amaierako txostena, logframe-a, hasierako eta amaierako datu-multzoak, osasun- eta proiektu-monitorizazioko ohiko datuak, eta interes-taldeek kontsultatutako ateratako ikuspegi kualitatiboak. Analisiak kontuan hartzen ditu bai aurreikusitako produktuen lorpena, bai esku-hartzeak zer-nolako ekarpen orokorragoa egin dien zerbitzuetarako sarbidea hobetzeari, komunitate-sistemak indartzeari, bizirik atera direnen laguntza hobetzeari eta kaltetutako populazioekiko kontu-emateari. Implementazio-testuinguruen aniztasuna kontuan hartuta, aurkikuntzek Kampalako hiriko errefuxiatuen ingurunearen eta Kyaka II eta Adjumaniko kokalekuetan oinarritutako testuinguruen arteko aldeak ere aztertzen dituzte, esku-hartzeak realitate operatibo, populazio-behar eta zerbitzu-emateko erronka ezberdinei nola erantzun zien nabarmenduz.

Ebaluazioak metodo mistoen planteamendua erabili zuen, ebidentzia kuantitatiboak eta kualitatiboak uztartuz, proiektuaren lorpen neurgarriak zein xede-populazioen eta interes-taldeek esperientziak eta pertzepzioak aztertzeko. Ebaluazio-esparruarekin bat etorritik, analisiak lau ebidentzia-geruza nagusi ditu oinarri: proiektuaren implementazio- eta monitorizazio-datuak, hasierako eta amaierako datuen ebaluazio konparatiboa, Informatzaile Gakoekin egindako Elkarrizketetatik (KII) eta Fokus Taldeetako Eztatidetatik (FGD) ateratako ebidentzia kualitatiboa, eta ebaluazio-taldearen interpretazioa, OECD-DAC eta ebaluazio humanitarioko irizpideek gidatuta.

Lehen ebidentzia-geruza proiektuaren dokumentazioak eta implementazio-erregistro arruntek osatzen zuten, besteak beste, proiektuaren amaierako txostena, jardueren txostenak, monitorizazio-datuak, DHIS2 erregistroak, prestakuntza-erregistroak, erreferentzia-datuak eta kontu-emateko



dokumentazioa. Iturri horiek aurreikusitako jarduerak eta produktuak zer neurritan lortu ziren erakusten zuten, osasun-zerbitzuak ematea, dibulgazio-zerbitzuen hedapena, SGBV prebenitzeko eta erantzuteko esku-hartzeak, laguntza psikosozialerako zerbitzuak, sentsibilizazio-kanpainak eta kontu-emateko mekanismoak barne. Ebidentzia hori bereziki garrantzitsua izan zen errendimendu operatiboa, inplementazioaren estaldura eta adierazle logikoen eta espero diren emaitzen (R1-R4) aurrean egindako aurrerapena balioesteko.

Bigarren ebidentzia-geruza hasierako eta amaierako aurkikuntzen analisi konparatibotik atera zen, esku-hartzearekin lotutako aldaketak balioesteko oinarri kuantitatibo nagusi gisa erabili baitzen. Amaierako datu-multzoa etxe-mailako ebidentzia-oinarri gisa erabili zen ebaluaziorako, metodoaren egokitasunagatik, estaldura tematiko zabalagatik eta proiektuaren adierazleekin eta ebaluazio-galderarekin zuzenean bat etortzeagatik. Hasierako eta amaierako aurkikuntzen arteko analisi konparatiboari esker, ebaluazioak joerak eta aldaketak balioetsi ahal izan zituen hainbat arlotan, hala nola osasun-zerbitzuetarako sarbidea, osasun sexual eta erreproduktiboko eskubideen inguruko kontzientziazioa, SGBV zerbitzuei buruzko komunitate-pertzepzioak, sentsibilizazio-jardueretan parte hartzea eta kontu-emateko mekanismoen erabilera. Planteamendu horrek ebaluazioak ohiko produktuen monitorizaziotik haratagoko emaitzak eta sortzen ari diren inpaktuak balioesteko zuen gaitasuna ere indartu zuen.

Hirugarren ebidentzia-geruza interes-talde ugariarekin egindako KII eta FGD-en bidez sortu zen, inplementazio-kideak, gobernuko ordezkariak, osasun-langileak, komunitate-buruak, Herriko Osasun Taldeak (VHT), errefuxiatuen egiturak, emakumeak, nerabeak eta zerbitzuak erabiltzen dituzten bizirik atera direnak barne. Kontsulta horiek onuradunen bizipenei eta Kampalan, Kyaka II-n eta Adjumanin inplementazioak dituen errealitate operatiboari buruzko ikuspegi sakonagoa eman zuten. Ebidentzia kualitatiboak aurkikuntza kuantitatiboak testuinguruan jartzen lagundu zuen, zerbitzuen kalitateari buruzko pertzepzioak, sartzeko oztopoak, erakundeen arteko koordinazioa, komunitatearen jabetza, SGBVren erantzun-mekanismoen eraginkortasuna eta proiektuaren esku-hartzeen hautemandako jasangarritasuna aztertuz. KII eta FGD-ek ebidentzia garrantzitsuak eman zituzten, baita ere, inplementazio-lekuen eta populazio-taldearen arteko aldeei buruz.

Azken ebidentzia-geruza ebaluazio-taldearen interpretazioa eta epaia izan zen. Datu-iturri ezberdinetako aurkikuntzak triangulatu eta proiektuaren aldaketa-teoriaren, esparru logikoaren eta ebaluazio-irizpideen arabera analizatu ziren, jarduerak inplementatu ziren ala ez ez zik, errefuxiatuen eta harrera-komunitatearen artean aldaketa esanguratsua lortzen zer



neurritan lagundu zuten zehazteko. Analisi-ikuspegi horri esker, ebaluazioa txosten deskriptibotik haratago joan ahal izan zen, eta proiektuaren egokitasuna, eraginkortasuna, efizientzia, inpaktua, jasangarritasuna, koherentzia eta Ugandako osasun-sistemak indartzeko eta errefuxiatuen duintasuna babesteko egindako ekarpen orokorra sakonago balioetsi ahal izan zen.

4.1. Helburuen lorpena.

Proiektuak ekarpen nabarmena egin zuen Ugandako Kampala, Kyaka II eta Adjumani eremuetako errefuxiatuen artean osasunerako eskubidea eta duintasunez bizitzeko eskubidea sustatzeko, esku-hartze eredu holistiko baten bidez. Eredu horrek lehen mailako osasun-arreta, osasun sexual eta erreproduktiboa (SRH), osasun mentala eta laguntza psikosoziala (MHPSS), genero-indarkeriaren (GBV) prebentzioa eta erantzuna, komunitatearen konpromisoa eta kontu-emateko mekanismoak integratu zituen. Osasun-arreta eta GBV eremu tematiko isolatu gisa tratatu ordez, eremu tematikoak, esku-hartzeak aitortu egin zuen lotura handia dagoela osasundesberdintasunen, desplazamenduari lotutako ahultasunen, generodesberdintasunaren, oinaze psikosozialaren eta babesaren eta justizia jasotzeko oztopoen artean. Planteamendu integratu horri esker, proiektuak aldi berean erantzun ahal izan zien berehalako behar humanitarioei, eta, aldi berean, komunitate-mailako sistemak, erreferentzia-bideak, erakundeen arteko koordinazioa eta zaintzarako eskubideetan oinarritutako planteamenduak indartu zituen.

Inplementazio-txostenetako ebidentziak adierazten du esku-hartzeak oinarritzko osasun-zerbitzuetarako sarbidea hobetu zuela, osasunari eta eskubideei buruzko komunitate-kontzientziazioa zabaldu zuela, genero-indarkeria sexual eta sexistatik bizirik atera direnentzako erreferentzia- eta laguntza-sistemak indartu zituela, eta osasun mentaleko eta laguntza psikosozialeko zerbitzuen erabilgarritasuna areagotu zuela hiru testuinguru operatiboetan. Esku-hartzeak komunitatearen parte-hartzea eta kontu-emateko egiturak ere indartu zituen, errefuxiatu-komunitateek rol aktiboagoa izan dezaten beharrak identifikatzeko, esku-hartzak moldatzeko eta emandako zerbitzuei buruzko iritzia emateko. Garrantzitsua da proiektuak GBV modu berritzailean jorratu zuela bigarren mailako bide baten bidez zeinak kudeatzen dituen indarkeriaren eta desplazamenduen ondorio medikoak, baita ahultasuna areagotzen duten egiturazko faktoreak eta faktore sozialak ere, estigma, informazio falta, erreferentzia-bide ahulak, isolamendu soziala eta komunitate-mailako babes-mekanismo mugatuak barne.

Maila zabalago batean, proiektuak babes humanitarioko printzipioekin, giza eskubideen planteamenduekin eta localisation (tokian tokiko egokitzapena) agendarekin bat egiten zuela erakutsi zuen, lehendik dauden sistema publikoen, errefuxiatuek gidatutako egituren, tokiko agintarien, Herriko Osasun Taldeen (VHT), komunitate-batzordeen eta tokiko inplementazio-kideen bidez lan eginez. Beraz, esku-hartzeak zerbitzu-ematearen emaitzetan ekarpena egiteaz gain, tokiko jabetza, erakundeen arteko koordinazioa eta komunitatearen erresilientzia indartzen ere lagundu zuen. Nabarmentzekoa da egiturazko erronka garrantzitsu batzuek bere horretan jarraitu zutela, , horien artean medikamentu-eskasia, osasun mentalaren eta GBVren inguruko estigma iraunkorra, garraio-oztopoak eta osasun-sistema zabalagoaren mugak. Hala ere, inplementazio orokorrak nabarmen egin zuen aurrera hiru esku-hartze eremuetako errefuxiatu-populazioentzat duinak, integratuak eta bizirik atera direnen beharretan zentratutako zerbitzuak lortzeko bidean.

Kongoko, Hego Sudango, Somaliako eta beste errefuxiatu-populazio batzuen osasun-egoera eta osasun sexual eta erreproduktiboa hobetzeko helburu espezifikoa, genero-indarkeria sexual eta sexista giza eskubideen urraketa gisa nahiz osasun publikoko arazo gisa jorratuz, neurri handi batean lortu zen. Beste hauekin lotuta: **I.O.V.1.O.E**, esku-hartzeak arrakastaz zabaldu zuen osasun-zerbitzu integratuetarako sarbidea, arreta berezia jarriz SRH, osasun mentala, laguntza psikosoziala, GBV prebentzioa eta erantzuna, eta komunitatean oinarritutako babes-sistemetan. Osasun-zerbitzu finkoak, landa-lanerako talde mugikorak, zaintza espezializaturako erreferentziak, komunitate-sentsibilizazioa, laguntza psikosozialeko esku-hartzeak eta bizirik atera direnentzako laguntza juridiko eta psikologikoa uztartuz, proiektuak lehendik errefuxiatu-komunitateen arteko arreta integralerako sarbidea mugatzen zuten oztopo kritikoei erantzun zien.

Honako honekin lotuta: **I.O.V.2.O.E** eta **I.O.V.3.O.E**, Interbentzioak, halaber, osasun-langileen, komunitateko liderren eta komunitate-egituren gaitasunak indartu zituen, genero-indarkeriaren (GBV) kasuak eta babes-alorreko beste kezka batzuk identifikatzeko, prebenitzeko, bideratzeko eta horiei erantzuteko. Bideratze-protokoloak zabaltzeak, komunitate-batzordeak indartzeak, erantzukizun- eta feedback-sistemak ezartzeak eta osasun, babes eta komunitateko eragileen arteko koordinazioa sendotzeak erantzun-esparru egituratuago eta integralagoa lortzen lagundu zuten. Aldi berean, sentsibilizazio-jarduerek errefuxiatuen komunitateen ezagutza hobetu zuten eskuragarri daudenerbitzuei, bideratze-bideei, eskubideei, genero-berdintasunari eta indarkeriaren prebentzioari dagokienez, eta, horrela, arreta goiztiarrago bilatzea eta zerbitzuak gehiago erabiltzea sustatu zuten.



Garrantzitsua da azpimarratzea proiektuak moldagarritasuna erakutsi zuela hiriguneetako eta kokagunetako errealitate desberdinetara. Kyaka II eta Adjumani kokaguneetan, interbentzioak, batez ere, funtsezko osasun-laguntzarako sarbidea, gaixotasun infekziosoen prebentzioa, dibulgazio-zerbitzuak eta komunitatean oinarritutako sistemak hobetzera bideratu ziren, geografikoki sakabanatuta dauden kokaguneetan. Kampalan, interbentzioak gero eta gehiago erantzun zien hiri-errefuxiatuen populazioari eragiten dieten gaixotasun kronikoen zama gero eta handiagoari, angustia psikosozialari, miel-osasuneko egoerei eta genero-indarkeriako kasu konplexuei. Testuinguru-egokitzapen honek interbentzioaren garrantzia areagotu zuen eta erantzuteko gaitasuna hobetu zuen ahultasun espezifikoaren aurrean operazio-eremu bakoitzean. Gainera, bat etorri **I.O.V.4.O.E**, rekin, interbentzioak parte-hartze, erantzukizun eta koordinazio mekanismoak indartu zituen komunitate-batzordeen, elkarrizketa-plataformen, feedback-sistemen eta erakundeen arteko koordinazio-egituren bidez, laguntza humanitario gardenagoa, parte-hartzaileagoa eta komunitatean zentratuagoa lortzen lagunduz..

Interbentzioak testuingururako egokitzapena erakutsi zuen hiru operazio-eremuetan, Kampala, Kyaka II eta Adjumani kokaguneetako errefuxiatuen osasun, babes eta errealitate psikosozial bereziei erantzunez. Kampalan, proiektuak gero eta gehiago heldu zien hiri-errefuxiatuek dituzten erronka konplexuei, besteak beste, osasun-laguntzarako sarbide zatikatua, gastu zuzen altuak, gaixotasun kronikoak, angustia psikosoziala, miel-osasuneko egoerak eta pobrezia, gizarte-isolamenduari eta bizi-baldintza segurtasungabeei lotutako babes-arazoak. Kyaka II-n, interbentzioa funtsezko osasun-laguntzarako, ama-haurren osasun-zerbitzuetarako, gaixotasun infekziosoen prebentziorako eta komunitatean oinarritutako dibulgazio-sistemarako sarbidea hobetzera bideratu zen gehiago, distantzia eta zerbitzuen estaldura mugatua oztopo nagusi ziren kokagune geografikoki sakabanatu batean. Adjumanin, proiektuak urruneko kokagune-testuinguruei lotutako ahultasunei, agerraldi-arrisku errepikariei, zerbitzu espezializatuetarako sarbide ahulari eta desplazatutako populazioen behar psikosozial handiei erantzun zien, eta, aldi berean, komunitate-mailako sentsibilizazio-, bideratze- eta babes-mekanismoak indartu zituen. Ikuspegi berezi honek nabarmen areagotu zuen interbentzioaren garrantzia eta egokitasuna hiru kokalekuetan.

Interbentzioaren indargune nagusietako bat aplikazio-eredu mailakatua izan zen; eredu horrek komunitate-egiturak, dibulgazio-zerbitzuak, osasun-zentroak, bideratze-sistemak, zerbitzu psikosozialak eta erakundeen arteko koordinazio-mekanismoak lotu zituen. Horrek hainbat sarrera-puntu sortu zituen errefuxiatuek laguntza jaso ahal izateko, eta, aldi berean, prebentzioa, sentsibilizazioa, identifikazio goiztiarra, bideratzeak eta



arretaren jarraitutasuna indartu zituen. Interbentzioak bat-egite sendoa erakutsi zuen sistema nazionalekin eta koordinazio humanitarioko mekanismoekin, jasangarritasuna eta tokiko jabekuntza indartuz.

Interbentzioaren beste indargune nagusi bat ikuspegi estrategiko bateratua eta ezarpen-ikuspegi malgu eta testuinguruarekiko sentikorak uztartzeko gaitasuna izan zen, askotariko ingurune humanitarioetan. Proiektuak arreta osasun-laguntza integralean, osasun sexual eta erreproduktiboan (SRH), miel-osasunean, genero-indarkeriaren prebentzioan eta erantzunean, erantzukizunean eta komunitatearen parte-hartzean mantendu zuen arren, operazio-ikuspegiak kokaleku bakoitzeko errealitatearen arabera eboluzionatu zuen. Kyaka II eta Adjumani kokaguneetako interbentzioak dibulgazio-sistema mugikorretan, komunitate-egituretan, sentsibilizazio-jardueretan eta bideratze-koordinazioan oinarritu ziren gehiago, geografiaren, azpiegituraren eta zerbitzuen erabilgarritasun mugatuaren ondoriozko oztopoei aurre egiteko. Aitzitik, Kampalan, interbentzioak hiri-sistema zatikatuetan nabigatzera, bideratzeak indartzera, gaixotasun kronikoei eta miel-osasunari erantzutera eta hiri-errefuxiatuei eragiten dieten gizarte- eta babes-ahultasun konplexuagoei erantzutera bideratu ziren gero eta gehiago. Moldagarritasun horrek proiektuaren eraginkortasun orokorra areagotu zuen eta eskubideetan oinarritutako, bizirik ateroen zentratutako eta komunitateak bultzatutako programazio humanitarioko printzipioekiko lerrokadura sendotu zuen.

Proiektua gehiago nabarmendu zen parte-hartzeari eta erantzukizunari emandako garrantziagatik. Errefuxiatuen komunitateak ez ziren onuradun huts gisa tratatu, baizik eta parte-hartzaile aktibo gisa, komunitate-batzordeen, elkarrizketa-saioen, monitorizazio-egituren, VHT sareen eta erantzukizun-mekanismoen bidez. Parte-hartze ikuspegi horrek konfiantza, komunitatearen onarpena eta sortzen ari diren beharrei erantzuteko gaitasuna indartu zituen, gardentasun eta inklusio handiagoa lortzen laguntzearekin batera.

Gorago aipatutako indarguneak gorabehera, muga sistemiko iraunkorrek errefuxiatuek osasun-laguntza eta babes-zerbitzuak jasotzeko zuten aukeran eragiten jarraitu zuten, , hornigaien eskasia, zerbitzu-eskari handia, ahultasun ekonomikoak, estigma eta bideratze-sistema zabalagoen barruko ahuleziak barne. Nolanahi ere, eskuragarri dauden frogak adierazten dute interbentzioak ekarpen garrantzitsua egin zuela osasun-laguntza integraturako sarbidea hobetzeko eta proiektuaren hiru kokalekuetan errefuxiatuentzako babes- eta laguntza-mekanismoak indartzeko.

Hiru operazio-eremuetan, interbentzioak oinarri garrantzitsuak sortu zituen epe luzerako hobekuntzak lortzeko osasun-sarbidean, genero-indarkeriaren



prebentzioan eta erantzunean, miel-osasuneko laguntzan eta komunitatearen erresilientzian. Ingurune humanitarioko eta osasun publikoko egitura-mugak nabarmenak izaten jarraitzen duten arren, proiektuak komunitate- eta erakunde-sistema sendoagoak ezarri zituen horiek lagundu dezakete Ugandako errefuxiatuentzat erantzun koordinatuagoak, inklusiboagoak eta eskubideetan oinarritutakoak ematen.. Oro har, proiektuak garrantzi estrategikoa eta koherentzia lortu zituen osasun-zerbitzuen ematea, babesa, laguntza psikosoziala, komunitatearen konpromisoa, erantzukizuna eta erakundeak indartzea esparru bakar eta kohesionatu batean integratuz. Interbentzioa zerbitzu-emate hutsaren ikuspegitik harago joan zen errefuxiatu-populazioei, bereziki emakumeei, haurrei, nerabeei eta sexu- eta genero-indarkeriaren biktima diren bizirik ateroeak, aurre egiteko lotutako ahultasun-faktoreei.

4.2. Lorpena aurreikusitako emaitzak eta ondorioak

1. emaitza: Funtsezko osasun-laguntzaren estaldura, irisgarritasuna eta kalitatea areagotzea Kampala, Kyaka II eta Adjumani-ko erpakatutako populazioaren artean, osasun mentalean eta osasun sexual eta erreproduktiboan arreta jarritz, eta indarkeria sexualaren eta genero-indarkeriaren selatzaileentzat arreta segurua eta egokia bermatuz.

Oro har, 1. emaitza maila altuan lortu zen hiru esku-hartze eremuetan. Esku-hartzeak nabarmen handitu zuen funtsezko osasun-laguntzarako, osasun sexual eta erreproduktiboko zerbitzuetarako, osasun mentaleko eta laguntza psikosozialeko zerbitzuetarako, erreferentziazko arretarako eta komunitateko dibulgazio-zerbitzuetarako sarbidea Kampala, Kyaka II eta Adjumani-ko errefuxiatuen artean. Emaitza honen pean dauden adierazle gehienek aurreikusitako helburuak bete edo nabarmen gainditu zituzten, eta horrek erakutsi du inplementazio-errendimendu sendoa eta esku-hartzeak hiri- zein kokaleku-inguruneetako behar humanitario eta osasun publikoko beharrian anitzei erantzuteko duen gaitasuna.

1. emaitza lortzeko bidea osagai hauen konbinazioaren bidez bultzatu zen: osasun-zentroetako laguntza, botiken eta hornigai medikoen hornidura, mugikorretako dibulgazio-talde integratuen hedapena, erreferentziak koordinatzeko sistemak, osasun mentaleko eta laguntza psikosozialeko esku-hartzeak, osasun-langileen trebakuntza, eta erreferentzia- eta koordinazio-mekanismoen indartzea. Esku-hartzeak operazio-eremuen araberrako testuingurura egokitzeko gaitasuna ere erakutsi zuen. Kyaka II-n eta Adjumani-n, esku-hartzeak batez ere funtsezko osasun-laguntzarako sarbidea, gaixotasun infekziosoen prebentzioa, ama eta haurren osasun-zerbitzuak eta kokalekuetan oinarritutako dibulgazio-sistemak hobetzera



bideratu ziren. Kampalan, esku-hartzeak gero eta gehiago erantzun zien hiri-errefuxiatuengan eragina duten gaixotasun kronikoen zama handiari, estres psikosozialari, osasun mentaleko egoerei, egoera ortopedikoei eta erreferentzia-behar konplexuei.

1.1. jarduera. Errefuxiatuen beharretara egokitutako funtsezko botikak eta mediku-hornigaiak ematea, batez ere ama- eta haur-hilkortasuna murrizteko eta OSErako eta sexu-indarkeriara bideratutako arreta klinikorako.

Jarduera horrek asko lagundu zuen errefuxiatuen arteko osasun-zerbitzuen irisgarritasuna, estaldura eta kalitatea hobetzen, hiru operazio-eremuetan osasun-zentroen gaitasuna indartuz eta botiken hornidura-eteteak murriztuz.

Esku-hartzea Kampala Capital City Authority-rekin (KCCA) eta Kyegegwa eta Adjumani-ko Osasun Bulegoekin batera egindako ebaluazioekin hasi zen, errefuxiatuei arreta ematen dieten osasun-zentroetan eragin handiena duten gaixotasunak, lehentasuneko hutsuneak eta botiken hornidura-etete errepikakorrak identifikatzeko. Ebaluazioek genero-ikuspegia eta bizirik atera direnen ardatza txertatu zuten, arreta berezia jarriz amaren osasunari, OSEari, osasun mentalari eta sexu-indarkeriaren eta genero-indarkeriaren biktimentzako arretari. Erosketa-prozesuak hornitzaileen hautaketa-prozedura lehiakideen bidez egin ziren, erosketa-gidalerroei jarraituz. Botikak eta mediku-hornigaiak baimendutako hornitzaileen bidez erosi ziren, besteak beste Henber Pharmacy, Tavo, Ronjo Diagnostics LTD, Pharmacy Company Limited eta Abacus Pharma Africa LTD. Banaketa-sistemak OPM, OCHA eta UNFPAREN gidalerroekin lerrokatu ziren, eta stocken kudeaketa eta kontu-emate sistemak indartu egin ziren babestutako osasun-zentroetan.

Lotutako adierazlea: I.O.V.1.R.1.

1. xedea: Gutxienez 10.600 errefuxiatuk (6.500 Kyaka II-n, 3.000 Kampalan eta 1.100 Adjumani-n) jasotzen dute mediku-arreta eta botikak osasun-zentroetan.

Lorpena: Guztira 23.596 errefuxiatuk jaso zuten mediku-arreta eta botikak babestutako osasun-zentroen bidez; horien artean, 8.505 errefuxiatu Kyaka II-n, 3.219 Kampalan eta 11.872 Adjumani-n.

Esku-hartzeak nabarmen gainditu zuen hasierako osasun-estalduraren helburua. Kyaka II-n eta Adjumani-n, botikek batez ere malariaren, pneumoniaren, beherakoaren, amaren eta haurren osasun-egoeren eta gaixotasun infektzioen agerraldien tratamenduan lagundu zuten, baita OSEari eta GIBari lotutako zerbitzuak indartzen ere. Kampalan, botiken

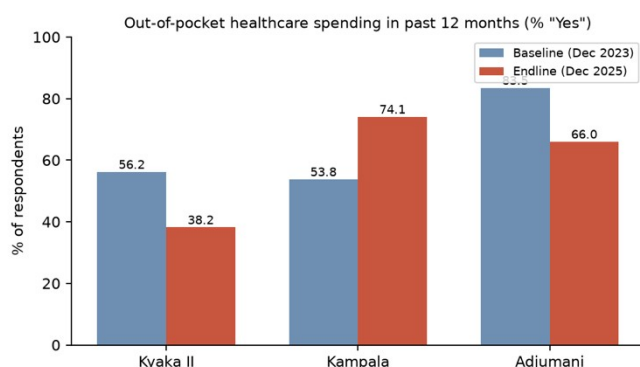


erosketak gero eta gehiago erantzun zien hiri-errefuxiatuen gaixotasun kronikoei, egoera ortopedikoei eta osasun mentalari lotutako beharrei.

Jarduerak osasun publikoko mehatxuen (Ebola, Mpox eta Krimea-Kongoko sukarrak hemorragikoa barne) aurreko prestakuntza- eta erantzun-gaitasunak ere indartu zituen, saneamendu-materialak, infekzioak prebenitzeko hornigaiak eta diagnostiko-produktuak emanez.

Esku-hartzeak botiken stock-etenekin lotutako osasun-sarbiderako oztopoak murrizten lagundu zuen, bereziki populazio kalteberen artean, hala nola emakumeak, bost urtetik beherako haurrak, genero-indarkeriaren biktima diren pertsonak eta arreta kronikoa behar duten pertsonak.

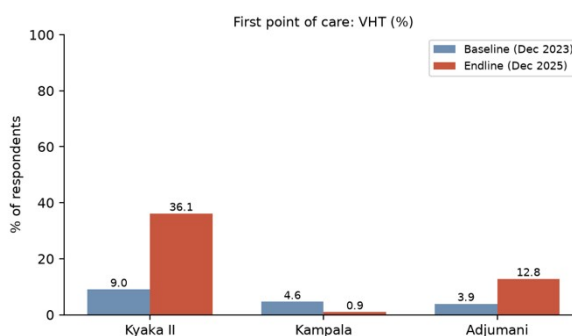
Oinarrizko lerroko eta lerro amaierako aldaketak



Etxeetako inkestek osasun-laguntza bilatzeko patroieta eta botiken erabilgarritasunaren pertzepzioan aldaketa nabarmenak jaso zituzten oinarrizko lerroaren (n=815: Kyaka II 310, Kampala 253, Adjumani 252) eta lerro amaieraren (n=796: Kyaka II

327, Kampala 271, Adjumani 198) artean. Azken 12 hilabeteetan osasunean norberaren poltsikotik egindako gastua nabarmen jaitsi zen hiru gunetatik bitan —% 56,2tik % 38,2ra Kyaka II-n eta % 83,5etik % 66,0ra Adjumani-n—, proiektuak babestutako zentroetan stock-etenak murrizteko egindako ekarpenarekin bat etorritz. Kampalan, ordea, osasun-gastua izan dutela adierazi dutenen proportzioa % 53,8tik % 73,6ra igo zen, hiri-errefuxiatuen osasun-beharren izaera pribatuagoa eta arreta kronikora bideratuagoa dela

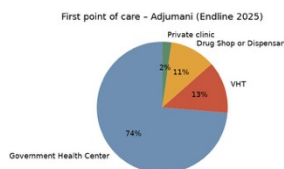
islatuz, eta proiektuaren erosketak gero eta gehiago horretara zuzendu ziren. Gobernuko Osasun Zentro batean edo VHT (Komunitateko Osasun Talde) batean arreta bilatu zutenean tratamendua jaso zutenen proportzioa igo egin zen Kyaka II-n (% 94,4→% 98,9) eta batez ere Kampalan (% 87,3→% 100,0); horrek adierazten du babestutako sarrera-puntuetan botiken eta hornigaien berehalako eskuragarritasuna hobetu dela. Botiken pertzepziozko eskuragarritasuna (5 puntuko eskala) egonkor mantendu zen Kyaka II-n (3,10→3,14), baina behera egin zuen Kampalan (3,65→2,80) eta



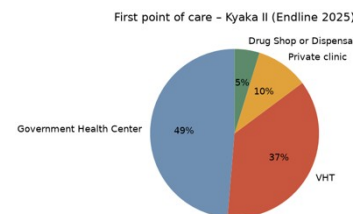
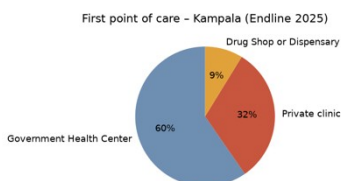
Adjumani-n (3,22→2,94), eskariaren hazkundera eta proiektuaren ekarpenak egon arren dirauen hutsuneak islatuz. Gaixorik egotean lehenik Gobernuko Osasun Zentro batera jo zutenen portzentajea gutxitu egin zen hiru guneeetan —nabarmenen Kyaka II-n (% 80,4→% 48,2)—; aldi berean, VHTen erabilera lehen kontaktu gisa igo zen (Kyaka II % 9,0→% 36,1; Adjumani % 3,9→% 12,8), eta horrek proiektuak indartutako komunitatean oinarritutako zerbitzu-puntuetarako zeregin-transferentzia arrakastatsua adierazten du.

KII/FGD ikuspegiak

Hornidura-hutsune laburrak arintzea Ebidentzia kualitatiboak sendo berresten du aurkikuntza kuantitatiboa: proiektuak arrakastaz arindu zituen osasun-gastu pribatuak, zehazki kokaleku-inguruneetan. Bai osasun-langileek bai komunitateko kideek adierazi zuten esku-hartzearen hornidura-erreserben aurretik, maizko stock-etonek errefuxiatuak funtsezko botikak beren kabuz erostera behartzen zituztela. Hala ere, bazkide implementatzaileek (AHA eta EMESCO) hornigaien zuzeneko hornidura egiteak funtsezko segurtasun-sareak ezarri zituen. Erizain psikiatriko batek adierazi zuenez, *"Botika hauek, PrEP bezalakoak... beharrezkoak dira kasuak kudeatzeko. Eta stockik gabe geratzen zarenean... kasuari eragiten dio"* (KII, Erizain Psikiatrikoa, AHA). Hutsune horiek betez, proiektuak osasun-sarbidea bermatu zien kaltetueneren artean.



Hiri eta kokaleku arteko desberdintasunak arreta-bilaketan. Aitzitik, Kampalan poltsikoko gastua handitu egin zen; ikuspegi kualitatiboek egoera hori hiriko osasun-eskarien izaera konplexuari eta arreta kronikoari egozten diote, kokalekuetan lehen mailako arretara bideratutako ikuspegiarekin alderatuta. Hiriko pazienteak askotan gaixotasun ez-kutsakorrekina joaten ziren, eta horiek proiektuaren funtsezko botiken hornidurak beti estali ezin zituen botika espezializatu eta garestiak behar zituzten. Hiriko inkestatu batek gaixotasun espezifikoetarako analgesiko generikoak jasotzearen frustrazioa azpimarratu zuen: *"Agian buruko mina duzu. Horretan lagun dezakeen zerbait ematen dizute, baina ez dizute hartu behar duzun botika espezifikoa ematen"* (FGD, Gizonak, Kampala). Era berean, kokaleku bateko komandante batek muga hori berretsi zuen: *"funtsezko botikak... baina zer gertatzen da gaixotasun konplexuetarako beste botikekin?"* (KII, Kokalekuko Komandantea, OPM,



Adjumani"). Ondorioz, VHTek lehen erantzule gisa duten gaitasunak modu eraginkorrean xurgatu zituen komunitateetako ohiko lehen mailako arretako beharrak, baina morbiditateen kudeaketa aurreratua behar zuten hiri-errefuxiatuek finantza-zama handiei aurre egiten jarraitu zuten.

1.2. jarduera. Kampala-ko ospitale nazionaletan proba mediko seguruak ematea Kyaka II, Kampala eta Adjumani kokaguneetatik bidalitako errefuxiatuentzat

Jarduera honek espezializatutako diagnostiko-zerbitzuetarako eta erreferentziazko osasun-arretarako sarbidea indartu zuen kokaguneetako eta maila baxuagoko osasun-zentroen gaitasunetik harago ikerketa mediko eta tratamendu aurreratuak behar zituzten errefuxiatuentzat.

Interbentzioak erreferentziak koordinatzeko sistema egituratuak ezarri zituen, barne hartuta erreferentzien triajea, hitzorduen antolaketa, garraiorako laguntza, mediku-aterpetxe bidezko ostatua, jarraipenaren koordinazioa eta Kampala-ko erreferentzia-ospitale nazionaletatik eta diagnostiko-zentro espezializatuekiko loturak. Larrialdiko kasuak eta osasun mentalekoak lehenetsi egin ziren erreferentzia-sistema bizkorren bidez; hautazko erreferentziak, berriz, honela kudeatu ziren: kokaguneetako bazkideek eta erreferentzia-koordinatzaileek parte hartzen duten programatutako koordinazio-mekanismoen bidez. Era berean, interbentzioak garraioa, ostatua eta arreta-jarraitutasuna bermatu zituen jarraipen luzea eta espezialisten azterketa-zerbitzuak behar zituzten pazienteentzat. Erreferentzia-sistemak indartu egin ziren AHA-ren, kokaguneetako bazkideen, erreferentzia-ospitaleen, AIRD-ren eta laborategi espezializatuen arteko koordinazioaren bidez.

Lotutako adierazlea: I.O.V.2.R.1.

Helburua: Gutxienez 1.500 errefuxiatu bideratzea Kampala-ko erreferentzia-ospitale nazionaletara proba mediko, analisi eta diagnostiko seguruak egitera.

Lorpena: Guztira 1.780 errefuxiatu jaso zuten laguntza proba mediko eta diagnostiko espezializatuetarako erreferentzietan; horietatik, gutxi gorabehera % 59 emakumeak eta bost urtetik beherako haurrak izan ziren.

Proiektuak aurreikusitako erreferentzia-helburua gainditu zuen, eta Uganda osoko errefuxiatuen osasun-arreta espezializaturako sarbidea nabarmen indartu zuen. Erreferentziak Kyaka II, Kampala eta Adjumani-tik sortu baziren ere, interbentzioak beste kokagune batzuetako errefuxiatuei ere eman zien laguntza,, besteak beste, Rwamwanja, Palorinya, Kyangwali eta Nakivale-koei. Erreferentzia-kasuen proportzio handienak honako hauek izan ziren: minbiziarekin lotutako gaixotasunak (468 kasu), gihar-eskeletoko



nahasmenduak (393 kasu), gaixotasun kardiobaskularrak (203 kasu), nahasmendu neurologikoak (142 kasu), nefrologia eta urologia gaixotasunak (104 kasu) eta gastrointestinalak (99 kasu). Aurkikuntza horiek errefuxiatuen artean gaixotasun kronikoen, egoera mediko konplexuen eta osasun-arreta espezializatuaren premia gero eta handiagoa dela nabarmendu zuten.

Aldaketa geografikoak agerikoak izan ziren eremu operatiboetan. Kyaka II eta Adjumani bezalako kokaguneetan, erreferentziak maiz lotu ziren espezialista gutxi egotearekin eta tokiko osasun-zentroetako diagnostiko-gaitasunaren eskasiarekin. Kampala-n, erreferentzia-sistemek gero eta gehiago erantzun zieten hiri-errefuxiatuen osasun-behar konplexuei, besteak beste gaixotasun kronikoei, lesio ortopedikoei, osasun mentaleko baldintzei eta diagnostiko-eskakizun aurreratuei. Jarduerak erreferentzia-sistemaren barruko efizientzia hobetzen ere lagundu zuen, egiaztapen-mekanismoak indartuz, egokia zenean maila baxuagoko zentroen erabilera areagotuz eta alderantzizko erreferentzia-ikuspegiak ezarriz, espezialistak kokaguneetara hurbildu zitezten.

Oinarrizko lerroaren eta amaierako lerroaren arteko aldaketak

Amaierako datuek aurrerapen neurgarria erakusten dute mediku klinikoengatiko sarbidean, bereziki Adjumani-n, non azken 12 hilabeteetan mediku edo profesional kliniko batengana sartzeko zailtasunak jakinarazi zituzten erantzuleen proportzioa % 42,7tik % 30,9ra jaitsi zen. Kyaka II-n eta Kampala-n adierazleak bere horretan jarraitu zuen (% 34,3→% 39,3 eta % 42,3→% 44,7 hurrenez hurren), eta hori bat dator espezialisten gabezi iraunkorrekin; izan ere, erreferentzia-bidea gabezia horiei erantzuteko diseinatuta dago, ez tokiko mailan desagerrarazteko. Barneko zerbitzuen, triajearen eta anbulantzia-zerbitzuen batez besteko balorazioak Likert eskalen bidez jaso ziren bi txandetan, baina aldaketarik eragingarriena amaierako lerroan erreferentzia-motako laguntzari emandako babes sendoa da: proiektuak 1.780 erreferentzia espezializaturi buruz (helburua 1.500 zen) emandako monitorizazio-datuekin konbinatuta, inkestaren frogak ondorio hau babesten du: erreferentzia-laguntzak partzialki konpentsatu zituela espezialista-eskasia konpondu gabeak lehen mailan, batez ere Adjumani-n.

KII/FGD ikuspuntuak

Diagnostiko-hutsuneak koordinazioaren bidez betetzea Erreferentzia-mekanismo egituratu bat ezartzeak errefuxiatuen osasun-azpiegituran zegoen funtsezko hutsune bati erantzun zion. Interesdunek adierazi zuten, interbentzioaren aurretik, diagnostiko aurreratuak, kirurgiak edo minbiziaren tratamendua behar zituzten errefuxiatuek oztopo logistiko eta

finantzario itzelak zituzten. Proiektuak garraio segurua, ostatua eta zentro nazionaletan hitzorduak izateko emandako laguntzak zuzenean lagundu zuen erreferentzia-helburuak gehiegi betetzen. AHA-k kudeatutako mediku-hostel bat Kampala-n tratamendua egiten ari ziren landa-eremuko errefuxiatuentzako funtsezko erdibideko puntutzat aipatu zen maiz. Komunitateko kide batek gogoratu zuenez: "*Lau hilabetez egon ziren Kampala-n. AHA haietaz arduratzen ari zen eta Mulago ospitalean zeuden*" (FGD, Emakume Bizirauleak, Kyaka II).

Hirian nabigatzeko eta sistemetan jarraitzen duten erronkak: Hobekuntza nabarmenak izan arren, kontakizun kualitatiboek erakusten dute erreferentzia-begizta jarraitzea eta ixtea oztopo handiak izaten jarraitzen dutela. Inprimaki osatugabeek eta ospitale hartzaileetako langile-txandaketuek maiz eten zuten kasuen kudeaketa integralerako beharrezkoa den feedback-kaskada. Gainera, azkenaldiko finantzaketa-murrizketek hiri-koordinazioaren jasangarritasuna arriskuan jarri dute, eta tokiko osasun-langileak borrokan utzi dituzte. Ofizial kliniko batek bidearen haustura deitoratu zuen, esanez: "*Oraintxe bertan, erreferentzia-bidea arazo handi samarra da... ez daukagu laguntzen digun laguntza-sistematik*" (KII, Ofizial Klinikoa, MTI, Kyaka II). Horrela, interbentzioak tokiko espezialista-defizitak une batez eraginkortasunez saihestu bazituen ere, epe luzerako jasangarritasunak erakundeetan txertatze sakonagoa eskatzen du.

1.3. jarduera. Osasun-langileen prestakuntza gaixotasun kutsakorren prebentzioan eta ama-haurren eta Ugalketa eta Sexu Osasuneko (USO) arretan, sexu-erasoaren eta genero-indarkeriaren bizirauleei arreta segurua eta egokia bermatuz (osasun mentala barne)

Jarduera honen helburua zen osasun-langileen gaitasun teknikoa indartzea, hiru eremu operatiboetako errefuxiatuentzat kalitatezko osasun-zerbitzuak, genero-ikuspegidunak, eskubideetan oinarrituak eta kulturalki egokiak izan daitezen.

Prestakuntza-jarduerak osasun-zentro publikoetako, errefuxiatuei arretan ematen dieten zentro pribatuetako, erreferentzia-zentroetako eta komunitateko osasun-sistemako langileei zuzendu zitzaizkien. Prestakuntzek gai hauek landu zituzten: ama-haurren osasuna, gaixotasun infektiosoen prebentzioa, osasun mentalaren kudeaketa, USO zerbitzuak, genero-indarkeriaren kasuen kudeaketa, jaio aurreko eta ondorengo arreta, bularreko eta umetoki-lepoko minbiziaren baheketa, biziraunlean zentratutako erantzuna eta erreferentziak koordinatzeko sistemak.

Gaitasun teknikoak zein aplikatutako trebetasun klinikoak indartzeko, metodologia partizipatiboak erabili ziren, besteak beste, simulazioak, kasu-azterketak, eztabaidak, talde-lanak, rol-jokoak eta erakustaldi praktikoak.



Lotutako adierazlea: I.O.V.3.R.1.

1. helburua: 60 osasun-profesionalatik % 75ek prestakuntza-ikastaro espezializatuetan parte hartzea eta eskuratutako ezagutzak aplikatzea.

Lorpena: Guztira 241 osasun-profesionalek parte hartu zuten prestakuntza-jarduera espezializatuetan, eta prestakuntza ondorengo ebaluazioek ezagutza teknikoetan eta gaitasunetan hobekuntza nabarmena erakutsi zuten. (batez besteko test-osteko puntuazio guztiak igo ziren)

Interbentzioak asko gainditu zuen osasun-langileak gaitzeko hasierako helburua. Prestakuntza-estaldura hasierako proiektioetatik haratago zabaldu zen, eskaera handiagatik eta errefuxiatuen populazioei zerbitzua ematen dieten osasun-zentroetan identifikatutako gaitasun-hutsuneei esker.

Kampalan, prestakuntzak hiriko errefuxiatuen osasun-erronketan jarri zuen arreta handia, besteak beste jaio aurreko eta ondorengo zaintzan, familia-plangintzan, minbiziaren baheketan, indarkeria generikoaren (IG) kasuen kudeaketan eta bizirik suertatu direnen ardatz diren zainketa-ikuspegietan. Kyaka II-n, arreta gaixotasun infekziosoen prebentzioari, ama-haurren osasunari eta kokaleku espezifikoko osasun-erronkei lotuago zegoen. Adjumani-n, prestakuntzek epidemien aurreko prestasuna, infekzioen prebentzioa eta kontrola, osasun mentaleko baheketa eta IG kasuen kudeaketa kliniko nabarmendu zituzten, poliziarekin eta babes-eragileekin koordinatzea barne.

Prestakuntza aurreko eta ondorengo ebaluazioek etengabe erakutsi zituzten hobekuntza handiak ezagutza teknikoan, prestakuntza-gai eta eremu operatibo guztietan. Prestakuntzek, halaber, osasun-hornitzaileen, babes-eragileen, poliziaren, erreferentzia-sistemen eta komunitate-egituren arteko koordinazioa indartu zuten.

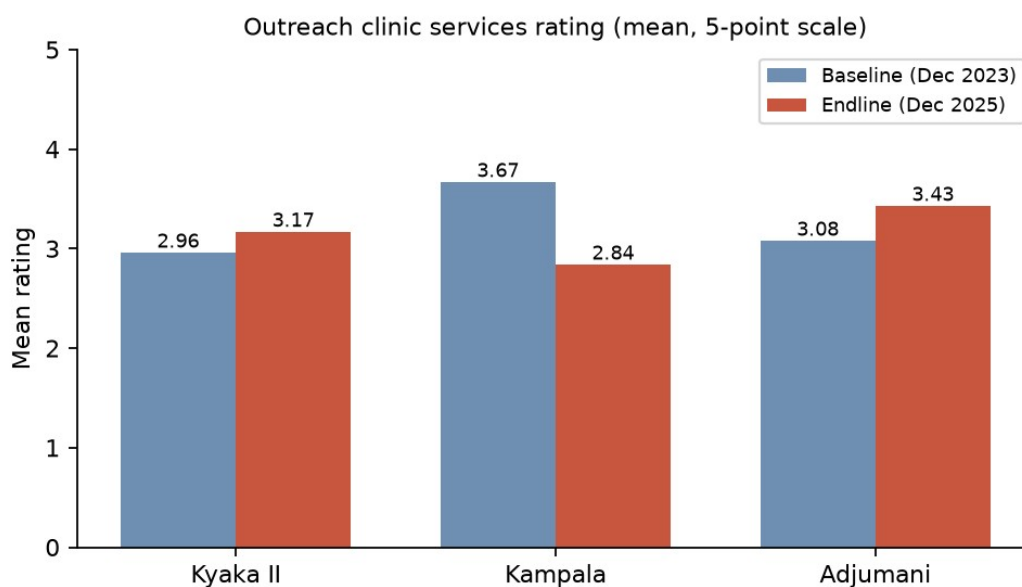
Lorpen horiek lortu arren, osasun-zentroetako langileen txandakatze handiak gaitasun instituzionalaren jarraitutasunari eragiten dion erronka handia izaten jarraitu zuen. Parte-hartzaileek, era berean, etengabeko birziklatze-prestakuntzaren, tutoretzaren eta tresna klinikoan, erreferentzia-materialen eta hornidura medikoen eskuragarritasun handiagoaren beharra identifikatu zuten.

Hasierako/Amaierako aldaketak

Hornitzaileen portaerari buruzko komunitate-mailako pertzepzioek — prestakuntza-sortaren helburuko kalitate-dimentsioen adierazle gisa— mugimendu mistoa baina, oro har, positiboa erakutsi zuten. Hornitzaileek pazienteei beren zainketari buruzko iritzi/sinismenei buruz galdetzeko maiztasunak hobera egin zuen Kyaka II-n (batez bestekoa 2,84→3,28 5



puntuako eskalan) eta Kampalan (3,27→3,48), eta egonkor mantendu zen Adjumanin (3,22→3,19). Pazienteen osasun-beharrak ulertzeko interpreteen erabilera hobetu egin zen Kampalan (% 85,5→% 94,0), baina behera egin zuen Kyaka II-n (% 76,8→% 54,1) eta Adjumanin (% 91,5→% 85,6), prestakuntza eman arren irauten duten hizkuntza-bitartekaritzako hutsuneak adieraziz. Aholkularitzaren, familia-plangintzaren, amatasunaren eta VHT (Herrietako Osasun Taldeak) zerbitzuen Likert eskalako balorazioak, oro har, 3,5/5etik gorakoak izan ziren amaieran Kampalan eta Adjumanin, eta Kyaka II apur bat baxuagoa —prestakuntzaren enfasiari dagokionez koherentea (IGaren kudeaketa/hiriko minbizi-baheketa Kampalan; epidemien aurreko prestasuna eta IGaren kudeaketa klinikoa Adjumanin) eta Kyaka II-n hedatu berri diren langileek langileen txandatzearekin lotutako kalitate-beherakadak jasaten jarraitzen dutela azpimarratzen duena.



KII/FGD perspektibak

Konfiantza eta Gaitasun Kliniko Hobetua Datu kualitatiboak bat datoz prestakuntza-ekimen espezializatuen ondoren jakinarazitako ezagutza-hobekuntzekin. Osasun-langileek eta bazkide betearazleek nabarmendu zuten gaitasunak indartzeak langileak ahaldu zituela gai sentikorrek segurtasunez kudeatzeko, batez ere IGaren aurreko erantzun klinikoak. Interbentzioaren aurretik, zentro askotan azterketa forentseak egiteko edo bortxaketa osteko berehalako zaintza emateko behar zen langile espezializatua falta zen. Prestakuntzaren ondoren, erantzuteko gai diren pertsonen kopuruak gora egin zuen nabarmen. IGko ardatz den pertsona batek gogoratu zuenez, "*Lehen, gaitasuna zuten sei bat osasun-langile genituen... baina iaizko prestakuntzaren ondoren, kopuruak 12raino igo zen*" (KII, IGko ofiziala MTI, Kyaka II).



Komunikazio eta Sistema Oztopo Iraunkorrak Gaitasun klinikoek hobera egin bazuten ere, inkestak hornitzaileen portaerari buruz emandako emaitza mistoak transkripzioetako kontakizunetan islatzen dira. Bizirik irten denaren ardatz den zaintzaren aplikazioa partzialki oztopatuta dago oraindik gabezia sistemikoengatik, batez ere langileen txandatzeagatik eta hizkuntza-oztopoengatik. Erantzun dutenek azpimarratu zuten kalitatezko zaintza komunikazio argiaren mende dagoela, baina zentro askok interprete gabeziarekin borrokan jarraitzen dute oraindik, eta horrek pazienteen esperientzia kaltetzen du. "*Interprete gehiago behar ditugu... gabezi handia dugu,*" onartu zuen erizain psikiatriko batek (*KII, Erizain Psikiatrikoa, AHA*). Era berean, geratzen diren langile gutxi batzuen neke handiak, batzuetan, pazienteekiko topaketa txarrak eragin zituen; horrek adierazten du prestakuntza eraginkorra bada ere, maiz baliabide-faltak eta hizkuntza-deskonexioek indargabetzen dutela.

1.4. Jarduera Osasun-protokoloa eta prozedura operatibo estandarrak osasun-langileen artean zabaltzea, onargarritasunaren, generoaren eta giza eskubideen osagaiak praktika klinikoan integratzeko ikuspegitik

Jarduera honek Kampala, Kyaka II eta Adjumani eremuetako osasun, babes eta erreferentzia-eragileen arteko erreferentzia-prozedura operatibo estandarren (SOP) eta koordinazio-mekanismoen ulermena eta implementazioa indartu zituen.

Interbentzioak erantzun egin zion erreferentzia-sistemetan zegoen presioari, erreferentzia desegokiek, erreferentzia-irizpideen ulermen mugatuak, koordinazio ahulak eta zerbitzu espezializatuen eskaera gero eta handiagoak eragindakoa. Zaintzako langileek, barrutiko agintariak, UNHCRek, OPMk, erreferentziako ospitaleek eta bazkide betearazleek parte hartu zuten zabalkunde- eta koordinazio-bileretan.

Lotutako adierazlea: I.O.V.3.R.1.

Helburua: Osasun-langileen artean jarduteko protokolo baten zabalkundea.

Lorpena: Erreferentzia-protokolo bat eta lotutako prozedura operatibo estandarrak zabaltu eta martxan jarri ziren hiru eremu operatiboetako osasun-interesdunen artean.

Guztira 42 interesdunek parte hartu zuten zabalkunde-saioretan Kampalan, 44k Kyaka II-n eta 20k Adjumanin. Jarduerak erreferentzia-irizpideei, dokumentazio-eskakizunei, koordinazio-erantzukizunei eta bizirik irten direnen ardatz diren erreferentzia-ibilbideei buruzko ulermen partekatua indartu zuen.

Interbentzioak, halaber, erreferentziako itogune nagusiak identifikatzen lagundu zuen, besteak beste espezialisten falta, garraio-oztopoak,



hornidura-mugak eta osasun-informazioko sistemen gabeziak. Eztabaidek gomendioak sortu zituzten erreferentzia-koordinazioa sendotzeko, lehenetsiak emateko prozesuak hobetzeko eta monitorizazio-sistemak indartzeko.

Jarduerak errefuxiatuen erreferentzia-sistemen barruan koordinazioa, estandarizazioa, erantzukizuna eta eraginkortasuna hobetzen lagundu zuen, eta, aldi berean, duintasunaren, genero-sentsibilitatearen, giza eskubideen eta osasun-zerbitzuetarako sarbide ekitatiboaren printzipioak indartu zituen.

Hasierako/Amaierako aldaketak

Protokoloarekin lotutako koordinazio-praktiken ezagutza erabili zen, komunitate-mailan, SOPen zabalkundearen ordeko adierazle gisa. Agentziek zerbitzuen kultur egokitasunari buruz komunitateko lidergoarekin duten konpromisoak gora egin zuen nabarmen Kampalan (% 73,8→% 89,8), baina behera egin zuen Kyaka II-n (% 77,0→% 53,1) eta Adjumanin (% 87,4→% 72,0); horrek iradokitzen du protokoloaren zabalkundea modu nabariagoan islatu zela hiriko koordinazio-egituretan kokaleku-mailako ohiko praktikan baino. Komunitateari hornitutako sendagaiei buruzko banaketa osteko bileretara bertaratzeak behera egin zuen gune guztietan (Kyaka II % 56,2→% 44,6; Kampala % 57,8→% 22,7; Adjumani % 67,5→% 63,5). Horrek adierazten du, hiru guneetan erreferentziazko SOPa 106 interesdunen artean martxan jarri zen arren, hornidura-kateei buruzko ondorengo komunitate-oharren begiztak ahuldu egin zirela —ebaluazioak jasangarritasun-planerako nabarmentzen duen hutsunea da hori.

KII/FGD perspektibak

Agentzien arteko sinergia indartua Prozedura operatibo estandarren (SOP) zabalkundeak arrakastaz sustatu zuen interesdunen arteko koherentzia hobetzea. Gune guztietako KII-ek (elkarrizketa sakonak) berretsi zuten osasun, lege eta psikosozial zerbitzuak protokolo integratuen barruan oinarritzeak zerbitzu-ematea nabarmen hobetu zuela. Bazkide betearazleek adierazi zuten koordinazio-bilera formalizatuek aurreko isolamenduak apurtu zituztela, agentzien arteko erreferentziak erraztuz. Bizirik irten direnen ardatz diren protokoloekin bat egitean, tokiko erakundeek IG kasuetarako zaintza-kate argiago bat ezarri zuten. "*Guztiaren amaieran, informazioa biltzeko eta zabaltzeko gai gara... izan ere, agian zure erakundearen aurkako kexaren bat egon bada, une horretan bertan jasotzen duzu galdera*" (KII, IGko ofiziala MTI, Kyaka II).

Politika komunitateko praktikara bihurtzea Hala ere, koordinazio instituzionalak gora egin zuen arren, lanerako prozedura estandar (SOP) horiek tokian tokiko ezagutza ukigarri bihurtzeak oztupoak aurkitu zituen.



Deribazio-bideei buruzko komunitate-mailako ulermenak, bereziki hornidura-kate medikoei dagokienez, behera egin zuela zirudien, eta horrek balioztatu egin zuen inkestak banaketaren osteko kontu-ematean erregistratutako beherakada. Tokiko buruzagiek adierazi zuten, goi-mailako protokoloak sendoak ziren arren, komunitateko kideek SOP horiek ulertzea eskatzen zuten beheranzko feedback-mekanismoak eskasak zirela batzuetan. Osasun publikoko ofizial batek protokoloen hedapena testuinguruan jartzeko beharra azpimarratu zuen: "*Zure bazkidearekin kolaboratu behar duzu, IParekin... eta gero, orain operazio-bazkide garenez, osasun-arloan IP nagusiarekin koordinatu behar duzu*" (KII, Osasun Publikoko Ofiziala, EMESCO, Adjumani). Azken finean, harmonizazio instituzionalak arrakasta izan bazuen ere, protokolo horien komunitate-integrazio sakonagoak etengabeko eskakizuna izaten jarraitzen du.

1.5 jarduera. Osasun-ekipo mugikorren koordinazioa, osasun-zerbitzuak eta miel-osasuneko zerbitzuak Kampala, Kyaka II eta Adjumani asislekueko errefuxiatu-populazioari hurbiltzeko

Jarduera hori 1. emaitzaren zerbitzu-emateko mekanismo garrantzitsuenetako bat bihurtu zen, eta nabarmen zabaldu zuen osasun-laguntzarako sarbidea geografikoki isolatuta, arreta eskasarekin eta kalteberatasun handian dauden errefuxiatu-populazioen artean.

Ekipo mugikorrek barrutiko agintariekin, osasun-zentroekin, komunitateko buruzagiekin, VHTekin, errefuxiatuen egiturekin eta erakunde bazkideekin koordinazio estuan jardun zuten. Ekipoek distantziarekin, garraio-kostuekin, gainpopulatutako zentroekin, osasun-zentroen itxierekin, hizkuntza-hesiekin eta zerbitzu espezializatu mugatuekin lotutako oztopo nagusiei aurre egin zieten.

Lotutako adierazlea: I.O.V.1.R.1.

2. helburua: 19.200 pertsona artatzea 240 osasun-ekipo mugikorren bidez.

Lorpena: Guztira 24.115 pertsonara iritsi zen Kampala, Kyaka II eta Adjumani-n zabaldutako 243 osasun-ekipo mugikor integraturen bidez.

Interbentzioak gainditu egin zituen bai irismenaren helburuak, bai estaldurarenak. Kampalan, 83 ekipo mugikor 7.615 pertsonarengana iritsi ziren. Kyaka II-n, 80 ekipok 7.992 pertsonarengana iritsi ziren; Adjumani-n, berriz, 80 ekipo 8.508 pertsonarengana iritsi ziren.

Eskainitako zerbitzuen artean zeuden ugalketa-osasuneko zerbitzuak, jaiotza aurreko arreta, immunizazioa, sexu-transmisiozko infekzioen (STI) bahek) baheketa, GIBaren testak, malariaren testak, familia-plangintza, nutrizio-baheketa, osasun-hezkuntza, gaixotasunen prebentzioa,

aholkularitza, gaixotasun kronikoen kudeaketa eta zerbitzu espezializatueterako deribazioak.

Geografia-ezberdintasunek garrantzi handia izan zuten inplementazio-lehentasunak ezartzerakoan. Kyaka II eta Adjumani-n, jarduerak gaixotasun infekziosoen prebentziorako, ama-haurren osasunerako, immunizaziorako eta asentamenduetako sarbide-hesiak gainditzeko balio izan zuten batez ere. Kampalan, ekipo mugikorrek gero eta gehiago erantzun zieten hiri-eremuko osasun-sarbide sistema fragmentatuei, gaixotasun kronikoei eta premia psikosozial eta mentalen gorakadari.

Jarduerak, halaber, komunitatearen konpromisoa, osasunaren sustapena, gaixotasunen prebentzioa eta kasuen identifikazio goiztiarra indartu zituzten, komunitateen eta osasun-sistemen arteko deribazio-bideak eta loturak sendotuz.

Oinarrizko lerroko/amaierako lerroko aldaketak

Komunitate-mailako jardueren esposizio-adierazleak hobetu egin ziren Adjumani-n —beherakoaren prebentzioari buruzko VHT/osasun-langileen hezkuntza % 74,3tik % 88,3ra igo zen, eta ekintza-kliniken balorazioa 3,08tik 3,43ra hobetu zen— horrek berretsi egiten du bertan zabalduetako 80 talde mugikorrek asentamendu-mailan izan duten arrakasta handia. Kyaka II-n, jardueren balorazio orokorra ere hobetu zen (2,96→3,17), nahiz eta etxeek jakinarazitako malariaren prebentziorako sentsibilizazioak behera egin zuen (% 76,0→% 57,8), asentamenduaren geografia sakabanatua eta agerraldiei emandako erantzunetan izandako lehentasun-aldaketak direla eta. Kampalan, etxe-mailako jardueren balorazioak behera egin zuen (3,67→2,85), estaldura absolutua (7.615 pertsona) sendoa izan arren: hori bat dator hiriko ingurune fragmentatuagoarekin, non talde mugikorrak iristen diren pertsonak zailtasun handiagoak baitituzte jarduera zerbitzu egituratu gisa identifikatzeko. Hiru gunetan, 243 ekipo mugikorrek artatutako 24.115 pertsonak nabarmen gainditu zuten 19.200/240 helburua.

KII/FGD perspektibak

Arreta deszentralizatzea asentamenduetako geografietan Osasun-ekipo mugikorrak arrakasta eraldatzaile gisa identifikatu ziren gehiengo zabal batez, bereziki Adjumani eta Kyaka II bezalako asentamendu geografikoki zabaletan. Laguntza medikoa eta psikosoziala zuzenean urruneko komunitateetara eramanez, proiektuak oztopo estruktural nagusiak saihestu zituen, garraio-kostuak eta mugikortasun fisikorik eza barne. Transkripzioek erakusten dutenez, komunitateko kideek asko baloratu zituzten jarduera horiek, sarritan osasun-zentro autonomotzat hartuz. "*Joan garen bakoitzean, komunitate horiek osasun-zentro gisa hartzen dute. Beraz, parte-*



hartzea izugarria da" (KII, Osasun Publikoko Ofiziala, EMESCO, Adjumani). Brigada horiek, aldi berean, lehen mailako zentroyen karga arindu zuten, itxaronaldiak hobetuz eta osasun-sistemaren pilaketa gutxituz.

Hiri-fragmentazioko erronketan nabigatzea. Aitzitik, Kampalan ekipo mugikorrek zabaltzeak irismen numeriko handia eman zuen, baina komunitate-mailako onarpena diluitu egin zen, inkestak hiri-gunerako emandako balorazioen beherakadarekin bat etorriz. Hiri-errefuxiatuen sakabanaketak esku-hartze egituratuen ikusgarritasuna zailtzen du. Hala ere, ekipoek beren helburua bete zuten osasun-sistema nazionalean nabigatzeko gai ez ziren pertsonak identifikatuz. Osasun-langileek adierazi zuten, hiri-eremuko esku-hartzea logistikoki erronka bat bada ere, funtsezkoa dela zentroyen arreta formala galtzen duten talde kalteberak atzemateko. *"Klusterrak ditugu, eta badakigu Nsambyan, adibidez, kongotar asko ditugula... Beraz, zerbitzuak haiengana hurbiltzen ditugula ziurtatzen dugu"* (KII, MEAL ofiziala, AHA, Kampala). Estrategiak arrakasta izan zuen bolumenean, baina berezko zailtasunak izan zituen hiri-hedapenean ikusgarritasun publikoa izateko.

1.6 jarduera. Terapia psikologikoko saioak, desplazamendu luzeko egoeretan dagoen populazioaren miel-osasuneko eta behar psikosozialei erantzuteko

Jarduera honek nabarmen sendotu zuen miel-osasuneko eta laguntza psikosozialeko zerbitzuetarako sarbidea, trauma, estresa psikosoziala, antsietatea, depresioa, estres luzea eta desplazamenduarekin eta kalteberatasun humanitarioarekin lotutako isolamendu soziala jasaten duten errefuxiatu-populazioentzat.

Interbentzioak taldekako terapia pertsonal artekoa, laguntza psikosozialeko taldeak, aholkularitza, psikohezkuntza, komunitate-jarraipena eta zerbitzu psikiatriko espezializatuetarako deribazioak erabili zituen. Saioek trauman oinarritutako zainketa, duintasuna, konfidentziasuna, erresilientziaren eraikuntza, aurre egiteko mekanismoak eta laguntza sozialeko sistemen indartzea nabarmendu zituzten.

Lotutako adierazlea: I.O.V.4.R.1.

1. helburua: 320 pertsona artatzea gutxienez 60 terapia psikosozialeko saio bidez.

Lorpena: Guztira 1.129 pertsonak hartu zuten parte 240 terapia psikosozialeko saiotan hiru operazio-eremuetan.

Lotutako adierazlea: I.O.V.4.R.1.

2. helburua: 1.800 errefuxiaturi SMAPS zerbitzuetarako sarbidea ematea 240 talde mugikorren bidez.



Lorpena: Guztira 6.279 errefuxiatuk jaso dituzte osasun mentaleko eta laguntza psikosozialeko zerbitzuak, osasun mentaleko 279 talde mugikorren bidez.

Interbentzioak nabarmen gaintitu zituen terapia-parte-hartzerako zein hedapen-estaldurarako ezarritako helburuak; horrek errefuxiatuen artean asetu gabeko osasun mentaleko eta laguntza psikosozialeko premia-karga oso handia dela islatzen du.

Kampalan, osasun mentaleko jarduerak traumatismoan, depresioan, antsietatean, oker psikosozialean eta osasun mentaleko egoera larrietan zentratu ziren errefuxiatu urbanoen artean. Kyaka II eta Adjumanin, jarduerak gehiago bideratu ziren laguntza psikosozialera, komunitatean oinarritutako baheketa-saioetara, trauma-leheneratzera, psikohezkuntzara eta kokaleku-komunitateetako aurre egiteko mekanismoak indartzera.

Interbentzioak, halaber, laguntza psikiatriko espezializatua behar duten osasun mentaleko egoera larrientzako erreferentzia-sistemak indartu zituen, Butabika National Referral Hospitalera bideratzeak eta etengabeko laguntza psikosozialeko sistemetan izena emateak barne.

Lorpen esanguratsuak lortu arren, estigma bezalako oztopoek, hizkuntza-aldeek, garraio-erronkek, kalteberatasun ekonomikoak eta bizibide-erantzukizun lehiakideek erregulartasunez parte hartzea oztopatzen jarraitu zuten ingurune batzuetan. Hala ere, interbentzioak nabarmen hobetu zuen osasun mentaleko zerbitzuetarako sarbidea, laguntza psikosozialaren inguruko estigma murriztu zuen, komunitatearen kontzientzia-zioa sendotu zuen eta biztanleria errefuxiatu kalteberaren arretaren jarraitutasuna indartu zuen.

Hasierako/amaierako aldaketak

MHPSS da inkestako datuek hobekuntza indartsuena eta koherenteena erakusten duten eremua. Terapia psikosozialaren eta talde mugikorren bidez MHPSS kalitatezkoa eskuratzeari buruzko galdera konposatua 2,94tik 3,17ra igo zen Kyaka II n, 2,76tik 3,49ra Adjumanin, eta oso gutxi jaitsi zen Kampalan (3,80→3,66, hasierako oinarri handi batetik abiatuta). Osasun mentaleko zerbitzuen balorazioak 3,24tik 4,14ra hobetu ziren Adjumanin eta egonkor mantendu ziren maila altuetan Kyaka II n (3,75→3,78) eta Kampalan (4,41→4,13). "Osasun mentalerako laguntza" orokorraren balorazioak Kyaka II n (3,08→3,21) eta Adjumanin (2,87→3,34) hobetu ziren. Proiektuak 6.279 errefuxiatuengana iristearekin batera (osasun mentaleko 279 talde mugikorren bidez eta 1.129 parte-hartzailerekin 240 terapia-saiotan, 1.800/240 talde eta 320/60 saio helburuen aurrean, hurrenez hurren), irabazi horiek esku-hartzearen ondorio diren jokabide- eta pertzepzio-aldaketa frogagarrietako bat nabarmentzen dute.



KII/FGD ikuspuntuak

Osasun mentaleko interbentzioei estigma kentzea Ebidentzia kualitatiboak nabarmentzen duenez, osasun mentala eta laguntza psikosoziala (MHPSS) interbentzioko arrakasta-kazurik estimatuenetako bat da. MHPSS terapiak aurre egiteko mekanismo berriak sartu zituzten lekualdatze-trauma izugarriak, miseria ekonomikoak eta elikagai-anoen murrizketek kargatutako populazioetan. Alde interesdunek ikusi zuten talde-terapiak (IPTG) komunitate-gozamena ekarri zutela, eta parte-hartzaileei erakutsi zieten ez zirela beren isolamenduan sufritzen ari ziren bakarrak. Erizain psikiatriko batek aldaketa honi buruz hausnartu zuen: "*Horretan ari den bakarra bera dela uste duenak itxaropena hartuko du... 'Oh, ez nago bakarrik'*" (KII, *Erizain Psikiatrikoa, AHA*). Komunitateko elkartasun horrek eraginkortasunez higitu zituen estatus mentalari lotutako aspaldiko estigma kulturalak.

Egiturazko lekualdatze-estresatzaileei aurre egitea SMAPS talde mugikorren aparteko eskariak lotura handia du errefuxiatuen populazioari eragiten dioten kanpoko talkekin, batez ere bizirauteko erronka akutuekin. Terapiasaioek erresilientzia emozionala asko hobetu bazuten ere, HCWek adierazi zuten egonkortasun fisiologikoa maiz ahuldu zela errealitate praktikoengatik, hala nola elikagai-segurtasunik ezagatik. Hala ere, terapiak funtsean aldatu zuten komunitatearen pentsamoldea, etsipen erreaktibotik erresilientzia proaktibora igaroz. "*Gai izan ziren... beste batzuk pasatzen ari zirena partekatze eta batzuek kezka horiek gainditzeko irtenbideak ere proposatu zituzten*" (KII, *SRHR ofiziala, Makasi, Kampala*). Komunitate-mailako gotortze emozional honek amaierako inkestetan erregistratutako MHPSS eskuragarritasun-balorazioen goera handia balioztatzen du.

2. emaitza: Komunitate-gaitasunak indartzea, baliabide sanitarioak eskuratzeko eta erabiltzeko desberdintasunak murrizteko, indarkeria sexualaren eta genero-indarkeriaren biktima diren emakume errefuxiatuentzako arreta integrala hobetzeko eta indarkeriarik gabeko bizitza sustatzeko.

Oro har, 2. emaitza maila altuan lortu zen Kampala, Kyaka II eta Adjumanin. Interbentzioak nabarmen indartu zituen komunitate-mailako prebentzio-, kontzientziazio-, bideratze-, mediazio-, laguntza psikosozial- eta biktimentzako laguntza-sistemak, sexu- eta genero-indarkeriarekin (SGBV), sexu- eta ugalketa-osasunarekin (SRH), genero-berdintasunarekin eta komunitateko osasun-sustapenarekin lotutakoak. Emaitza honen babeseko adierazle gehienek aurreikusitako helburuak lortu edo gainditu zituzten, eta horrek komunitatearen konpromiso sendoa eta babes- eta laguntza-sistema lokalizatuen hedapena erakusten du, bai kokalekuetan eta bai hiriko errefuxiatuen testuinguruetan.



2. emaitza lortzeko, komunitatea mobilizatzeko planteamendu integratuak erabili ziren, komunitateko buruzagiak, Herriko Osasun Taldeak (VHT), errefuxiatuek gidatutako egiturak, komunitate-batzordeak, tokiko buruzagiak eta erakunde-eragileak parte hartuz. Interbentzioak gaitasunak indartzea, kontzientziazioa, biktima ardatz duen laguntza psikosozial eta juridikoa, komunitate-elkarrizketarako mekanismoak eta duintasun- eta higiene-materialen banaketa uztartu zituen, errefuxiatuengan, eta bereziki emakumeengan eta nesketan, eragina duten berehalako kalteberatasunei eta egiturazko oztopoei aurre egiteko.

2.1. jarduera. Komunitateko buruzagien prestakuntza, genero-berdintasuna sustatzeko kontzientziazio-teknetan eta sexu- eta genero-indarkeria prebenitzeko, detektatzeko eta arintzeko mekanismoetan

Jarduera honek komunitateko buruzagien eta egituren gaitasuna indartu zuen, errefuxiatu-komunitateen barruan sexu- eta genero-indarkeriaren prebentzioan, identifikazioan, meditazioan, bideratzean eta erantzunean lehen lerroko eragile izan daitezzen.

Prestakuntza-saioak Kampala, Kyaka II eta Adjumanin egin ziren, komunitateko osasun-langileei, VHTei, GBV batzordeetako kideei, errefuxiatuen buruzagiei eta errefuxiatuek gidatutako erakundeetako ordezkariari zuzenduta. Prestakuntzan gai hauek landu ziren: genero-berdintasuna, giza eskubideak, biktima ardatz duen erantzuna, bideratze-bideak, kontzientziazio-teknekak, konfliktoen mediazioa, PSEA, komunitatea mobilizatzeko planteamenduak, komunikazio-estrategiak eta emakumeen eta nesken aurkako indarkeriaren prebentzioa. Metodologia parte-hartzaileak erabili ziren, simulazioak, eztabaidak, talde-ariketak, rol-jokoak eta kasu-azterketak barne, ezagutzaren aplikazio praktikoa komunitate-inguruneetan indartzeko.

Lotutako adierazlea: I.O.V.1.R.2.

1. helburua: Prestakuntza-moduluetan parte hartzen duten 60 komunitate-buruzagiren %80k gutxienez emakumeen aurkako indarkeria eta genero-indarkeria kasuen prebentzioari, meditazioari eta bideratzeari buruzko ezagutza erakusten du.

Lorpena: Guztira 62 komunitate-buruzagik parte hartu zuten prestakuntza-jardueretan, eta horietatik %57,5 emakumeak ziren; prestakuntza osteko ebaluazioek hobekuntza nabarmena erakutsi zuten prebentzioari, meditazioari, bideratze-bideei eta biktima ardatz duten planteamenduei lotutako ezagutzetan.

Interbentzioak gainditu egin zuen komunitateko buruzagien parte-hartzerako aurreikusitako helburua, eta aldi berean, hiru eremu



operatiboetan komunitateko prebentzio- eta bideratze-sistema lokalizatuak indartu zituen.

Adjumanin, prestakuntzak genero-desberdintasunaren prebentzioa, giza eskubideen urraketak eta kokaleku-komunitateen barruko gatazken ebazpen alternatiboa azpimarratu zituen. Kyaka II-n, prestakuntza kontzientziazio-metodologietan, komunikazio-tekniketan, komunitate-kanpainetan eta VHTek eta tokiko egiturek GBVren prebentzian eta osasun-sustapenean duten paperean zentratu zen. Kampalan, prestakuntzak orientazio teknikoagoa eta erakunde artekoa hartu zuen, SASA! metodologiak, PSEA, hiri-bideratze sistemak eta biktima ardatz duen koordinazioa azpimarratuz hiriko errefuxiatuen ingurune konplexuetan.

Test aurreko eta ondorengo ebaluazioek parte-hartzaileen ezagutzaren hobekuntza nabarmenak erakutsi zituzten eremu operatibo guztietan. Parte-hartzaileek positiboki baloratu zuten, halaber, prestakuntzaren edukiaren garrantzia eta aplikagarritasuna beren komunitate-konpromisoko roletan.

Jarduerak lagundu egin zuen GAI (Generoa Oinarri duen Indarkeria) kasuen detekzio goiztiarra eta bideratzea indartzen, komunitatearen kontzientziazioa hobetzen, tokiko lidergo-gaitasunak sendotzen eta genero-desberdinkerari eta indarkeriari lotutako gizarte-arau kaltegarrietan pixkanakako aldaketak sustatzen.

Oinarrizko lerroko/amaierako lerroko aldaketak

Datu-multzo osoan oinarrizko lerrotik amaierako lerroa izandako aldaketarik nabarmenena Adjumani-n AHA/EMESCOren kontzientziazio- eta prestakuntza-jardueretan parte hartu izana da: oinarrizko lerroko % 18,5etik amaierako % 75,1era (+56,6 pp). Kampalak ere hazkunde handia izan zuen (% 62,2→% 77,3), eta Kyaka II-n, berriz, modu moderatuan jaitsi zen (% 68,2→% 58,5). GALa prebenitzeko programei buruzko komunitatearen kontzientzia nabarmen igo zen Kampalan (% 46,3→% 65,5) eta Adjumanin (% 52,9→% 66,8), baina jaitsi egin zen Kyaka II-n (% 63,6→% 36,0); hori bat dator Kyaka II-ko oinarrizko lerroko saturazio handiarekin eta txanden arteko erantzuleen errotazioarekin. Prestakuntza jaso duten 62 komunitate-liderrak (% 57,5 emakumeak) eta monitorizazio-datueta dokumentatutako prestakuntza-osteko ezagutza-irabaziak kontuan hartuta, inkestaren frogak erakusten du GALaren prebentzioari buruzko ezagutza nabarmen zabaldu dela komunitatean, batez ere Adjumanin.

KII/FGD ikuspegiak

Tokiko lehen lerroko lidergoa ahalduntzea: Komunitateko liderrak, RWCak eta VHTak GALaren prebentzioari eta erantzunari buruzko ezagutza osoaz



hornitzeko estrategiak onura estruktural garrantzitsuak ekarri zituen. Datu kualitatiboek sakonki berresten dute prestakuntza-modulu horiek lehendik zeuden komunitate-hierarkietan ainguratzeak egokitasun kulturala ziurtatu zuela eta hedapen zabalagoa erraztu zuela. Adjumanin, non konpromiso-metrikak gora egin zuen, prestakuntza jasotako liderrak gatazken bitartekaritzarako eta krisien kudeaketarako lehen erantzun-kanal nagusi bihurtu ziren. Transkripzioek erakusten dute herritarrek apreziatu egin dituztela behin-behineko laguntza materialaren ordeztasun iraunkorrek ematen zituzten esku-hartzeak. Bizirik ateratako batek zera adierazi zuen: *"Norbaitek trebetasun bat ematen dizunean, hobe da dirua ematea baino... Eman diguten ezagutza apurra ahaldundu egin gaitu, ez dugu ahaztuko"* (FGD, emakume bizirik ateratakoak, Adjumani).

Ezagutzari eustea boluntarioen errotazio-testuinguruan: Ezagutza eskuratzea oro har txalotu bazen ere, lidergo-egitura horiei eustea erronka handia izan zen. Kyaka II-n eta Kampalan, komunitatearen kontzientziaikusgarriaren jaitziera boluntarioen nekeari eta langileen errotazioari lotuta egon ohi zen. Bazkide punatzaileek adierazi zuten, gaitasunak sustatzeko lan handia egin arren, dietarik edo logistika-laguntza iraunkorrik gabe jarduten duten liderrek zailtasunak izan zituztela prestakuntza etengabe gauzatzeko. *"Lehen, euren gizonen mende zeuden soilik... [prestakuntza] erresilienteak izateko ahalduntzen ari zen"* (FGD, VHTak, Kyaka II). Beraz, prestakuntzak genero-berdintasunari eta indarkeriaren prebentzioari buruzko oinarrizko jarrerak arrakastaz aldatu bazituen ere, komunitateko lider horien epe luzeko bideragarritasun operatiboa ahul dago oraindik higadura ekonomikoaren aurrean.

2.2. jarduera. Osasun sexuala eta ugalketa-osasuna (OSU), genero-berdintasuna eta indarkeriaren prebentzioa sustatzeko kontzientziazio- eta sustapen-ekintzak

Jarduera hau 2. emaitzaren pean komunitatearekin harremanetan jartzeko osagairik handienetako bat bihurtu zen, eta nabarmen zabaldu zuen informazio-sarbidea osasun-eskubideei, sexu- eta ugalketa-osasunari, genero-berdintasunari, GALaren prebentzioari, bideratze-bideei, mielosasunari, gaixotasun kutsakorren prebentzioari eta eskuragarri dauden laguntza-zerbitzuei buruz.

Kontzientziazio-jarduerak komunitate-elkarrizketen, talde-sentsibilizazio saioen, etxeetara egindako bisiten, kontzientziazio-kanpaina publikoen eta elizetan, eskoletan, ur-puntuetan, merkatuetan, komunitate-bilketetan eta errefuxiatu-asentamenduetan parte hartuz gauzatu ziren. Komunitateko liderrek, VHTek, errefuxiatu-batzordeek eta komunitate-egiturek funtsezko papera izan zuten mobilizazioan eta mezuen zabalkundeetan.

Lotutako adierazlea: I.O.V.2.R.2.



Helburua: Komunitateko liderrek gidatutako informazio-saioen bidez 20.000 pertsonarengana iristea, osasunaren sustapenari, OSUari, genero-berdintasunari eta SGBVren (Sexuagatiko eta Generoagatiko Indarkeria) bizirik suertatutakoei zuzendutako prebentzio- eta erantzun-zerbitzuei buruz.

Lorpena: Guztira 22.660 pertsonarengana iritsi zen kontzientziazio- eta sentsibilizazio-jardueren bidez: 12.183 pertsona Kyaka II-n, 5.657 pertsona Kampalan eta 4.820 pertsona Adjumanin.

Esku-hartzeak kontzientziazteko aurreikusitako helburua gainditu zuen, eta nabarmen sendotu zuen komunitateak osasunaren sustapenari, OSUari, genero-berdintasunari, miel-osasunari, gaixotasun kutsakorren prebentzioari, bizirik ateratakoen eskubideei eta bideratze-sistemei buruz duen ezagutza.

Adjumanin, sentsibilizazio-jarduerak garrantzi handia eman zieten gaixotasun kutsakorren prebentzioari, txertaketari, amaren eta haurraren osasunari, agerraldietarako prestasunari eta asentamendu-inguruneetako GALaren prebentzioari. Kyaka II-n, kontzientziazio-saioak errefuxiatuen eskubideetan, OSUan, genero-berdintasunean, indarkeriaren prebentzian, bideratze-bideetan eta geografikoki barreiatutako komunitateetako gaixotasun-prebentzian zentratu ziren batez ere. Kampalan, jardueretan gero eta garrantzi handiagoa eman zitzairen miel-osasunari, hiri-inguruko GAI arriskuei, familia-plangintzari, distress psikosozialari eta hiri-errefuxiatuei eragiten dieten sarbide-hesiei.

Esku-hartzeak GALari eta miel-osasunari lotutako estigma murrizten ere lagundu zuen, eta eskuragarri dauden laguntza-sistemei eta bideratze-mekanismoei buruzko kontzientzia indartu zuen. Etxez etxeko saioak bereziki garrantzitsuak izan ziren Kampalan; izan ere, mugikortasunak, hizkuntza-hesiek eta hiri-asentamendu zatikatuek maiz mugatzen zuten talde-jardueretan parte hartzea.

Lorpen horiek lortu arren, arau soziokulturalek, indarkeria salatze beldurrak, kalteberatasun ekonomikoak, hizkuntza-hesiek eta urtaroko etenek komunitatearen parte-hartzean eta zerbitzu batzuen erabileran eragiten jarraitu zuten.

Oinarrizko lerroko/amaierako lerroko aldaketak

Osasun-eskubideen kontzeptu generikoei buruzko norik bere buruari aitortutako kontzientzia jaitsi egin zen Kyaka II-n eta Kampalan adierazle gehienetan (adibidez, osasun-maila gorena izateko eskubidearen kontzientzia oinarrizko % 76,0tik amaierako % 49,5era jaitsi zen Kyaka II-n, eta % 83,1etik % 67,7ra Kampalan), baina mantendu edo hobetu egin zen



Adjumanin (osasan-eskubideen zerbitzu espezifikoaren ezagutza % 78,3→% 85,3; osasan-eskubideen nazioko legeen ezagutza % 66,3→% 78,7). Eredu horrek proiektuak aurrez inplikazio txikiagoa zuen Adjumaniko asentamenduan sartzeko izan duen arrakasta neurgarria islatzen du; Kyaka II-ko eta Kampalako beherakadak, berriz, erantzuleen interpretazio-zorrozte gisa irakurri behar dira: amaierako lerron, inkestatutakoek eskubideen kontzientzia orokorra eta zerbitzuen ezagutza zehatza bereizi zituzten, eta interpretazio hori indartu egin zen Adjumaniko ondorengo konfiantza-galderetan lortutako balorazio altuagoekin (3,39→3,61). 20.000ko helburuaren aurrean 22.660 pertsonarengana iritsi izanak kontzientzia-ahaleginaren zabaltasuna berresten du.

KII/FGD ikuspegiak

Arau soziokulturalak aldatzea dibulgazioaren bidez: Kontzientzia-kanpaina masiboek portaera-aldaketa nabarmenak eragin zituzten osasan-eskubideei, sexu- eta ugalketa-osasunari (OSU) eta GALari dagokienez. Transkripzioek erakusten dute etxez etxeko sentsibilizazioak eta sentsibilizazio publiko zabalak tradizioz tabu izan diren gaiak desmitifikatu zituztela. Demografia-talde kontserbadoreetan, etengabeko elkarrizketak pixkanaka desegin zituen familia-plangintzarekiko eta GALaren salaketarekiko aieru erlijioso eta kulturalak. Kampalako OSUko arduradun batek etengabeko konpromisoaren bidez lortutako mugarria azpimarratu zuen: "*Kondoia ez erabiltzeko erlijioan eta kulturen oinarritutako uste okerren hesia hautsi dugu*" (KII, SRHR Officer, Kampala). Gorputz-autonomiari eta prebentziozko osasunari buruzko elkarrizketak normalizatzean, proiektuak osasuna bilatzeko jokabide proaktiboa areagotzea lortu zuen.

Osasan-eskubideen mezularitzak izandako harrera nuanzatua: Helburu absolutuak gainditu ziren arren, amaierako inkestak Kampala eta Kyaka II-n jasotako 'osasan-eskubideen interpretazio' generikoen beherakadak komunitatearen ikuspegi kritiko eta helduagoa islatzen du, eta ez mezularitzaren porrot bat. Transkripzioek iradokitzen dute, kontzientzia-kanpaina hobera egin ahala, parte-hartzaileak giza eskubideen ulermen abstraktutik zerbitzu-emate zehatzen eskari fokatuera igaro zirela. "*Orain badakite desabantailak zein diren... transmititu egingo dute belaunaldi belaunaldi ezagutza gisa*" (KII, Komunitateko Dinamizatzailea, AHA, Kyaka II). Kontzientzia-kanpainak arrakastaz aldarazi zituzten komunitatearen ikuspegiak, harrera pasibotik osasan-askatasun egingarri eta ukigarrien bilaketa aktibora.

2.3. jarduera. Komunitate-sareak osasunerako eskubidea sustatzeko eta GBV prebentzeko ekintzak gauzatzea, komunitate-batzordeen eta tokiko egituren bidez



Jarduera honek komunitatean oinarritutako prebentzio-, bitartekaritza-, bideratze- eta erantzun-sistemak indartu zituen, indarkeria sexuala eta generoan oinarritutako indarkeria prebenitzera eta babestera bideratutako komunitate-batzordeak sortuz eta martxan jarritz.

Interbentzioak komunitate-batzordeak ezarri eta indartu zituen Kampala, Kyaka II eta Adjumani osoan, tokiko agintariekin, errefuxiatuen egiturekin, VHTekin, GBV batzordeekin, OPMrekin, UNHCRrekin eta komunitateko buruzagiekin lankidetzan estuan. Batzordeek sentsibilizatorako, bitartekaritzarako, kasuak identifikatzeko, bideratzeetarako eta komunitatearen konpromisorako mekanismo lokalizatu gisa balio izan zuten.

Lotutako adierazlea: I.O.V.1.R.2.

2. helburua: Emakumeen aurkako indarkeriaren prebentziorako eta erantzunerako lan-plan operatiboak dituzten sei komunitate-batzorde ezartzea.

Lorpena: Zortzi komunitate-batzorde ezarri eta jarri ziren martxan esku-hartzeko hiru eremuetan: lau batzorde Adjumani-n, bi Kampala-n eta bi Kyaka II-n. Interbentzioak hasierako helburua gainditu zuen komunitate-batzordeen ezarpenari dagokionez, prebentzio- eta bideratze-sistemen tokiko jabetza eta jasangarritasuna indartuz.

Kampalan, batzordeek nazionalitate-aniztasun handia islatu zuten,, EED, Hego Sudan, Somalia, Sudan, Burundi, Ruanda, Yemen eta Ugandako kideekin, hiri-errefuxiatuen komunitateen ordezkaritza eta hedapena indartzen lagunduz. Kyaka II-n, batzordeek lankidetzan estuan jardun zuten VHTekin, GBV batzordeekin eta tokiko buruzagiekin, kokaleku-komunitateetako sentsibilizazio-, bitartekaritza- eta bideratze-jarduerak indartzeko. Adjumani-n, batzordeak egitura aktibo bihurtu ziren, kasuak identifikatzen, komunitatea sentsibilizatzen, bideratzeak egiten eta bitartekaritza lanetan lagunduz Agojo, Elema, Olijji eta Alere kokalekuetan.

Batzordeek komunitatearen kontzientziazio-saioak egin zituzten, osasun- eta babes-zerbitzuetarako bideratzeak eman zituzten, bitartekaritza erraztu zuten, kasu ahulenen jarraipena egin zuten eta elkarbizitza baketsua eta genero-berdintasuna sustatu zituzten. Jarduerak komunitatearen parte-hartzea, tokiko jabetza eta komunitatean oinarritutako erantzun-sistemak indartu zituen, errefuxiatuen eta erakunde-eragileen arteko lotura hobetuz.

Hala ere, erronka batzuek bere horretan jarraitu zuten, hala nola boluntarioen parte-hartzearen nekea, tokiko hizkuntzetako IEC materialen



muga, batzordeen egituren ikusgaitasun komunitario aldakorra eta indarkeriaren berri emateari eragiten dioten oztopo soziokulturalek.

Hasierako eta amaierako egoeren arteko aldaketak

Komunitatean eskuragarri dauden GBV bitartekaritza-zerbitzuen ezagutzak nabarmen egin zuen hobera Adjumani-n (%53,0→%62,9) —lau batzorde berri ezarri ziren tokian—, baina behera egin zuen Kyaka II-n (%68,2→%37,5) eta Kampala-n (%59,0→%43,5). Komunitatea Kontzientziatzeko Programei buruzko balorazioek, 5 puntuko eskalan, gora egin zuten Kampala-n (4,43→4,61) eta Adjumani-n (4,47→4,66), eta behera egin zuten Kyaka II-n (4,41→3,84). Eredu garbia bat dator dokumentatutako batzordeen banaketarekin (4 Adjumani-n, 2 Kampala-n, 2 Kyaka II-n —8 guztira, 6 batzordeko helburuaren aurrean): Adjumani-k lortu zuen ikusgaitasun erlatibo handiena, Kampala-k hiriko errefuxiatuen arteko kalitate-pertzepzioak finkatu zituen, eta Kyaka II-ko geografia sakabanatuak batzordeen ikusgaitasuna mugatzen jarraitu zuen, jarduera operatiboa egon arren.

KII/FGD Perspektibak

Tokiko Babes Egiturak Legitimatzea Datu kualitatiboek irmotasunez balidatzen dute babes-erantzunak komunitateak gidatutako batzordeetan txertatu izana. Hiru guneetan zortzi batzorde martxan jarritz, esku-hartzeak GBVren prebentzioa deszentralizatu zuen, kulturalki testuinguruan jarritako bitartekaritza eta bideratze-guneak eskainiz. Parte-hartzaileek azpimarratu zuten gertuko eta ezagunak diren erreferentziazko pertsonak izateak izugarri murriztu zuela abusuen berri emateko oztopoa. Erakunde laguntzaile batek lokalizazio horren oinarritzko garrantzia azaldu zuen: "*Egiturarik gabe, baliabideak izan arren... zure jarduerak bertan behera geratuko dira*" (KII, SRHR arduraduna, Kampala). Adjumani-n, lau batzorde ezarri ziren lekuan, komunitateak konfiantza paregabea adierazi zuen etxeko gatazkak barnean kudeatzeko duten gaitasunean, agintaritza kliniko edo legaletara jo aurretik.

Geografia Operatiboetan Nabigatzea Aitzitik, datuek frogatzen dute zergatik izan zuten Kyaka II-k eta Kampalak beherakada mekanismo horien ikusgaitasun orokorrean. Kyaka II-ren hedapen geografiko handiak eta Kampala-ko hiri-errefuxiatuen izaera iragankor eta sakabanatuak eragotzi egin zuten batzorde horien aintzatespen uniformeak. Eszenatokien atzean arrakasta operatibo handia izan arren, talde hauentzat aztarna publikoa bermatzea zaila izan zen likidazio-eremu zabalak eta urruneko hiriguneak. Adjumani-ko paralegal bat-bateko ofizial batek baieztatu bezala, "*Guztian zehar inplikatzeko ditugu... hasieratik bukaeraraino*" (KII, Paralegal Ofiziala, EMESCO, Adjumani). Inplikazio sakon horrek batzordeak tinko finkatu zituen



hurbiltasun geografikoak ahalbidetzen zuen lekuetan, bikaintasunezko prebentzio-esparru bat ezarriz.

2.4. jarduera Sexu-indarkeriaren eta generoan oinarritutako indarkeriaren bizirik atera diren emakume errefuxiatuentzako arreta eta laguntza, berreskuratze psikosoziala eta eskubideen leheneratzea errazteko

Jarduera honek nabarmen indartu zituen sexu-indarkeria eta genero-indarkeria jasan duten emakume errefuxiatuentzako laguntza-sistema psikosozial, legal eta babesgarri integralak hiru lan-eremuetan.

Esku-hartzeak hurbilketa bat hartu zuen, bizirik atera direnean zentratua, traumetan informatua eta giza eskubideetan oinarritua, konfidentziasuna, duintasuna, baimen informatua, segurtasuna eta eskubideen leheneratzea azpimarratuz. Laguntza-zerbitzuek banakako aholkularitza, talde-terapia, laguntza juridikoa, deribazioak, jarraipen psikosoziala, epaitegietarako laguntza, egokia denean bitartekaritza, eta osasun- eta babes-zerbitzuekiko lotura barne hartu zituzten.

Lotutako adierazlea: I.O.V.4.R.2.

1. xedea: 450 emakumek laguntza psikologikoa jasotzen dute banakako 850 saio eta taldeko 50 saio bidez.

Lorpena: Guztira 1.443 emakumek jaso zituzten laguntza psikologikoko zerbitzuak banakako 814 aholkularitza-saioren eta taldeko 120 terapia-saioren bidez Campalan, Kyaka II-n eta Adjumanin. Esku-hartzeak nabarmen gainditu zuen laguntza psikosozialaren estaldurarako aurreikusitako xedea. Kyaka II-k erregistratu zuen emakume kopururik handiena, Kampala eta Adjumaniren ondoren. Taldeko terapia interpertsonalak, laguntza psikosozialeko taldeek, aholkularitza-saioek eta komunitateko jarraipen-mekanismoek bizirik atera direnen artean susperraldi emozionala, aurre egiteko mekanismoak, erresilientzia eta gizarteko laguntza-sistemak indartu zituzten.

Lotutako adierazlea: I.O.V.4.R.2.

2. xedea: 90 emakumek laguntza juridikoa jasotzen dute.

Lorpena: Guztira 144 bizirik atera direnek jaso zituzten laguntza juridikoa eta laguntza-zerbitzuak.

Laguntza juridikoak barne hartu zituen salaketak jartzeko laguntza, prozesu judizial eta polizialetan laguntzea, aholkularitza juridikoa, azterketa medikoetarako deribazioak, bitartekaritzarako laguntza egokia denean eta epaitegietako jarraipen-prozesuak.



Campalan, laguntza juridikoko sistemak bereziki trinkoak izan ziren hiriko GBV kasuen konplexutasunagatik, auzitegiko ordezkariak eta kasuaren jarraipena barne, kasu batzuetan sententziara arte. Kyaka II eta Adjumani bezalako likidazio-eremuetan, esku-hartzeak deribazio-bide formalak eta komunitateko bitartekariak-ikuspegiak konbinatu zituzten, kasuaren larritasunaren eta bizirik atera denaren hobespenen arabera.

Lotutako adierazlea: I.O.V.4.R.2.

3. xedea: Inkestatutako emakumeen % 75ek modu positiboan baloratzen dute zerbitzu psikosozialen eta juridikoen kalitatea eta garrantzia.

Lorpena: Inkestatutako bizirik atera direnen artean jakinarazitako asebetetze maila % 100ekoa izan zen proiektuaren txostenen arabera, nahiz eta txostena amaitzean azken inkestak egiteke egon. Esku-hartzeak nabarmen indartu zuen bizirik atera direnei zuzendutako laguntza-sistemarako sarbidea, eta, era berean, ongizate psikosoziala hobetzen, duintasuna leheneratzen, kasu berri gehiago ematen eta indarkeria jasaten duten emakumeentzako deribazio-bide sendoagoak jartzen lagundu zuen.

Lorpen horiek lortu arren, estigmak, errepresalien beldurrak, txostenak egiteko atzerapenak, mendekotasun ekonomikoak eta aterpe seguruen eskuragarritasun mugatuak bizirik atera diren batzuei eragiten dieten oztopo garrantzitsuak izaten jarraitu zuten.

Oinarrizko lerroaren/Amaierako lerroaren aldaketak

Bizirik atera direnei laguntzeko zerbitzuen amaierako balorazioek zerbitzuaren kalitatea orokorrean mantendu dela baina ez-oso dela iradokitzen dute. Adjumanin, aholkularitza eta terapia balorazioak igo egin ziren (4,02→4,28), GBV-bitartekarien irisgarritasuna hobetu zen (4,12→4,41), eta duintasun-kit-en balorazioak nabarmen igo ziren (2,88→4,18). Horrek bizirik atera direnei zuzendutako sorta finkatze sendoa adierazten du likidazio horretan. Campalan, aholkularitza eta terapia balorazioak oso altuak izaten jarraitu zuten (4,71→4,84) eta laguntza juridikoak sendo jarraitu zuen (4,48→4,42), hiriko laguntza juridikoko lanaren intentsitate dokumentatuarekin bat etorriz. Kyaka II-n, balorazioek behera egin zuten hainbat azpi-adierazletan (aholkularitza 4,22→3,95; bitartekarien irisgarritasuna 4,30→3,52; bitartekariak-emaizten asebetetzea 3,48→2,89), eta horrek iradokitzen du eskariak gainditu egin zuela han bizirik atera direnak zaintzeko azterna. Laguntza jaso zuten 1.443 emakumeekin (xedea 450) eta laguntza juridikoa jaso zuten 144 emakumeekin (xedea 90) batera, frogak estalduraren irabazi nabarmenak babesten ditu, Kyaka II-ko kalitate-erronka diferentziatuekin batera.



KII/FGD ikuspegiak

Bizirik atera direnen duintasuna eta autonomia leheneratzea Zerbitzu psikosozialen eta juridikoen integrazioak funtsean aldatu zuen SGBVren bizirik atera direnen indarkeria osteko ibilbidea. Interakzio kualitatiboek aho batez goraipatzen dute bizirik atera direnen inguruko ikuspegia, zeinak triaje medikoa, banakako terapia, poliziarekin harremana eta auzitegiko defentsa zehaztasunez konbinatu baitzituen. Traumetan informatutako metodologiak agentzia aktiboki berreskuratu zien abusuak eta gizarte-estigmak isolatuta zituzten emakumeei. Bizirik atera direnek arindu handia adierazi zuten jaso zuten akonpainamendu holistikoagatik, zeinak askotan tokiko agintarien biktimizazio sekundariotik babestu baitzituen. Komunitateko kide batek esandakoa bezala, "*Zuregana etorri nintzenetik eta nire arazoa kontatu nizunetik, eta orain arte, hobeto sentitzen naiz aholkularitzari esker*" (FGD, Bizirik atera diren emakumeak, Adjumani).

Kasu-kudeaketa integrala eta pertsonalizatua Hiri- eta likidazio-inguruneen arteko ñabardura operatibo ezberdinek kasuen kudeaketa oso pertsonalizatua behar izan zuten. Campalan, bide juridikoak ziurtatzeak hiri-poliziaren eta sistema judizial konplexu eta atzeratuen nabigazio itzela eskatzen zuen. Aitzitik, Kyaka II bezalako likidazioetan, bitartekariak sarritan lege-bide formalak eta komunitate mailako gatazken bitartekaritza sendoa orekatu behar izan zituzten zerbitzuen rationing-agatik. "*Orain gai dira zuzenean guregana etortzeko... badakite nola gorde frogak,*" nabarmendu zuen kasu juridikoen arduradun batek (KII, Lege-izapidetzailea, NRC). Erabateko asebetetze-tasak lortzeak frogatzen du kasuak modu holistikoan kudeatzeak —ondorio mentalak, korporalak eta legalak aldi berean jorratuz — ezinbesteko segurtasun-sarea sortzen duela muturreko zaurgarritasun-egoerei aurre egiten dieten emakumeentzat.

2.5. Jarduera. Oinarrizko higie pertsonalerako eta hilerokorako produktuen eta Moskito-sareen banaketa zaurgarritasun-egoeran dauden desplazatutako etxeen artean, komunitateko osasuna indartzeko

Jarduera honek errefuxiatu-etxeen osasun publikoko eta babeseko zaurgarritasunak murrizten lagundu zuen, biztanleria zaugarrien berariazko beharretara egokitutako higie-kitak, duintasun-kitak eta Moskito-sareak banatuz.

Banaketetan lehenetsia eman zitzaion emakumeei, neskei, emakumeak buru diren etxeen artean, adinekoei, genero-indarkeriaren bizirik iraundakoei, rhaunaldi- eta edoskitze-aldian dauden amei, nerabeei eta desgaitasuna duten pertsoneri. Interbentzioak generoa aintzat hartzen duten eta kulturalki egokiak diren ikuspegiak barne hartu zituen, banaketak



babesaren, duintasunaren eta komunitateko osasunaren helburu zabalagoekin lotzen zituen bitartean.

Lotutako adierazlea: I.O.V.3.R.2.

1. xedea: Zaurgarritasun-egoeran dauden 750 etxek jasotzen dituzte higiene-kitak eta Moskito-sareak.

Lorpena: Zaurgarritasun-egoeran dauden guztira 875 etxek jaso zituzten higiene-kitak eta Moskito-sareak interbentzioko hiru eremuetan.

Lotutako adierazlea: I.O.V.3.R.2.

2. xedea: 750 emakumek jasotzen dituzte duintasun-kitak.

Lorpena: Guztira 875 emakumek jaso zituzten duintasun- eta higiene-kitak.

Banaketak onuradunak hautatzeko prozesu koordinatuen bidez egin ziren, komunitate-egiturak, genero-indarkeriaren aurkako batzordeak, RWCaK, OPMa eta tokiko buruzagiak inplikaturik, gardentasuna eta zaurgarritasun handiko etxeen lehentasuna bermatzeko.

Kampalan, banaketak gehienbat genero-indarkeriaren bizirik iraundako emakumeei eta hiriko errefuxiatu-populazio zaurgarriari zuzendu zitzaizkien. Kyaka II-n eta Adjumanin, banaketak haurdun eta edoskitzen ari ziren emakumeengan, kokalekuetako etxe zaurgarrietan eta babes-arrisku handiagoa zuten emakumeengan ere zentratu ziren.

Lotutako adierazlea: I.O.V.3.R.2.

3. xedea: Inkestatutako errefuxiatuen % 75ek modu positiboan baloratzen dute banatutako artikuluen kalitatea eta garrantzia.

Lorpena: Inkestatutako onuradunen % 82k positibotzat jo zuten banatutako higiene- eta duintasun-materialen kalitatea eta garrantzia. Interbentzioak higiena, gaixotasunen prebentzioa, hileroko duintasuna, ongizate psikosoziala eta biztanleria errefuxiatu zaurgarrien osasun- eta babes-arriskuen murrizketa hobetzen lagundu zuen. Jarduerak genero-indarkeriaren prebentzioari eta duintasun-helburu zabalagoari lagundu zien, desplazamendu-testuinguruetan emakumeei eta neskei eragiten dieten zaurgarritasun praktikoko batzuei aurre eginez.

Oinarrizko lerroaren eta amaierako lerroaren arteko aldaketak

Azken sei hilabeteetan elikagaigabeko edozein artikulua (Moskito-sareak, higiene-artikuluak, duintasun-kitak) jaso dutela dioten etxeen proportzioa izugarri jaitsi zen oinarrizko lerroaren eta amaierako lerroaren artean — Kyaka II % 64,9 → % 11,1, Adjumani % 82,3 → % 16,2, Kampala % 26,9 → % 16,4 —; hori bat dator proiektuan higiene/moskito-sare eta duintasun kit



bakoitzeko 875 unitate banatu izatearen izaera zehatz eta puntualarekin eta amaierako lerroaren kronologiarekin (2025eko abendua), banaketa-ziklo aktibo batetik kanpo. Garrantzitsua da nabarmentzea jasotzaileen artean artikuluen kalitate-balorazioek hobekuntza nabarmena izan zutela Adjumanin — duintasun-kitak 2,88 → 4,18 eta higiene-kitak 2,83 → 3,56 —; horrek berresten du proiektuaren bidez emandako kitak kalitate hobekoak zirela etxeek aurretik jasotakoak baino. Higiene-materialen eskuragarritasunarekiko asebetetzea egonkor mantendu zen edo hobetu egin zen Adjumanin (3,31 → 3,52) eta Kyaka II-n, eta Kampalan, berriz, behera egin zuen (3,64 → 2,93), hiriko merkatuarekiko mendekotasunaren islatuz.

KII/FGD Perspektibak

Zaurgarritasun praktikoak arintzea duintasun-artikuluen bidez Amaierako inkestaren metrikek proiektuaren leiho aktibotik kanpo banaketaren arrastoaren gainbehera naturala islatzen badute ere, kualitatiboki frogatuta geratzen da hautatutako etxeen helbururako emandako elikagaigabeko artikuluek (NFI) balio subjektibo sakona dutela. Berriz erabil daitezkeen konpresa higienikoen, Moskito-sareek eta higiene-xaboiek ezinbestekoa den finantza-estresa arindu zuten eta oinarrizko giza duintasuna babestu zuten. Emakume gazte askorentzat, hileroko higieneko produktuak erosteko ezintasunak marjinazioa larriagotu zuen, eskolara ez joatea eragin zuen eta, maiz, saihesten zitezkeen gerneru-infekzioak eragin zituen. Osasun-funtzionario batek alternatiba iraunkor eta berrerabilgarriak ematearen eragina azaldu zuen: "*Neska batek utzi egin du konpresak eskatzeko ohitura... nola erabili irakatsi zieten*" (KII, SRHR funtzionarioa, Makasi, Kampala).

Hileroko autonomia eta higiene-autonomia sustatzea Banaketa hezkuntza-gaitasuna garatzeko prozesuekin batera egin zen, jasotzaileei higiene-produktuak modu autonomoan fabrikatzen eta mantentzen irakatsiz. Laguntza modu pasiboan jasotzetik auto-kudeaketa aktibora pasatze horrek oihartzun handia izan zuen komunitatearen feedbackean. Gainera, saneamendu-material zehatzak emateak modu aktiboan eraldatu zuen kokalekuetako etxeen garbitasuna. Komunitateko buruzagiek aho batez goraiatu zuten barneko mikroinguruneetako eraldaketa. VHT batek adierazi zuenez, "*Higienea ona da... Orain, zaborra biltzeko kuboak dituzte*" (FGD, VHTs, Adjumani). Azken batean, kalitate handiko NFIak emateak, trebetasunak sustatzeko ekintzekin batera, etekin psikologiko eta fisiologiko iraunkorrak ekarri zituen xede-demografia guztietan.

3. emaitza: Ugandako errefuxiatuen egoeraren gaineko informazioa eta kontzientziarioa areagotzea, bereziki SGBVren bizirik atera diren emakume eta neskena, giza eskubideen, babesaren eta generoaren ikuspegitik, Ugandan eta Euskadin hiritartasun kritikoa sustatzeko.



Oro har, 3. emaitza partzialki edo nabarmen lortu zen errefuxiatuen eskubideekin, osasunerako sarbidearekin, genero-desberdinkeriekin, miel-osasunarekin eta sexu- eta genero-indarkeriarekin lotutako ikerketa, ebidentzia-sorrera, konpromiso akademikoa, komunikabideen sentsibilizazioa, sentsibilizazio publikoa eta intzidentzia-jarduerak arrakastaz ezartzearen bidez. Interbentzioak nabarmen lagundu zuen Ugandako errefuxiatu-populazioei, eta, bereziki, SGBVk eta osasun-laguntza jasotzeko egiturazko oztopoek kaltetutako emakume eta neskei eragiten dieten errealitateen inguruko elkarrizketa eta kontzientziazioa indartzen eragile humanitarioen, erakunde akademikoen, kazetarien, eragile politikoen eta, oro har, komunitateen artean.

Emaitzak, halaber, eragile humanitarioen eta erakunde akademikoen arteko lankidetzan indartu zuen, bereziki Makerere Universityrekin, eta Ugandako errefuxiatuen errealitateen eta Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) migrazioari, osasun-laguntzarako sarbideari, giza eskubideei eta babesari buruzko eztabaida zabalagoen arteko tokiko eta mundu mailako loturak sustatu zituen. Emaitza honen pean aurreikusitako jarduera gehienak arrakastaz gauzatu ziren arren, txostena egiteko unean EAEko intzidentzia- eta hedapen-osagai batzuek abian jarraitzen zuten.

3.1 jarduera. Kampala, Kyaka II eta Adjumani eremuetako errefuxiatuen artean genero-desberdinkeriei eta giza eskubideen urraketei buruzko ebaluazioak egitea

Jarduera honek proiektuaren ebidentzia-oinarria indartu zuen, hiru esku-hartze eremuetan errefuxiatuei eragiten dieten genero-desberdinkeriak, miel-osasuna, osasun-laguntza jasotzeko oztopoak, sexu- eta genero-indarkeria eta giza eskubideen kezkak aztertzen dituen ikerketa aplikatuaren bidez.

Interbentzioak bost ikerketa-azterlan babestu ditu, Makerere Universityrekin eta errefuxiatuen osasun, babes eta eskubideen gaiekin lotutako ikerketa testuingururatu egiten ari diren masterreko ikasleekin lankidetzan. AHAK eta EMESCOK gidaritza teknikoa, landa-koordinazioa eta testuinguru-laguntza eman zuten ikerketa-prozesu osoan.

Lotutako adierazlea: I.O.V.1.R.3.

Xedea: Genero eta giza eskubideen ikuspegitik egindako hiru ebaluazio, SGBVren bizirik atera direnen egoera nabarmentzen dutenak.

Lorpena: Testuinguruaren hiru ebaluazio eta hainbat ikerketa osagarri egin ziren Kampala, Kyaka II eta Adjumani eremuetan.

Azterlanek honako hauei buruzko ebidentziak sortu zituzten:



- Estres traumatu ondoko desordena (ETOD) errefuxiatuen artean.
- Depresioa errefuxiatu nerabeen artean.
- GBVren ondoren osasun-laguntza bilatzeko jokabidearen atzerapenak.
- SRH eskuratzeko oztopoak errefuxiatu emakumeen eta nerabeen artean.
- Errefuxiatuen miel-osasunari eta babesari eragiten dieten egiturazko determinatzaileak eta determinatzaile psikosozialak.

Ikerketak agerian utzi zuen generoa, desplazamendua, pobrezia, estigma, trauma eta erakunde-oztopoen arteko elkargunea, errefuxiatuek osasun-laguntza eta babes-zerbitzuak jasotzeko duten aukeran eragiten dutenak. Emaitez erakutsi zuten, era berean, hiri- eta kokaleku-testuinguruek zaugarritasun eta zerbitzuak eskuratzeko oztopo desberdinak aurkezten zituztela.

Kampalan, azterlanek gero eta gehiago nabarmendu zituzten hiriko miel-osasuneko kargak, SRH oztopoak, isolamendu soziala eta osasun-laguntzaren zatiketa hiriko errefuxiatuen artean. Kyaka II-n eta Adjumanin, aurkikuntzak traumetan, GBVren berri emateko atzerapenean, komunitate-mailako zaugarritasunetan eta kokaleku-testuinguruko egiturazko oztopoetan zentratu ziren batez ere.

Jarduerak nabarmen indartu zuen akademiaren eta eragile humanitarioen arteko lankidetzak, eta, aldi berean, etorkizuneko programazioa, intzidentzia eta eztabaida politikoak informatzeko gai den testuinguruko ebidentzia sortu zuen.

Oinarrizko lerro / Bukaerako lerro aldaketak

Makerere Universityrekin egindako testuinguruko ikerketak inkestako datuek ere erakusten dituzten zaugarritasun-profilak dokumentatu zituen. Komunitate-mailan osasun-laguntzarako sarbide ekitatiboa izateari buruzko pertzepzioak behera egin zuen Kyaka II-n (76,3%→47,7%) eta Kampalan (75,9%→49,8%), eta indartsuago mantendu zen Adjumanin (81,5%→76,6%). "Komunitatea osasunerako eskubidea sustatzeko eta babesteko nahikoa egiten ari da" pertzepzioak ere behera egin zuen Kyaka II-n (67,9%→44,9%) eta Kampalan (69,1%→46,1%), eta apur bat Adjumanin (61,4%→54,3%). Zerbitzuen narriadura adierazi beharrean, mugimendu horiek erantzuleen arteko kontzientzia kritiko zorroztu bat adierazten dute —sentsibilizazio- eta ikerketa-osagaien emaitza bera—, eta bat datoz testuinguru-azterketek errefuxiatu emakumeen eta nerabeen artean



egiturazko desberdintasun iraunkorrei, GBVren ondorengo laguntza-bilaketa beranduari eta SRH oztopoei buruz ateratako ondorioekin.

KII/FGD Perspektibak

Ebidentzian Oinarritutako Programazioa Sustatzen Esku-hartzeak eskalatu aurretik ebaluazio akademiko zorrotzak integratzeko estrategia erreferentziazko jardunbide egokitzat jo zen. Bazkide betearazleen eta Farmamundiko zuzendaritzaren transkripzioek agerian uzten dute Makerere Universityren ikerketa-aparatua aprobetxatzeak funtsean indartu zuela proiektuaren testuinguru-garrantzia. Masterreko ikasleak ETODa, SRH oztupoak eta GBV atzerapenak modu kritikoa ebaluatzeko zabalduz, partzuergoak datu enpirikoekin ordezkatu zituen suposizioak. *"Proposamenean sartzen dugun azken gauza Makerere Universityren baldintzak dira... praktika onik onena da"* (KII, Zuzendariordea, Farmamundi, Espainia). Diagnostiko-oinarri sendo horrek ñabardurazko pibotatzeak ahalbidetu zituen, bereziki fokua hiriko miel-osasun krisi gero eta handiagoarantz birbideratuz.

Komunitatearen Kontzientzia Kritikoa Lantzen Kyaka II eta Kampalan komunitatearen osasun-ahalduntzeari buruzko pertzepzio orokortuen ondoriozko gainbehera ez da kualitatiboki programazio-hutsegite gisa ulertzen, kontzientzia zibiko kritikoaen pizte gisa baizik. Komunitateek ebaluazio hauetan parte hartu ahala, hiztegi zorrotzagoa garatu zuten sarbide eta ekitate sistemikoko egiturazko gabeziak artikulatzeko. *"Beharrianen ebaluazioan... beren iritziak eman ahal izan zituzten eta horrek benetan bideratu zuen ezarpen-estrategia"* (KII, Osasun Publikoko Ofiziala, EMESCO, Adjumani). Ikerketa-faseetan egiturazko desberdinkeriei modu irekian aurre egitean, proiektuak arrakastaz aldatu zuen populazioaren pentsamoldea, zerbitzu eskasak onartzetik osasun-eskubideen gabezia sistemikoak aktiboki kritikatzera igaroz.

3.2 jarduera. Ugandako komunikabideekin lankidetzan, genero-desberdinkeriei eta giza eskubideen urraketei buruzko ebaluazioaren ondorioak zabaltzeko

Jarduera honen helburua Ugandako komunikabideetako profesionalen gaitasuna indartzea izan zen, errefuxiatuen gaiei, genero-desberdinkeriei, giza eskubideei eta sexu- eta genero-indarkeriari buruzko informazio etikoagoa, zehatzagoa eta arduratsuagoa eman dezaten. Komunikabideentzako lantegi espezializatu bat antolatu zen Makerere Universityko Osasun Publikoko Eskolarekin lankidetzan, nazio, eskualde eta komunitate mailako komunikabide-erakundeetako kazetariak bilduz.

Lotutako adierazlea: I.O.V.2.R.3.

1. xedea: Gutxienez 20 kazetarik hartzen dute parte lantegian.



Lorpena: 20 kazetarik hartu zuten parte hedabideen konpromisoari eta prestakuntzari buruzko lantegian.

Lantegiak honako hauek nabarmendu zituen:

- Errefuxiatuen inguruko informazio etikoa ematea.
- Bizirik irten direnen duintasuna eta konfidentzialtasuna.
- Gatazkekiko sentikorra den kazetaritza.
- Estigmarekin amaitzea.
- Eskubideetan oinarritutako kontakizunak.
- Narrazio-enkoadraketa arduratsua.
- Ebidentzian oinarritutako informazio-ikuspegiak.

Parte-hartzaileek hausnarketa kritikoa egin zuten errefuxiatuen inguruan hedabideetan nagusi diren kontakizunen inguruan, eta biktima-zentroan jartzen duten irudikapenetatik haratago joateko beharra eztabaidatu zuten, errefuxiatuen artean erresilientzia, agentzia eta duintasuna aitortzen duten kontakizunetarantz jotzeko.

Lotutako adierazlea: I.O.V.2.R.3.

2. xedea: Hedabideetako eragileentzako gomendioak biltzen dituen dokumentu bat garatu eta zabaltzea.

Lorpena: Hedabideentzako gomendio eta gida-dokumentu bat prestatu eta zabaldu zen lantegiaren ondoren.

Esku-hartzeak kazetarien, eragile humanitarioen, akademia-erakundeen eta errefuxiatuengan zentratutako erakundeen arteko elkarrizketa indartzen lagundu zuen, eta, aldi berean, testuinguruari egokitutako eta eskubideekiko sentikorrak diren informazio-ikuspegiak sustatu zituen.

Jarduerak hedabideek errefuxiatuei, genero-berdintasunari, osasun-laguntzarako sarbideari eta babes-kezkari buruzko herritarren pertzepzioak moldatzeko izan dezaketen paper garrantzitsua ere nabarmendu zuen.

Baseline/Endline Aldaketak

Etxeetako osasun-informazioaren iturrien ereduak proiektuaren hedabideekiko konpromisoa (20 kazetari prestatu; hedabideentzako gomendioen dokumentu bat) garatu zeneko ingurune mediatiko eta komunikatibo zabalagoa ilustratzen dute. VHTak informazio-iturri nagusi autonomo gisa indartu ziren Kyaka II-n (% 14,6→% 28,0) eta Adjumanin (% 11,6→% 20,3). Sare sozialen erabilera osasun-informazioaren kanal nagusi gisa nabarmen igo zen Kampalan (ia existitu ere ez egitetik % 18,6ra iturri



bakarra bezala, gehi kanal konbinatuetan izandako aipamen osagarriak), kontakizun digitalari buruzko hiri-hedabideen konpromisoaren garrantzia berretsiz. Irratia/Telebista bigarren mailako iturri baina egonkor mantendu zen hiru guneetan. Amaierako lerroan informazio-iturrien dibertsifikazioak bat egiten du media-lantegiak informazio arduratsu eta kanal anitzekoan jarritako garrantziarekin.

KII/FGD Perspektibak

Transkripzioek iruzkin zuzen mugatuak eskaini zituzten hedabideen lantegi espezifikoari buruz; hala ere, parte-hartzaileek informazio-kanal dibertsifikatuen garrantzia azpimarratu zuten.

Esparru Narratiboen Aldaketa eta Media Etika Lehen lerroko bazkide betearazleek eta komunitateko kideek barneko kazetaritza-lantegiak zuzenean gutxitan aipatu bazituzten ere, zuzendaritzako KIIek nabarmendu zuten biktima-zentroan oinarritutako kontakizun mediatikoetatik errefuxiatuen agentzian eta duintasunean oinarritutako istorioetara igarotzeko beharra. Etikoki sendoa den informazioa lantzea hertsiki lerrokatzen da proiektuaren misio zabalagoarekin: desplazamendua desestigmatizatzea eta trauma sentsazionalizatzea baino gehiago egiturazko oztopoak nabarmentzea.

Kanal Anitzeko Informazio Zabalkundea Datu kualitatiboak sendo lerrokatzen dira amaierako lerroko behaketarekin, hau da, errefuxiatu-komunitateak beren informazio-hartzea dibertsifikatzen ari direla. Hiri-zentroetan, konpromiso digitalerako biraketa bide kritiko gisa agertu zen. "*Kanal gehiago esplora ditzakegu... telebistara igo behar dugu, beste plataforma batzuetara joan, podcast bat egin*" (KII, MEAL Officer, AHA, Kampala). Bien bitartean, asentamenduen testuinguruan, aurrez aurreko masa-komunikazio dinamikoak oso balioetsia izaten jarraitzen du. Bozgorailu mugikorren bidezko kanpainak oso eraginkorrak izan ziren oztopo geografikoak gainditzeko. "*Mikrofonoarekin zentroetara ere joaten dira jendearekin hitz egitera*" (FGD, RWAC, Adjumani). Kazetariak eta komunikatzaileak hezteak funtsean indartzen du kanal anitzeko estrategia hau, errefuxiatu batek erabiltzen duen bitartekoa edozein dela ere —sare sozialak, irratia edo jendaurreko emisioak— haien eskubideen inguruko kontakizunak zehatza, errespetuzkoa eta ahalduntzailea izatea bermatuz.

3.3. jarduera. Babesari, Generoari eta Giza Eskubideei buruzko mintegi-sorta Makerere Unibertsitatean

Jarduera honek sektore anitzeko plataforma garrantzitsu bat sortu zuen elkarriketarako, ebidentziak partekatzeko, hausnarketarako eta errefuxiatuen osasunarekin, osasun mentalarekin, genero-indarkeriarekin



(GBV), osasun sexual eta ugalketarekin (SRH) eta giza eskubideekin lotutako politika-eztabaidarako.

Makerere Unibertsitatean antolatutako mintegi-sortak gobernu-erakundeetako, akademiako, erakunde humanitarioetako, errefuxiatu-komunitateetako, hedabideetako eragileetako eta gizarte zibileko erakundeetako ordezkariak bildu zituen. Mintegiak 3.1. jardueran sortutako ikerketa-emaitzak zabaltzeko plataforma gisa ere erabili ziren.

Lotutako adierazlea: I.O.V.3.R.3.

1. helburua: Gutxienez 100 parte-hartzaile (%50 emakumeak) bertaratzen dira mintegietara.

Lorpena: Guztira 91 parte-hartzailek hartu zuten parte, horien artean 44 emakumek, Makerere Unibertsitatearekin elkarlanean egindako mintegietan.

Jarduerak parte-hartzearen jatorrizko zenbakizko helburutik pixka bat behera geratu bazen ere, mintegiek konpromiso tekniko eta instituzional handia lortu zuten askotariko eragileen artean.

Mintegiek gai hauek jorratu zituzten:

- Osasun mentalari eta laguntza psikosozialari lotutako erronkak.
- Generoko indarkeriaren (GBV) prebentzio- eta erantzun-sistemak.
- Errefuxiatuen Ugalketa- eta Sexualitate-osasunerako (SRH) oztupoak.
- Zaintza bilatzeko jokabidearen atzerapenak.
- Errefuxiatuen osasuna sistema nazionaletan integratzea.
- Giza eskubideen eta babesaren inguruko kezkak.
- Evidentzian oinarritutako politika-erantzunak.

Eztabaidek, halaber, errefuxiatuen artean —bereziki emakumeen eta nerabeen artean— osasun mentaleko baldintzen karga gero eta handiagoa dela azpimarratu zuten, eta osasun-laguntzarako sarbideari, generoko indarkeriaren salaketari eta laguntza psikosozialaren jarraitutasunari eragiten dieten oztupo iraunkorrak nabarmendu zituzten.

Lotutako adierazlea: I.O.V.3.R.3.

2. helburua: Mintegiko ondorioen dokumentu bat garatzea intzidentzia-ahaleginak sustatzeko.

Lorpena: Mintegi osteko ondorio eta gomendioen dokumentu bat garatu eta zabaldu zen.



Mintegiek ikerketaren, ekintza humanitarioaren eta elkarrizketa politikoaren arteko loturak indartu zituzten, eta, aldi berean, errefuxiatuen osasun mentalari, generoko indarkeriaren erantzun-sistemei, ugalketa- eta sexualitate-osasunari eta errefuxiatuen osasun-laguntza sistema nazionalan integratzeari arreta instituzional handiagoa ematea sustatu zuten.

Jarduerak, halaber, ebidentzia sortzeak programazio humanitarioko eta intzidentziako prozesuetan duen zeregina indartu zuen.

Oinarrizko lerroko/amaierako lerroko aldaketak

Osasunerako eskubideari buruz gehiago ikasteko eta horren alde nola egin jakiteko interesa oso handia izan zen gune guztietan, eta nabarmen egin zuen gora Kanpala (% 82,7 → % 93,3), Makerere Unibertsitateko mintegi-sorta bertan kontzentratu baitzen. Adjumani-k interes handia erregistratu zuen amaierako lerroan, baina pixka bat txikiagoa (% 96,4 → % 88,8), eta Kyaka II-n behera egin zuen (% 77,6 → % 62,5). Mintegiak 91 parte-hartzailegana iritsi ziren (helburua: 100) eta ondorio-dokumentu bat sortu zuten; hori bat dator inkestan ikusitako hiri-politikarekiko interesaren zabaltearekin. Aurkikuntzek mintegien garrantzia estrategikoari eusten diote elite politikoaren eta akademiaren konpromisorako, baita komunitate-mailako ezagutza-lanak paraleloan jarraitu zuen bitartean ere.

KII/FGD ikuspegiak

Akademia eta goi-mailako politika humanitaria uztartzen Ikerketa kualitatiboak Makerere Unibertsitateko mintegi-sortaren garrantzia estrategikoa balioztatzen du, oinarrizko errefuxiatuen borroka akademien eta politika nazionalaren diskurtsora igotzeko. Erakundeetako eragileak, akademikoak eta laguntza-erakundeak elkartuz, proiektuak landa-datu gordinen eta goi-mailako egiturazko intzidentziaren arteko arrakala gainditu zuen. Lidergo-transkripzioek baieztatu zuten zabalkunde-ekitaldi horiek lortu zutela zirkulu politikoaren arreta serioa bereganatzea, bereziki lekualdatutako biztanleentzako osasun mentaleko zerbitzu integratuen falta akutuari dagokionez. Asentamendu-komandante batek ezagutza-transferentzia horren balioa berretsi zuen, honako hau adieraziz: *"Bi eguneko lantegi bat egon zen emaileekin eta iturriekin... Makererereko taldeak egindako ikerketa zabalten ari ziren"* (KII, Asentamendu-komandantea, OPM, Kyaka II).

Hiri-errefuxiatuen errealitateak handitzen Goi-mailako konpromiso hori bat dator zuzenean Kanpala eskubideetan oinarritutako intzidentzia-interesak izandako gorakada nabarmenarekin. Mintegiak funtsezko pilotu gisa balio izan zuten, zorrotasun akademikoa operazio humanitarioekin lotzeko beharra erakutsiz. Bazkide betearazleek eta Farmamundiko zuzendariek



lankidetzak akademiko hau eskalatzeko gogoak adierazi zuten aktiboki. "Mintegi bat egin genuen, txosten akademiko batzuk egin genituen... esan zuten: 'Mesedez, bigarren fase bat behar dugu'" (KII, Zuzendariordea, Farmamundi, Espainia). Erabaki-hartzaileei landa-errealitate kualitatiboen eta kuantitatiboen aurkezpena formalizatzean, mintegiek ebidentzian oinarritutako plataforma bat finkatu zuten, politika iraunkorren integrazioa bultzatzeko gaitasuna duena.

3.4. jarduera. Sentsibilizazio-, lekukotza- eta intzidentzia-jarduerak Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE)

Jarduera honek migrazioaren, errefuxiatuen eskubideen, osasun-laguntzarako sarbide-hesien eta lekualdatutako biztanleriaren esperientzien inguruko elkarrizketa eta kontzientziazio lokal-globala indartu zuen, Euskal Autonomia Erkidegoan gauzatutako sentsibilizazio- eta intzidentzia-ekimenen bidez. Interbentzioak ikerketa parte-hartzailea, elkarrizketa-saioak, sentsibilizazio-kanpainak, lekukotzak partekatzea, erakundeen konpromisoa, liburutegi biziak, zabalkunde akademikoa eta komunikazio digitaleko estrategiak uztartu zituen, errefuxiatuen osasunari eta eskubideei buruzko herritarren ulermena sendotzeko.

Lotutako adierazlea: I.O.V.4.R.3.

1. xedea: Azterlan akademiko bat EAEn migratzaileek eta errefuxiatuek osasun-laguntza jasotzeko dituzten hesiei buruz.

Lorpena: EAEn migratzaileek eta errefuxiatuek osasun-laguntza jasotzeko dituzten hesiei buruzko ikerketa-prozesu bat hasi eta nabarmen garatu zen; besteak beste, interesdunen mapaketa, kontsulta parte-hartzaileak, hautaketa-prozesuak eta ikerketa espezializatuaren enkargua egin ziren.

Ikerketa-prozesu honek honako hauek sortu zituen:

- Ikerketaren azken txostena.
- Laburpen betearazleak.
- Osasun-laguntzarako sarbidea hobetzeko gomendioak.
- Jardunbide egokien gida-dokumentuak.
- Zabalkunde zientifikoko produktuak.

Prozesuak, halaber, egiturazko hesiak nabarmendu zituen, migrazio-egoerari, diskriminazioari, kultur arteko desberdintasunei, osasun-sistemaren ezagutzari eta eskubideen eskuragarritasunari lotutakoak.

Lotutako adierazlea: I.O.V.4.R.3.



2. xedea: Hirurogeita hamar parte-hartzailek sentsibilizazio-jardueretan parte hartzea, Liburutegi Bizien eta lekukotzetan oinarritutako jardueren bidez.

Lorpena: Liburutegi Biziak eta lekukotzak partekatzeko jarduerak arrakastaz gauzatu ziren EAEko hainbat gune akademiko eta publikotan, aurreikusitako helburu-populaziora iritsiz eta migrazioaren, eskubideen eta osasun-sarbidearen inguruko elkarrizketa sendotuz.

Liburutegi Bizien metodologia bereziki eraginkorra izan zen honako hauetarako:

- Estigmatizazioa murriztea.
- Enpatia sustatzea.
- Kulturarteko elkarrizketa bultzatzea.
- Errefuxiatuen esperientziak humanizatzea.
- Osasun-laguntzarako sarbide-hesien inguruko herritarren sentsibilizazioa indartzea.

Lekukotzek lotura garrantzitsuak sortu zituzten Ugandako errefuxiatuen errealitateen eta Europako migrazio-esperientzia zabalagoen artean, proiektuaren ikuspegi lokal-globala indartuz.

Lotutako adierazlea: I.O.V.4.R.3.

3. xedea: Inkesta erantzun duten parte-hartzaileen % 70ek, gutxienez, jakintza hobetu dutela adieraztea Ugandako testuinguru humanitarioko osasun-laguntzarako sarbideari eta haren azpiko kausei buruz.

Lorpena: Sentsibilizazio- eta zabalkunde-jarduerak parte-hartzaileen ulermena hobetzen lagundu zuten errefuxiatuen osasun-hesiei, migrazio-prozesuei, genero-desberdintasunei eta babes humanitarioko kezkei dagokienez, nahiz eta azken neurketa-datuak oraindik sendotze-fasean egon txostena idazteko unean. Jarduerak intzidentzia instituzionala ere indartu zuten mahai-inguruen bidez eta Euskal Herriko akademiarekin, udalekin, migrazio-plataformekin eta lankidetzako eragileekin izandako harremanen bidez. Sare sozialetako kanpainen, plataforma digitalek, lekukotzek eta zabalkunde-materialek ekimenaren ikusgarritasuna handitu zuten eta herritarren parte-hartze zabalagoa sustatu zuten ekitaldi fisikoetatik harago.

Lorpen horiek lortu arren, erronken artean honako hauek egon ziren: parte-hartzaileen itxaropenak kudeatzea, lekukotzak partekatzeko jardueretan babes emozionala bermatzea eta ikerketa-emaiza konplexuak herritarrak sentsibilizatzeko material eskuragarri bihurtzea. Hala ere, jarduerak



herritartasun kritikoa, kontzientziazioa, kulturarteko elkarrizketa eta eskubideetan oinarritutako ulermena indartzen lagundu zuen errefuxiatuen errealitateei eta osasun-laguntzarako sarbide-hesiei dagokienez.

Oinarrizko lerroaren/Amaierako lerroaren aldaketak

Jarduera hau Ugandatik kanpo egin zen eta, beraz, ez da zuzenean jaso etxeetako inkestan. Ugandako oinarrizko lerroko/amaierako lerroko datuetako zeharkako seinaleek —bereziki honako honen garrantziaren hazkundera: sare sozialak informazio sanitarioa lortzeko kanal gisa Kampalan eta osasunerako eskubidearen aldeko defentsan irautea Adjumanin (% 88,8 amaierako neurketan), haatik, bat datoz Euskadiko osagaiaren tokiko eta mundu mailako elkarrizketa-logikarekin. Testuinguruko ikerketek, lekukotzek, eta Human Library (Liburutegi Humanoak) ekimenaren emaitzek tokiko defendatzaileak elikatzen dituzte Makerere-rekiko elkarlanaren bidez, inkestetan ikusitako eskubideetan oinarritutako informazio-gosea indartuz.

KII/FGD ikuspegiak

Tokiko eta mundu mailako enpatia eta elkarrizketa sustatzea Euskal Autonomia Erkidegoan Liburutegi Humanoen gauzatzeak milaka kilometrotako banaketa geografikoa gainditu zuen, kulturen arteko enpatia sakona sortuz. Farmamundiko hezkuntza-koordinatzaile den Iratik, Ugandako abokatuen eta Kongoko errefuxiatuen lekukotzak grabatzeko prozesua zehaztu zuen, haien bizi-esperientziak Euskadiko medikuntza eta erizaintzako ikasleentzako hezkuntza-tresna bihurtuz. "*Liburutegi humano deitu genion horietako batzuk egiten ditugu... galderei erantzuten diete. Eta egia esan, hori da magia: osasun-sistemako etorkizuneko profesionalak pertsona errealean aurrean jartzen ditugunean*" (KII, Hezkuntza Koordinatzailea, Farmamundi, Espainia). Metodologia horrek Europako etorkizuneko osasun-profesionalak joera sistemikoei, arrazismoari eta sarbide-oztopoei aurrez aurre egitera behartu zituen.

Errefuxiatuen narrazio orokorrak humanizatzea Ikus-entzunezko lekukotza pertsonalak zainduz, proiektuak estatistika abstraktuak desagitea lortu zuen, erresilientziatzako banakako narrazio sakonekin ordezkatur. Istorio horiek grabatzeko erabilitako ikuspegi zainduak eta traumatismoak aintzat hartzen dituenak ziurtatu zuen subjektuak inoiz ez zirela objektu bihurtu, baizik eta haien agentzia eta biziraupena goraiatu zirela. Euskadiko unibertsitate-ikasleengan izandako eragin sakonak frogatu zuen enpatiazko kontakizunek mugak gainditzen dituztela. "*Jendea hunkitzen du, ez delako gauza bera dokumentu bat irakurtzea... edo haiek beren istorioak kontatzen ikustea*" (KII, Hezkuntza Koordinatzailea, Farmamundi, Espainia). Mugaz gaindikoko defentsa



horrek osasunerako eskubidearen unibertsaltasun kontzeptuala indartu zuen.

4. Emaiza: Kalitatea, erantzukizuna, parte-hartzea eta gardentasun-mekanismoak indartu dira laguntza humanitarioan eta babesean Kampalako, Kyaka Ilko eta Adjumaniko errefuxiatuentzat, Oinarrizko Humanitario Standardekina (CHS) bat etorritz.

Oro har, 4. Emaiza nabarmen lortu zen hiru esku-hartze eremuetan, kontu-emate sistemak, komunitatearen parte-hartze egiturak, koordinazio-mekanismoak, antolakuntza-gaitasuna eta iritziak zein kexak kudeatzeko sistemak indartuz. Esku-hartzeak nabarmen hobetu zuen errefuxiatu-komunitateen eta erakunde-eragileen parte-hartzea proiektuaren ezarpenean, monitorizazioan, erabakiak hartzean eta kontu-emate prozesuetan, eta, aldi berean, Oinarrizko Humanitario Standardekiko (CHS) eta Kaltetutako Populazioekiko Erantzukizunaren (AAP) printzipioekiko lerrokadun-maila indartu zuen.

Esku-hartzeak erakunde zein komunitate mailako kontu-emate sistemak indartu zituen Koordinazio eta Monitorizazio Batzordeen sorreraren, erantzukizun-planen ezarpenaren, erakundeen arteko Iritzi, Bideratze eta Ebazpen Mekanismoan (FRRM) parte hartzearen, komunitate-elkarrizketen, truke-bileren eta erakundeen gaitasuna indartzeko ekimenen bidez. Egitura hauek errefuxiatu-komunitateen, bazkide betearazleen, tokiko agintarien, UNHCR/ACNURen eta beste eragile humanitario batzuen arteko komunikazioa hobetu zuten, gardentasuna, erantzun-gaitasuna eta komunitatearen jabetza indartuz inplementazio osoan zehar.

4.1. Jarduera. Oinarrizko egoeraren diagnostiko-azterketa bat garatzea eta emaitzak zabaltzea Kampala, Kyaka II eta Adjumaniko errefuxiatuen osasun-egoerari, osasun sexual eta erreproduktiboari eta sexu-indarkeriaren aurreko erantzunari buruz.

Jarduera honek esku-hartzerako oinarrizko ebidentzia-basea ezarri zuen, hiru operazio-eremuetako errefuxiatuei eragiten dieten osasun-zerbitzuetarako sarbidea, OSR, osasun mentala, GBVaren prebalentzia, kontu-emate sistemak eta babes-kezkak aztertzen dituen oinarrizko ebaluazio integral baten bidez.

Oinarrizko ebaluazioa 2023ko azarotik 2024ko urtarrilera bitartean egin zen, literatura-berrikuspena, elkarrizketa erdiegituratuak, foku-taldeak eztabaidak eta etxeetako inkestak erabiliz. Prozesua AHAK, EMESCOk eta Farmamundik elkarlanean gauzatu zuten, eta ondorioz, oinarrizko txostenak eta adierazleak monitorizatze esparruak garatu ziren, proiektuaren aldi zehar ezarpen-prioritateen berri eman zutenak.



Lotutako adierazlea: I.O.V.1.R.4.

Helburua: Xede-populazioaren parte-hartze aktiboa proiektuaren erabakiak hartzean, Koordinazio eta Monitorizazio Batzordeen eta parte-hartze mekanismoen bidez.

Lorpena: Oinarrizko ebaluazioak Kampala, Kyaka II eta Adjumanin egitura parte-hartzaileak, kontu-emate sistemak eta ezarpen-prioritateak finkatzeko erabilitako lehen mailako ebidentzia-basea sortu zuen.

Ebaluazioak osasun-zerbitzuak eskuratzeko oztopo nagusiak identifikatu zituen, besteak beste:

- Distantzia luzeak osasun-zentroetaraino.
- Garraio-erronkak.
- Itxaronaldi luzeak.
- Osasun-langileen eskasia.
- Bideratze-sistema ahulak.
- Osasun mentaleko zerbitzuetarako sarbide mugatua.
- GBV salatze eta bizirik suertatutakoei laguntzeko oztopoak.

Oinarrizko azterketak erakutsi zuen, halaber, asegabetasun handia zegoela osasun mentaleko eta GBVarekin lotutako zerbitzuekin, bereziki Adjumanin eta Kyaka IIn, eta horrek agerian utzi zuen komunitatean oinarritutako laguntza-sistemak hedatzearen eta bideratze-mekanismoak indartzearen garrantzia.

Diferentzia geografiko garrantzitsuak agertu ziren oinarrizko prozesuan. Kyaka II eta Adjumani bezalako kokalekuetan, oztopoak hertsiki lotuta zeuden distantziara, mugatuta instalazioen estaldura eta zerbitzu espezializatuen eskasia. Kampalan, oztopoek lotura estuagoa zuten hiri-fragmentazioarekin, zaurgarritasun ekonomikoarekin, nahasmendu psikosozialarekin eta osasun-sistema konplexuetan nabigatzeko zailtasunekin.

Hasierako azterketak nabarmen indartu zuen esku-hartzearen ebidentzian oinarritutako orientazioa, eta inplementazio osoan zehar jarduerak egokitzeko informazioa eman zuen.

Hasierako eta amaierako egoeren arteko aldaketak

Oinarrizko Azterketa Diagnostikoak (2023ko azarotik 2024ko urtarrilera) adierazle-esparrua sortu zuen, eta horren arabera neurtu da txosten honetako amaierako egoera (2025eko abendua). Bi txandak alderatzeak



hasierako hainbat aurkikuntza berresten ditu: Gobernuaren Osasun Zentroekiko konfiantza oso handia hasieran (Kyaka II % 80,4, Adjumani % 84,3), VHTen presentzia handia, MHPSSrako sarbidearen balorazio baxua (Kyaka II 2,94/5, Adjumani 2,76/5) eta osasun-gastuaren zama handia (Adjumani % 83,5). Amaierako egoerak aurrerapenak erakusten ditu horietako bakoitzean —lehen kontaktu-puntuak dibertsifikatzea, MHPSSrako sarbidearen balorazio hobetuak (Adjumani 3,49) eta gastuaren murrizketa Kyaka II eta Adjumanin—, hasierako diagnostikoaren balioa balioztatuz eta bultzatu dituen kontu-emate parte-hartzailerako egiturak babestuz.

KII/FGD perspektibak

Beharren lerrokatze estrategikoa diagnostiko zorrotzaren bidez Datu kualitatiboek irmo balioztatzen dute 2023ko azarotik 2024ko urtarrilera bitartean egindako Oinarrizko Azterketa Diagnostikoaren erabilgarritasuna. Esku-hartzean parte hartzen duten kideek maiz aipatu dute hasierako azterketa beren norabide operatiboen erabateko oinarri gisa, eta zehazki adierazi dute landa-datu enpirikoek era eraikitzailean zalantzan jarri zituztela hasierako hipotesiak. MHPSSren defizit itzela, bigarren mailako arretarako oztopo finantzario larriak eta sustraitutako oztopo geografikoak nabarmenduz, hasierako azterketak esku-hartze hiper-bideratuak izatea ahalbidetu zuen, generikoak izan beharrean. Monitorizazio-funtzionario batek honela azaldu zuen: "*Arazoaren analisisa egin genuen... denek hartu zuten parte hasieratik, jarduera horietako batzuk proposatu aurretik ere*" (KII, SRHR funtzionarioa, Kampala).

Komunitatearen zaurgarritasunak balioztatzea eta sarbidearen eboluzioa Amaierako inkestak arreta bilatzeko portaeren aldaketak jasotzen ditu, eta horiek hasierako mapaketarekin lotura zuzena dute. Adibidez, hasierako azterketan gainezka zeuden gobernu-instalazioekiko konfiantza izugarria agerian geratu zenez, proiektuaren estrategia sortu zen: sarbide-puntuak dibertsifikatzea, medikuntza-irismenaren eta VHT sare sendoen bidez. Errefuxiatuen buruzagiak entzunak eta balioztatuak sentitu ziren hasierako kontsulta-fase horiei esker. "*Hasierako inkestetan parte hartu zuten eta, horri esker, zer hutsune dauden jakinaraz diezagukete*" (KII, Ofizial Paralegala, EMESCO, Adjumani). Hasiera-hasieratik eragina jasan duten populazioen zailtasun errealak —eta ez ustezkoak— ardatz hartuta, proiektuak komunitatearen babes erabakigarria lortu zuen, hurrengo kontu-emate eta osasun esparruak gauzatzeko beharrezkoa zena.

4.2. jarduera. Eskubideak, erantzukizunak eta betebeharrak dituzten eragileek osatutako Koordinazio eta Monitorizazio Batzordeak sortzea



Jarduera honek komunitatearen parte-hartzea, ordezkaritza, jabetza eta kontu-ematea indartu zituen proiektu-ziklo osoan zehar, Kampala, Kyaka II eta Adjumanin Koordinazio eta Monitorizazio Batzordeak eratu.

Batzordeek errefuxiatuen ordezkariak, komunitateko buruzagiak, bazkide betearazleak, tokiko agintariak, osasun-eragileak eta erakundeetako eragileak bildu zituzten, proiektuaren jardueren monitorizazioa, feedbacka, koordinazioa eta egokitzapena babesteko.

Lotutako adierazlea: I.O.V.1.R.4.

Helburua 1: Gutxienez 60 pertsonak, horien artean 30 emakumek, parte hartzea Koordinazio eta Monitorizazio Batzordeetan, generoaren, adinaren eta jatorriaren arabera ordezkaritza ziurtatuz.

Lorpena: Guztira 118 pertsonak, horien artean 85 emakumek, parte hartu zuten Koordinazio eta Monitorizazio Batzordeetan hiru eremu operatiboetan.

Esku-hartzeak nabarmen gainditu zituen parte-hartze helburuak eta ordezkaritza indartu zuen komunitate-egituretan.

Kampalan, hiru Koordinazio eta Monitorizazio Batzorde ezberdin eratu ziren, horien artean:

- Hiriko osasun-bazkideak eta erakunde-eragileak biltzen dituen batzorde bat.
- Hainbat nazionalitate eta hiri-barruti ordezkatzeko dituen errefuxiatuen komunitate-batzorde bat.
- Errefuxiatuen komunitateetako lidergo-egiturak biltzen dituen errefuxiatuen ordezkarien batzorde bat.

Kyaka II-n, bi batzorde eratu ziren Buliti eta Byabakora zonek, komunitateko aktibistak, tokiko buruzagiak eta errefuxiatuen ordezkariak tartean zirela. Adjumanin, 20 kidez osatutako batzorde handi bat eratu zen, genero-ordezkaritza orekatuarekin eta errefuxiatuen eta erakundeetako eragileen parte-hartzearekin.

Batzordeek honako hauetan lagundu zuten:

- Inplementazioaren aurrerapena monitorizatzen.
- Komunitatearen feedbacka biltzen.
- Egokitzapen-beharrak identifikatzen.
- Koordinazioa indartzen.
- Errefuxiatuek erabakiak hartzean duten parte-hartzea sustatzen.



- Kontu-ematea eta gardentasuna hobetzen.

Jarduera honek komunitateen, bazkide betearazleen, OPMren, UNHCRren, barrutiko agintarien eta eragile humanitarioen arteko komunikazioa ere indartu zuen, esku-hartze prozesuen jabetza komunitarioa areagotuz.

Lotutako adierazlea: I.O.V.2.R.4.

2. helburua: Gutxienez 14 bilera egitea eskubideen titularrekin eta erantzukizun eta betebeharren eragileekin proiektu-ziklo osoan zehar.

Lorpena: Guztira 48 bilera, elkarrizketa, trukerako saio eta kontu-emateko saio egin ziren Kampala, Kyaka II eta Adjumanin.

Loturiko adierazlea: I.O.V.2.R.4.

3. helburua: Gutxienez azken feedback-bilera bat eginda.

Lorpena: Azken feedback-bilerako hiru saio egin ziren, bat operazio-eremu bakoitzeko.

Komunitateko elkarrizketak, truke-bilerak, goizeko topaketak eta kontu-emateko saioak mekanismo garrantzitsu bihurtu ziren honako hauetarako:

- Proiektuaren informazioa partekatzea.
- Komunitatearen feedbacka biltzea.
- Inplementazio-erronkak eztabaidatzea.
- Gardentasuna indartzea.
- Partaidetza sustatzea.
- Egokitzapen-beharrak identifikatzea.

Kampalan, kontu-emateko jardueren artean komunitate-elkarrizketak, errefuxiatuen bilerak, goizeko saioak eta udalen konpromiso-prozesuak egon ziren, errefuxiatu-populazio handiak inplikatur. Kyaka II eta Adjumanin, elkarrizketak kokaleku-mailako partaidetzan, komunitatearen feedbackean eta tokiko liderrekin eta eragile instituzionalekin koordinatzean zentratu ziren gehiago.

Oinarrizko lerroko/amaierako aldaketak

Kontu-emateko mekanismoekiko kontzientzia —Koordinazio eta Monitorizazio Batzordeen ikusgarritasuna gehien jarraitzen duen adierazlea — nabarmen igo zen Kampalan (%66,7→%89,2), mantendu egin zen Adjumanin (%55,8→%58,9) eta behera egin zuen Kyaka II n (%69,5→%50,8). Eredu honek batzordeen banaketa islatzen du (hiru batzorde Kampalan, bi



Kyaka II, bat Adjumanin) eta monitorizazio-txostenetan dokumentatutako hiriko erakunde-konpromiso sendoa (118 kidek parte hartu zuten, horien artean 85 emakume, 60/30eko helburuaren aurrean). Kyaka IIko gainbehera nabarmenak erakusten du batzordeen funtzioak hobeto komunikatu behar direla Buliti eta Byabakora eremuetatik kanpoko kokaleku-eremuetan.

KII/FGD ikuspegiak

Gobernantza-mekanismo inklusiboak sustatzea Koordinazio eta Monitorizazio Batzordeak sortzeak nabarmen goratu zuen errefuxiatuen rola, hartzaile pasibo izatetik kudeaketa-eragile aktibo izatera pasatuz. Ikuspegi kualitatiboek argitzen dute gainbegiratzea komunitate-bloke anitzetan ainguratzeak —Kampalan nazionalitate ezberdinez osatuak, eta Kyaka II eta Adjumanin zona-lider estrategikoez— proiektuaren legitimitatea sendotu zuela. Batzorde hauek ezinbesteko bide bihurtu ziren komunikazio garden baterako, landa-erronkak berehala bideratzen zirela ziurtatuz inplementazio-bazkideengana berregokitzerako. GBVko (genero-indarkeriako) erantzule batek batzorde honen ezinbestekotasuna nabarmendu zuen: *"AAP (eragindako biztanleriaren aurreko kontu-ematea) batzorde bat genuen... komunitateko kide ziren 20 lagunez osatua. Haien ideiak jarraiki, gure ordezkari gisa jarduten zuten komunitatean, feedbacka jaso"* (KII, GBV Erantzulea, AHA, Kampala).

Ordezkaritza-erronkei aurre egitea sakabanatutako kokalekuetan Kampalan mekanismoaren ezagutzan izandako igoera nabarmena eta Adjumanin mantendu den irmotasuna bat datoz eskualde horietan jakinarazitako operazio-konpromiso intentsiboarekin. Hala ere, Kyaka II erregistratutako beherakadak erakusten du erronka ñabartua dela batzordeen ikusgarritasunari eustea kokaleku-lurralde oso zabaletan. Guztira 118 kide aktibo egon arren, muga geografikoei batzuetan oztopatu egin zuten batzordeen komunikazio-fluxua beherantz, Kyaka IIko populazio zabalagoarengana. Hala ere, Farmamundi-ko zuzendaritzak funtsezko operazio-oinarritzat jotzen ditu batzorde horiek. *"Hiruhileko bilerak ditugu biztanleriarekin. Jarraipen-batzordeak ditugu"* (KII, Zuzendariordea, Farmamundi, Espainia), egiturazko komunitate-gobernantza kontu-ematerako funtsezkoa dela berretsiz.

4.3. jarduera. Kontu-emate Planak garatzea erakunde mailan AHA eta EMESCOrentzat

Jarduera honek kontu-emateko sistema instituzionalak eta erakunde-ikuspegiak indartu zituen, partaidetzari, gardentasunari, komunitatearen konpromisoari eta eragindako biztanleriaren aurreko kontu-emateari dagokienez.



2024ko urtarrilean egindako bost eguneko lantegi batean Kampala, Kyaka II eta Adjumaniko AHA eta EMESCOko langileak bildu ziren, partaidetza eta kontu-ematean, GBV kudeaketan eta osasun mentaleko eta laguntza psikosozialeko ikuspegietan erakunde-gaitasunak indartzeko.

Loturiko adierazlea: I.O.V.4.R.4.

1. helburua: Gutxienez parte-hartzaileen %80k gaitasun hobetua erakusten du laguntza-kudeaketa kualifikaturako.

Lorpena: Parte-hartzaileen %100ek ulermen eta gaitasun hobetua erakutsi zuten kontu-ematearekin, partaidetzarekin, GBV erantzunarekin eta osasun mentaleko ikuspegiekin lotuta, prestakuntza osteko ebaluazioen arabera.

Loturiko adierazlea: I.O.V.4.R.4.

2. helburua: Gutxienez parte-hartzaileen %80k positiboki baloratzen du lortutako ezagutzen garrantzia eta aplikagarritasuna.

Lorpena: Parte-hartzaileen % 100ek modu positiboan baloratu zuten prestakuntza- eta erantzukizun-kontu ematea indartzeko prozesuen garrantzia, aplikagarritasuna eta kalitatea.

Jardueraren emaitzak honako hauek izan ziren:

- Erakundeen erantzukizun-kontu emateko planak garatzea.
- Eragiketa-eremu guztietan parte-hartzeko eta erantzukizun-kontu emateko planteamenduak sendotzea.
- Hiruhileko erantzukizun-jarraipenerako sistemak indartzea.
- CHS eta AAP printzipioen erakunde-ulermena hobetzea.
- Burujabetza humanitarioa eta eskubideetan oinarritutako planteamenduak erakunde-politiketan integratzea.

Esku-hartzeak AHA, EMESCO eta Farmamundi-ren arteko barne-koordinazioa ere indartu zuen, eta, aldi berean, erantzukizun-kontu emateko planteamenduen koherentzia hobetu zuen eragiketa-eremu guztietan.

Parte-hartzaileek honako hauen garrantzia nabarmendu zuten:

- Gardentasuna programazio humanitarioan.
- Kaltetutako populazioen parte-hartze aktiboa.
- Bizirik atera direnei zuzendutako planteamenduak.
- Osasun mentala erantzun humanitarioetan integratzea.

- Komunitatearen feedback-sistemak indartzea.

Jarduerak nabarmen lagundu zuen erakunde-indartzean, eta esku-hartze zabalagoaren kalitate- eta erantzukizun-dimentsioak sendotu zituen.

Oinarrizko lerroaren/Amaierako lerroaren arteko aldaketak

Amaierako datuek hobekuntza esanguratsuak erakusten dituzte inkestaturen erantzukizun-sistemen esperientzia zuzenean. Jakinarazitako kexa- eta iradokizun-mekanismoen erabilera pertsonala edo ezaguna nabarmen igo zen Kampalan (% 62,2→% 82,2), eta iradokizunaren edo kexaren ebazpenari buruzko erantzuna jaso zuten erabiltzaileen proportzioa hiru gunetan hobetu zen: Kampala % 51,4→% 64,3, Kyaka II % 37,7→% 48,0, Adjumani % 27,3→% 28,9. Aldaketa horiek bat datoz AHA eta EMESCO erantzukizun-planen gauzatzearekin eta jardueraren jarraipen-datuetan jasotako prestakuntza ondorengo % 100eko babesarekin; aldi berean, Adjumani feedback-begizta gehiago indartzeko lehentasunezko gune gisa identifikatzen da.

KII/FGD ikuspegiak

Barne-gaitasuna instituzionalizatzea: Honako hauentzako gaitasunak indartzeko tailer intentsiboek AHA eta EMESCOko langileengan erakunde-koherentzia sakona sustatu zuten. Ezarpen-langileen erantzun kualitatiboek adierazten dute langileen gaitasuna hobetzeak AAPri (Kaltetutako Populazioekiko Erantzukizun-kontu ematea) eta Oinarrizko Humanitario Arauei dagokienez, modu koherentean operazioak bateratu zituela Kampala, Kyaka II eta Adjumaniko ingurune anitzetan. Trantsizioa ad hoc jarduera operatiboetatik egituratutako eta eskubideetan oinarritutako monitorizaziora igarotzeak arreta-estandarra igo zuen bizirik atera direnentzat zein gaixoentzat. Monitorizazio-arduradun batek sendotze horri buruz hausnartu zuen: «*Koordinazio Batzordea oso garrantzitsua da... batzorde honek gure eta komunitatearen arteko lotura gisa funtzionatu zuen*» (KII, MEAL arduraduna, AHA, Kampala).

Beheranzko erantzukizun-kontu ematea indartzea Barne-prestakuntza horrek lotura zuzena izan zuen amaierako inkestaren aurkikuntza esanguratsu batekin: errefuxiatuek hobekuntza handiak jakinarazi zituzten kexak erregistratu ondoren feedbacka jasotzerakoan. Langileek feedback-begizta ixtearen beharrezkotasuna barneratu ahala, kexen kudeaketa betebeharrak teoriko izatetik errutina praktikoa izatera igaro zen. Bazkide betearazleek adierazi zuten, komunitatearen kezkak berriro aztertzeke une espezifikoko antolatzeak konfiantza handia sortu zuen. «*Beti dugu feedback-mekanismo bat, non parte-hartzaileek erraz jakinaraz dezaketen... kezka horietako batzuk txostenean ere jaso ziren*» (KII, SRHR arduraduna, Kampala). Tailerrak langileen aldetik duen garrantziaren % 100eko ebaluazio positiboa



beherantz hedatu zen, eta kaltetutako populazioei zerbitzu-emate hobetua, enpatikoa eta erantzunkorragoa eskaintzea ekarri zuen.

4.4. jarduera. Populazioarentzako erantzukizun-mekanismoak ezartzea, PSEA eta iradokizun, kexa eta erreklamazioetarako agentziarteko mekanismoa (FRRM) barne

Jarduera honek erantzukizun- eta komunitate-feedback heko sistemak indartu zituen, UNHCRk eta OPMk koordinatutako Feedback, Erreferentzia eta Ebazpen Mekanismo (FRRM) agentziartekoarekin integratuz.

Esku-hartzeak komunikazio- eta kexa-kudeaketako hainbat kanal babestu zituen, honako hauek barne:

- Doako telefono-lineak.
- Iradokizun-ontziak.
- Komunitate-bilerak.
- Goizeko elkarrizketak.
- Komunitate-batzordeak.
- Zuzeneko feedback saioak.
- Deribazio-mekanismoak.

Lotutako adierazlea: I.O.V.3.R.4.

1. xedea: Inkestatuen % 75ek kexak, iradokizunak eta erreklamazioak bideratzeko mekanismoen berri dute.

Lorpena: Proiektuaren txostenek adierazi zutenez, inkestatutakoen % 100ek erantzukizun eta kexa mekanismo erabilgarrien berri zuten.

Lotutako adierazlea: I.O.V.3.R.4.

2. xedea: Bideratutako kexa, iradokizun eta erreklamazioen % 100.

Lorpena: Erregistratutako kexa, iradokizun eta erreklamazioen % 100 bideratu eta ebatzi zirela jakinarazi zen.

Interbentzioak honako hauek erregistratu zituen:

- 313 kexa eta iradokizun Kampalan.
- 6 kexa eta iradokizun Kyaka II-n.
- Ez zen kexa formalik erregistratu Adjumanin.

Kampalako kexa gehienak sendagaiak, azterketa medikoak eta hiriko osasun-zentroetako osasun-zerbitzuak eskuratzeko zailtasunekin lotuta



zeuden. Kyaka II-n, kexak eta iradokizunak, batez ere, duintasun-artikuluekin, deribazioekin eta laguntza gehigarriko eskaerekin lotuta zeuden.

Jarduerak gardenkotasuna, erantzun-gaitasuna eta errefuxiatu-komunitateen eta eragile betearazleen arteko konfiantza sendotu zituen, informazio-sistematarako eta deribazio-sistematarako sarbidea hobetzen zuen bitartean.

Esku-hartzeak kexa sentikorretarako konfidentzialtasun- eta deribazio-prozedurak ere sendotu zituen, besteak beste, genero-indarkeria, ustiapena eta babes-arazoak barne.

Oinarrizko lerroko/amaierako lerroko aldaketak

FRRMri lotutako etxe-mailako adierazleek diagnostiko berera bideratzen dute. Kexa, iradokizun eta erreklamazio-mekanismoen inguruko kontzientziazioa handia da oro har, eta nabarmen egin zuen gora Kampalan (% 66,7→% 89,2), Adjumanin mantendu egin zen (% 55,8→% 58,9), eta Kyaka II-n behera egin zuen (% 69,5→% 50,8). Mekanismo horien erabilera Kampalan hazi zen gehien (% 62,2→% 82,2), eta feedbacka jasotzea hobetu egin zen Kyaka II-n (% 37,7→% 48,0) eta Kampalan (% 51,4→% 64,3). Erregistratutako kexa-bolumena (313 Kampala, 6 Kyaka II, 0 Adjumani) bat dator inkestak jasotako hirian oinarritutako erabilerarekin, eta asentamendu-testuinguruetan konfidentzialtasunarekiko sentikorrek diren sarrera-puntu gehigarrien beharra azpimarratzen du.

KII/FGD ikuspegiak

Hizkuntza anitzeko feedback kanalak dibertsifikatzea Proiektua erantzukizun-mekanismo formalizatueta integratzeak, bereziki UNHCRren agentzia arteko FRRM sisteman, asko demokratizatu zuen errefuxiatuek kexak aurkezteko modua. Killek berresten dute doako telefono-lineak zabaldu zirela, errefuxiatuen dialekto nagusietarako (swahili, somaliera, kinyarwanda, etab.) egokituta, lehen kexak isiltasunean harrapatuta uzten zituzten hizkuntza-hesiak deseginez. Iradokizun-ontziekin eta zuzeneko foku-pointekin batera, bide anitz hauek konfidentzialtasuna bermatu zuten, bereziki erabakigarria SGBVren berri emateko. Osasun publikoko ofizial batek sistema orokor honen lietagarritasuna nabarmendu zuen: "*FRRM daukagu... Eragile humanitario guztiak asko erabiltzen duten feedback mekanismo bat da... zuzenean bidaltzen dute*" (KII, Osasun Publikoko Ofiziala, EMESCO, Adjumani).

Erabilera-aldakortasuna hirien eta asentamenduen artean Kexa-bolumenean dagoen alde izugarriak —313 Kampalan eta zifra bakarrak asentamenduetan— hiriko errefuxiatuen konektibitate handiagoa,



plataforma digitaletarako sarbidea eta hiri-zerbitzu fragmentatuetan nabigatzeko marruskadura maizagoa islatzen du. Kampalako langileek konpromiso digital maiz hori egiaztatu zuten: "*Idatzi ere egiten dute. Email bat bidaltzen dute... Erregistro bat daukagu non xehetasun hauek jasotzen diren*" (KII, SRHR Ofiziala, Kampala). Aitzitik, Adjumanin eta Kyaka II-n, gaiak ahoz ebazteko joera kulturek, RWCen edo aurrez aurreko bitartekaritzaren bidez, dokumentazio formaleko bideak saihestu zituzten. Mekanismoek erregistratutako kexen % 100 modu ezin hobean ebatzi bazituzten ere, etorkizuneko settlement-eksu-hartzeek hobeto lerrokatu behar dituzte FRRM kanal formalak landa-eremuko ahozko komunikazio-ohiturekin.

4.5 jarduera. AHA, EMESCO eta Farmamundiren arteko prestakuntza- eta truke-saioak egitea erantzukizunari, giza eskubideei, jasagarritasun ekologikoari eta kalitatezko komunitate-arretari buruz

Jarduera honek ikaskuntza instituzionala, gaitasun teknikoa eta praktika onen trukea indartsu ditu bazkide betearazleen artean, erantzukizunari, genero-indarkeriaren erantzunari, osasun mentalari eta kalitatezko estandar humanitarioei dagokienez.

Bost eguneko tailerrak Kampala, Kyaka II eta Adjumaniko 40 parte-hartzaile bildu zituen, osasun-, babes- eta komunitate-sistemetan lan egiten duten AHako eta EMESCOko langileak barne.

Lotutako adierazlea: I.O.V.4.R.4.

1. xedea: Gutxienez parte-hartzaileen % 80k erakusten du kalitatezko laguntza humanitarioaren kudeaketarako gaitasuna hobetu duela.

Lorpena: Prestakuntzaren osteko ebaluazioek hobekuntza nabarmena erakutsi zuten kide diren langileen ezagutza tekniko eta gaitasunetan.

Lotutako adierazlea: I.O.V.4.R.4.

2. xedea: Parte-hartzaileen % 80k gutxienez modu positiboan baloratzen dute eskuratutako ezagutzen garrantzia eta aplikagarritasuna.

Lorpena: Parte-hartzaileek gehien-gehienek oso positibotzat jo zituzten prestakuntzaren edukia, metodologiak eta garrantzia praktikoa.

Lantegiak honako hauekin lotutako ulermena sendotu zuen:

- Parte-hartzea eta kaltetutako populazioekiko erantzukizuna.
- Genero-indarkeriaren prebentzioa eta bizirik atera direnen inguruko erantzuna.
- Osasun mentala eta laguntza psikosoziala.
- Giza eskubideen ikuspegiak.



- Kalitate humanitarioko estandarrak.
- Komunitateak parte hartzeko metodologiak.

Parte-hartzaileek honako hauen garrantzia azpimarratu zuten:

- Kaltetutako populazioak erabakiak hartzeko prozesuetan integratzea.
- Genero-indarkeria kudeatzeko ikuspegi holistikoak.
- Osasun mentala eta osasun-laguntza fisikoa konbinatzea.
- Esku-hartze humanitarioen barruan laguntza psikosoziala sendotzea.

Jarduera honek nabarmen sendotu zuen bazkide gertatzaileen arteko koherentzia teknikoa, eta, aldi berean, CHS printzipioekin eta bizirik atera direnen ardatz duen programazio humanitarioarekin bat datozen erakunde-ikuspegiak indartu zituen.

Oinarrizko lerroaren eta amaierako lerroaren arteko aldaketak

Kalitate humanitarioa sendotu izanaren etxe-mailako seinalerik argiena zerbitzu-emaileek berek adierazitako jokabidearen hobekuntza da. Zerbitzu-emaileek pazienteen iritzi eta kredentziei buruz galdetzeko maiztasuna hobetu egin zen Kyaka II-n (2,84→3,28) eta Kampalan (3.27→3.48), agentzien arteko prestakuntzaren bidez indartutako bizirik atera direnen ardatza eta orientazio parte-hartzailea islatuz. Adjumani-n adierazlearen egonkortasunak (3,22→3,19) —oinarrizko lerroan altuagoa zenak— oinarrizko lerroko saturazioa iradokitzen du, eta ez ahultzea. Agentzien arteko lantegian parte hartu zuten 40 lagunek adierazitako garrantziaren % 100eko babesarekin eta gaitasunen hobekuntzarekin batera, inkestak berretsi egiten du eguneroko zerbitzu-interakzioetan izandako ondorioak.

KII/FGD ikuspegiak

Kalitatea eta Eskubideak lehen mailako arretan txertatzea Agentzien arteko prestakuntza-saioek arrakastaz finkatu zituzten giza eskubideak, iraunkortasun ekologikoa eta Oinarrizko Estandar Humanitarioak (CHS) lehen lerroko langileen errutina praktikoen barruan. Eztabaida kualitatiboek berresten dute langileak metodologia holistikoez hornitzeak —zehazki, MHPSS osasun fisikoarekin eta genero-indarkeriaren erantzunarekin integratzeak— nabarmen arindu dituela silu operatiboak. Langileak hobeto prestaturik atera ziren lantegietatik elkarrekintza konplexu eta traumaz kargatuei aurre egiteko, nekatu gabe edo bigarren mailako biktinizaziorik eragin gabe. *"Prestakuntza batzuk jaso ondoren... denbora nola modu egokian antolatu ikasi genuen... jendeak hainbeste itxaron behar ez izateko"* (KII, aholkulari psikosoziala, Kampala).



Pazientearen eta emailearen arteko dinamikak hobetzea Errekalibrazio instituzional hau zuzenean islatu zen amaierako lerroko inkestan zerbitzu-emaileen portaeran antzemandako hobekuntzan, batez ere pazienteen iritziak eskatzeko maiztasuna handitu denean. Prestakuntzek medikuek paternalista batetik laguntza parte-hartzaile eta bizirik atera direnen ardatz duenera aldatzea eskatu zuten. Farmamundiko zuzendaritzak azpimarratu zuen agentzien arteko trebakuntzak funtsean erraztu zituela deribazio-trantsizioak, eta denbora erabakigarria aurreztu ziela erakunde bat baino gehiagotan nabigatzen duten pazienteei. *"Prestakuntza hauek... VHTak osasun arloko erreferenteekin lotzen laguntzen digute, pertsona egokiei momentu egokian deribatzeke"* (KII, zuzendariordea, Farmamundi, Espainia). AHA, EMESCO eta Farmamundi frekuentzia operatibo bakar eta enpatiko batean lerrokatuz, proiektuak asko hobetu zuen errefuxiatuen eguneroko arreta-esperientziaren duintasuna eta kalitatea.

4.6. jarduera. Kanpo-ebaluazioa eta kanpo-auditoretza

Jarduera hau txostenaldian zehar hasi zen eta proiektuaren ezarpenari eta baliabideen erabilerari buruzko ebaluazio independentea, erantzukizuna, ikaskuntza, gardentasuna eta betetze instituzionala sendotzea zuen helburu. Prozesu-jarduera denez, ez da adierazle logiko espezifiko baten bidez neurtzen; 4.2. jardueran (I.O.V.1.R.4 eta I.O.V.2.R.4) adierazitako parte-hartze eta feedback adierazleek lehendik jasotzen dute interesdunen konpromisoa, eta kanpo-ebaluazioak eta auditoretzak, berriz, independenteki bermatzen dituzte errendimendu teknikoa eta finantza-kudeaketa.

Martxan dauden kanpo-ebaluazioko eta auditoretzako prozesuek gehiago sendotzen dituzte erantzukizuna, erakundeen ikaskuntza eta gardentasuna, eta era berean, proiektuaren eraginkortasunari, jasagarritasunari eta ikasitako ikasgaiei buruzko hausnarketa zabalagoan laguntzen dute, ondorengo esku-hartzeen diseinuan informazioa emateko.

Oinarrizko lerroaren eta amaierako lerroaren arteko aldaketak

Kanpoko ebaluazioa eta auditoretza etxe-inkestaren bidez zuzenean neurtzen ez diren prozesu-jarduerak badira ere, oinarrizko lerroaren eta amaierako lerroaren artean jarraitutako erantzukizun-adierazle zabalagoek —mekanismoen inguruko kontzientzia (Kampalan 66,7%→89,2%-ko igoera nabarmena), gune guztietako feed-backa jaso izana eta pazientearen eta hornitzailearen arteko interakzio-balorazio hobetuak— kanpoko ebaluazioaren ondorioak babesten dituen ebidentzia-oinarria eskaintzen dute: hau da, erantzukizun-praktikak eta Oinarrizko Humanitario Estandarrak (CHS) nabarmen sendotu direla, irabazirik handienak Kampalan izanik, irabazi partzialak Adsumanin, eta jasagarritasun-planak



jorratu beharko lituzkeen komunikazio- eta ikusgarritasun-hutsuneak geratzen direla Kyaka II-n.

KII/FGD ikuspuntuak

Erakunde-gardentasuna eta ikaskuntza txertatzea Datu kualitatiboek erakusten dute proiektua gobernatu duten kanpo-ebaluaziorako eta auditoretzarako esparru zorrotzak sakon balioesten direla. Erakunde laguntzaileek, RWCEk eta Farmamundi-ko zuzendaritzak aho batez adierazi zuten eskubideen titularrei txostenak maiz eta gardentasunez helarazteak kontsorzioak onestasunarekin duen konpromisoa balioztatu zuela. Erantzukizun-bileren erregularotasunari esker, proiektuak arintasuna mantendu zuen, komunitateko tirabiretara denbora errealean egokituz. Farmamundiko zuzendariordeak erakundeen gainbegiratze zorrotza azpimarratu zuen: "*Hilero, dena egiaztatzen duen kanpoko auditoretza bat dugu*" (KII, Zuzendariordea, Farmamundi, Espainia).

Hobekuntza parte-hartzaileerako ziklo jarraituak Azken feedback-saio horiek eta ebaluazio independenteak ez ziren zigortzailetzat hartu, etorkizuneko finantzaketa-eskaintzetarako funtsezko iparrorratz gisa baizik. Adjumani eta Kyaka II-ko tokiko eragileek gogo biziz hartu zituzten amaierako ebaluazioak, larrialdiko laguntzatik bizibide jasangarrietarako trantsizioari buruzko premia gordinak azaltzeko plataforma gisa. Ofizial paralegal batek ariketa horien etorkizunerako erabilgarritasuna jaso zuen: "*Ebaluazio honek une honetan gertatzen ari denari buruzko informazioa ematen lagunduko digu... gure hurrengo proiekturako plangintzan lagunduko digu*" (KII, Ofizial Paralegala, EMESCO, Adjumani). Azken batean, kanpoko auditoretzak eta komunitatearen feed-back saio zabalak txertatzeak proiektuaren CHS aginduak bete zituen, arkitektura humanitario guztiz arduratsu baterako eredu bat utziz.

5. Ebaluazio-irizpideen arabera aurkikuntzak

Aurreko ataletan ezarri da zer ekarri duen esku-hartzeak bere esparru logikoaren aldean. Atal honek ebidentzia hori interpretatzen du, OECD-DAC ebaluazio-irizpideen eta erreferentzia-baldintzetan zehaztutako irizpide humanitario osagarrien argitan: garrantzia, eraginkortasuna, efizientzia, inpaktua, jasangarritasuna, konektibitatea/koherentzia, koordinazioa, estaldura, jabetza eta partaidetza, eta zeharkako gaiak. Irizpide bakoitza proiektuaren monitorizazio-datuen, oinarrizko lerroaren eta amaierako lerroaren arteko etxe-inkesta konparatiboen (oinarrizko lerroa n=815; amaierako lerroa n=796) eta Elkarrizketa Sakonen (KII) eta Foku Taldeen (FGD) ebidentzia kualitatiboen triangulazioaren bidez ebaluatzen da, eta



Kampala, Kyaka II eta Adjumani inplementazio-testuinguruetan komparatiboki aztertzen da.

5.1. Garrantzia (Gokitasuna eta Garrantzia)

Ebaluazioaren arabera, esku-hartzea oso garrantzitsua izan da. Haren diseinua, helburuak eta modalitateak estu lotuta egon ziren hiru erremuetako errefuxiatuen osasun- eta babes-premiekin, Ugandako errefuxiatuen osasuna arautzen duen politika-esparruarekin, eta emailearen eta kontsultazio betearazlearen lehentasun estrategikoekin. Gainera, garrantzia aktiboki mantendu zen inplementazio osoan zehar, diseinu-fasean soilik finkatu beharrean testuinguruaren araberrako egokitzapenaren bidez.

Errefuxiatuen premiekiko lotura

Esku-hartzeak zuzenean erantzun ziren proiektuaren diagnostiko-ebaluazioetan independentean dokumentatutako eta oinarritzko inkestak berretsitako premiei. Hiru guneetan, errefuxiatuek osasunerako oztopo konposatuei aurre egin behar izan zieten: botika-izakinik eza, poltsikotik ordaindu beharreko kostuak, zerbitzuetarako distantzia, espezialista eta diagnostikorako gaitasun mugatua, oinaze psikosozial handia, eta sexualki eta generoan oinarritutako indarkeriaren (SGBV) bizirik iraundakoentzako bide ahul eta estigmatizatuak. Oinarritzko lerroak oztopo horien nabaritasuna berretsi zuen; izan ere, etxeen proportzio handi batek osasun-gastuak bere poltsikotik ordaintzen zituela jakinarazi zuen (% 83,5 Adsumanin, % 56,2 Kyaka II-n, % 53,8 Kampalan) eta klinikariengana jotzeko zailtasun handiak zituela (% 42,7 Adsumanin). Horregatik, funtsezko sendagaiak, mugikortasun-zerbitzuak, erreferentzia espezializatua, MHPSS eta bizirik irten direnen arretan zentratutako SGBV erantzuna integratutako eredu bakar batean konbinatzeko erabakia ondo egokitu zen osasun, babes eta kalteberatasun psikosozialak estu lotuta zeuden premia-profilera.

Funtsezkoa izan zen garrantzia testuinguruaren arabera bereiztea. Kyaka II-n, kokalekuaren hedapenean, gaixotasun infekziosoen prebentzioan, ama eta haurren osasunean eta VHTetan oinarritutako lehen kontaktuan jarritako arretak populazio geografikoki sakabanatu bati erantzun zion, harentzat distantzia eta aldizkako zerbitzu-estaldura baitziren muga nagusiak. **Adjumani**-n, esku-hartzeak kokaleku handi eta urrun baten errealitatei erantzun zion, non agerraldi errepikakorren arriskua, espezialisten eskuragarritasun eskasa eta asmatu gabeko premia psikosozial handia ziren ezaugarri nagusiak. Kampalan, esku-hartzea pixkanaka errefuxiatu urbanuen profil bereizira bideratu zen: zerbitzuetarako sarbide zatikatua eta pribatizatua, gaixotasun kronikoak eta ez-kutsakorak, baldintza



ortopedikoak eta miel-osasunekoak, eta pobreziarekin eta gizarte-isolamenduarekin lotutako babes-kalteberatasun konplexuak. Kontsultazioak profil dibergente horiek antzemateko eta horiei erantzuteko duen gaitasuna da ebaluazioak garrantzia handitzat jotzeko arrazoi nagusietako bat. Diseinu estandarra tokiko premietara gutxiegi egokitu zen eremu bakarra Kampalako funtsezko sendagaien eredia izan zen, farmazia-eskari espezializatu eta kronikoari erantzuteko zailtasunak izan baitzituen,, eta ebaluazioak garrantzi-hutsune hori markatzen du etorkizuneko diseinuetarako.

Politika eta esparru nazionalerako lotura

Esku-hartzea bat etorri zen Ugandako errefuxiatu-politika prozesistarekin eta osasun-politika nazionalarekin. Osasun-zentro publikoen, Kyegegwa eta Adjumani-ko Eskualdeko Osasun Bulegoen, Kampalako Udal Agintaritzaren (KCCA), Herriko Osasun Taldeen eta Lehen Ministroaren Bulegoko (OPM) koordinazio-arkitekturaren bidez jardunez, proiektua Ugandako kokaleku eta autosufizientzia ereduaren pean errefuxiatuen inklusioa eta errefuxiatuen Osasun Sektoreko integrazioa gobernatzen duten sistema nazionalen barruan operatu zuen —eta ez haien paraleloan—. KCCArekin eta Eskualdeko Osasun Bulegoekin egindako premia-ebaluazio bateratuek, banaketa OPM, OCHA eta UNFPAREN gidalerroekin lerrokatzeak, eta erreferentzia-protokoloak Osasun Ministerioaren (MoH) estandarrekin harmonizatzeak politika-koherentzia deliberatua erakusten dute. Lerrokatze horrek esku-hartzearen legitimitatea eta jasangarritasun-potentziala indartu zituen.

Diseinu-koherentzia (esparru logikoa eta aldaketa-teoria)

Esku-hartzearen barne-logika koherentea izan zen. Lau emaitza-eremuak — osasun-zerbitzuak (R1), komunitatearen gaitasuna eta GBV prebentzioa (R2), kontzientziazioa eta intzidentzia (R3), eta partaidetza eta erantzukizuna (R4)— aldaketa-teoria sinesgarri baten barruan kokatzen dira; horren arabera, zerbitzuen eskuragarritasun hobek, komunitate-sistema indartuek, kontzientziazio handiagoak eta erantzukizun-mekanismo funtzionalek osasun- eta SRH-egoera hobetzeko eta SGBV murrizteko helburu espezifikoki laguntzen diote. Adierazleak, kasu gehienetan, espezifikoak eta neurgarriak izan ziren, eta oinarritzko lerroaren eta amaierako lerroaren arkitekturak aldaketaren jarraipena egiteko bitarteko sinesgarria eskaini zuen. Diseinuaren ahulgune nagusiak nagusiki output mailan planteatutako adierazle gutxi batzuk (emaitzen egozte mugatuz) eta Kampalan materialak suertatu ziren arreta kronikoko premiak jasotzeko gaitasuna zuten adierazleen falta izan ziren. Hauek hobekuntzak dira, ez funtsezko akatsak.



Beste eragile batzuekiko osagarritasuna

Esku-hartzea arkitektura humanitario eta osasun publikoko arkitektura zabalagoa osatzeko diseinatu zen, ez bikoizteko. Erreferentzia espezializatuak erreferentzia-ospitale nazionaletara (Mulago barne) bideratuz, logistikan AIRDrekin koordinatuz, SGBV kasuen kudeaketan poliziako eta babes-eragileekin lotuz eta OPM/OCHA/UNFPAk gidatutako sistemen bidez jardunez, proiektua hutsuneak betetzen dituen eta sistema indartzen duen eragile gisa kokatu zen. Osagarritasun horrek garrantzia indartu zuen, proiektuaren baliabideak dokumentatutako hutsuneetara bideratu zirela ziurtatuz —diagnostikorako sarbidea, MHPSS, bizirik irten direnen laguntza eta erantzukizuna—, eta ez bestek behar bezala ematen zituzten zerbitzuetara.

5.2. Eraginkortasuna

Ebaluazioaren arabera, esku-hartzea oso eraginkorra izan da. Esparru logikoko helburu gehien-gehienak bete edo nabarmen gainditu ziren, askotan marjina handiz, eta helburu espezifikoa, dagoen ebidentziaren arabera, nagusiki lortu zen. Eraginkortasuna zerbitzu-ematean, dibulgazioan, MHPSSen, bizirik irten direnen laguntzan eta erantzukizunean izan zen handiena; gaitasun-irabazien iraunkortasunari eta kontzientziazioa eta zerbitzu-kontaktuak emaitza iraunkor bihurtzeari dagokionez, ordea, kualifikatuagoa izan zen, batez ere hiri-testuinguruan.

Emaitzen laburpen-matrizea

Ondorengo matrizeak adierazle nagusiekiko errendimendua finkatzen du, proiektuaren amaierako txostenean eta ebidentzia triangulatuetan oinarrituta.



Emaizta	Adierazlea (matrizetik berres-berretsia)	Helburua (matrizetik berres-berretsia)	Oinarrizko lerroa (LB)	Egiaztapen-iturriak	Lorpena	Errendimendua	Ebidentzia triangulatzea
R1	I.O.V.1.R.1: Errefuxiatuen osasun-beharrak asetzen dira sarbide medikoko puntuetan eta osasuntalde mugikorren bidez hiru kokalekuetan.	1. helburua: Gutxienez 10.600 errefuxiatuk (6.500 Kyaka II-n, 3.000 Kampalan, 1.100 Adjumanin) (% 60 emakumeak eta 5 urtetik beherako haurrak) arreta medikoa eta botikak jasotzen dituzte osasun-zentroetan. 2. helburua: 19.200 pertsona (% 60 emakumeak eta haurrak) artatu dituzte hedatutako 240 osasuntalde mugikorrek (80 kokaleku bakoitzeko).	Proiektuaren hasieran, 0 errefuxiatu artatu ziren. 2022an, FM-Ek eta bazkideek 13.900 pertsona (7.506 emakume) artatu zituzten osasun-zentroetan eta 97 talde mugikorren bidez Adjumani, Kyaka II eta Kampalan.	F.V.1 Botiken eskari ase gabearen erregistroa. F.V.2 Botika/medikuntza-hornigaiaren entrega-erregistroak. F.V.3 Argazki-dosierra. F.V.4 Osasun-zentroetako arreta-erregistroa. F.V.5 Talde mugikorrek artatutako pertsonen erregistroa.	T1: 23.596 errefuxiatuk arreta medikoa eta botikak jaso zituzten. T2: 24.115 pertsona artatu zituzten 243 osasuntalde mugikorrek.	T1: % 223 - nabarmen gaitutua T2: % 126 - gaitutua	Poltsiko-gastua jaitsi egin zen Kyaka II-n (% 56,2→38,2) eta Adjumanin (% 83,5→66,0); lehen kontaktuko VHTen erabilera igo egin zen Kyaka II-n (% 9,0→36,1).
R1	I.O.V.2.R.1: Proba, analisi eta diagnosi fidagarriak behar dituzten kokalekuetan dauden errefuxiatuak Kampalako erreferentziako ospitale nazionalera bidali dira arreta egoki eta segurua jaso dezaten.	Helburua: Gutxienez 1.500 errefuxiatu bideratu dira (% 60 emakumeak eta 5 urtetik beherako haurrak).	Proiektuaren hasieran, 0 errefuxiatu bideratu ziren. 2022an, 5.683 pertsona (2.632 emakume) bideratu ziren Adjumani, Kyaka II eta Kampalako kokalekuetan.	F.V.1 Egindako proba medikoen txostenak. F.V.2 Kampalako erreferentziako ospitale nazionalera bideratutako errefuxiatuen erregistroa.	1.780 bideratze espezializatu probak/diagnosiak egiteko.	% 119 - gaitutua	Klinikariengana irisgarritasuneko zailtasunak behera egin zuen Adjumanin (% 42,7→30,9); KII-n berretsia.
R1	I.O.V.3.R.1: Ugandako errefuxiatuei ematen zaien arretaren	1. helburua: 60 osasun-profesionalen % 75ek (20 kokaleku	Hautatutako osasun-profesionalek ez zuten oraindik	F.V.1 Prestakuntza-taldearen txostena. F.V.2 Irakaskuntza-	G1: 241 osasuntaldira.	G1: % 402 - nabarmen	Indarkeria genero-oinarritukoan (IGO) gaitutako erantzule

Emaizta	Adierazlea (matrizetik berres-berretsia)	Helburua (matrizetik berres-berretsia)	Oinarrizko lerroa (LB)	Egiaztapen-iturriak	Lorpena	Errendimendua	Ebidentzia triangulatzea
	kalitatea hobetu da osasun-profesionalak trebatuz eta generoan eta giza eskubideetan oinarritutako jarduera-protokoloa eta prozedura estandarizatuak hedatuz.	bakoitzeko, % 50 emakumeak) espezializazio-ikastaroetan parte hartzen dute eta eskuratutako ezagutzak aplikatzen dituzte esku-hartzearen amaieran. 2. helburua: Jarduera-protokolo bat hedatu da osasun-langileen artean.	proiektuaren gaiei buruzko espezializazio-ikastaroetan parte hartu. 2022an, FM-Ek Kyaka II-ko langileak trebatu zituen informazio-sistemetan, botiken erabilera rrazionalean, GBV bideratzeko sistemetan eta osasun mentaleko kalitate-estandarretan; Kampala honetan zentratu zen: gaixotasun infektzioen prebentzioa (Ebola, COVID-19); prestakuntzarik ez Adjumanin.	materialak. F.V.3 Parte-hartzaileen zerrenda. F.V.4 Ezagutzaren ebaluazioa pre/post-test bidez. F.V.5 Argazki-dosierra. F.V.6 Balidatutako Jarduera Protokoloaren kopia. F.V.7 Protokoloa hedatzeko bileren txostena.	G2: Protokolo 1 hedatua + SOP osagarriak.	gainditua G2: % 100 - lortua	kopurua bikoiztu egin da Kyaka II-n (KII); eragileen arteko kasuen kudeaketa harmonizatu da.
R1	I.O.V.4.R.1: Errefuxiatuek kalitatezko OMEPS (Osasun Mentala eta Babes Psikosoziala) zerbitzuak dituzte eskura osasun mentala hobetzeko, terapia psikosozialeko saioen eta lantalde mugikorren bidez.	1. helburua: 320 pertsonari emandako zerbitzua (% 60 emakumeak eta adingabeak), gutxienez 60 saiotan. 2. helburua: 1.800 errefuxiatu (% 60 emakumeak eta adingabeak) OMEPS zerbitzuak jaso dituzte	Gaur egun ez dago osasun mentaleko mekanismo mugikorrik proiektuaren kokalekuetan. GKE batzuek OMEPS zerbitzuak eskaintzen dizkiete errefuxiatuei, baina irismena oso mugatua da.	F.V.1 Osasun mentaleko unitate mugikorren bisita eta arreta erregistroa. F.V.2 Argazki-dossierra. F.V.3 Terapia psikosozialeko saioei buruzko txostena. F.V.4 Terapia saioetako parte-hartzaileen	G1: 1.129 pertsonarengana iritsi da terapia psikosozialarekin. T2: 6.279 errefuxiatu jaso dituzte OMEPS zerbitzuak.	G1: % 353 - nabarmen gainditua T2: % 349 - nabarmen gainditua	Aurretik zegoen ase gabeko premia handia, batez ere Kampalan; amaierako OMEPS eskaria KIlen bidez berretsi da.



Emaizta	Adierazlea (matrizetik berres-berretsia)	Helburua (matrizetik berres-berretsia)	Oinarrizko lerroa (LB)	Egiaztapen-iturriak	Lorpena	Errendimendua	Ebidentzia triangulatzea
		240 lantalde mugikorren bidez.		zerrenda.			
R2	I.O.V.1.R.2: Lehenengo hiru hilekoaren ondoren, komunitateko liderren eta komunitateko batzordetako kideen gaitasunak indartu egin dira IGO kasuen prebentzioan, bitartekaritzan eta bideratzean.	1. helburua: Prestakuntza-moduluetan parte hartzen duten 60 komunitate-liderren gutxienez % 80ak (% 50 emakumeak) IGO kasuen prebentziorako, bitartekaritzarako eta bideratzerako teknika garrantzitsuak ezagutzen ditu. 2. helburua: Sei komunitate-batzorde (bi kokaleku bakoitzeko) eratzea, emakumeen aurkako indarkeria-kasuak konpontzeko lan-plan batekin.	Hautatutako komunitate-liderrek oraindik ez zuten jaso IGO bizirik atera direnen prebentzio, bitartekaritza eta bideratze teknikan prestakuntzarik. 2022an, Farmamundik Kyaka II-ko liderrak prestatu zituen genero-berdintasunean eta giza eskubideetan, IGOren identifikazioan, bideratze-zerbitzuetan, gaixotasun infektzioen prebentzioan eta estigmatizazioaren murrizketan/kulturartekotasunean. Ez zen prestakuntzarik eman Kampala/Adjumanin. Hasieran ez zegoen komunitate-batzorde aktiborik.	F.V.1 Prestakuntza-programa. F.V.2 Prestakuntza-taldearen txostena. F.V.3 Parte-hartzaileen zerrenda. F.V.4 Pre/post test ebaluazioa. F.V.5 Batzordeen jardueraren txostenak eta IGO kasuen jarraipena. F.V.6 Batzordearen lan-plana. F.V.7 Argazki-dossierria.	G1: 62 komunitate-lider prestatu dira eta ezagutzak aplikatzen ari dira. G2: 8 komunitate-batzorde eratu dira.	G1: ~Lortua (62/60, \geq % 80 atalasea) G2: % 133 - gaitua	Bideratze/sentsibilizazio biderkatzaile gisa funtzionatzen dute; identifikazio, bideratze eta feedback operatiboko eginkizuna dute.
R2	I.O.V.2.R.2: Errefuxiatuek osasunaren sustapenari eta OSeri	Helburua: 20.000 lagunengana (% 4.500 Kampala, 11.000 Kyaka, 4.500 Adjumani) iristea	FM-Ek informazio-kanpainak egiten dituen arren, etengabeko fluxuak	F.V.1 Sentsibilizazio-kanpainak planifikatzeko eta jardueren	22.660 pertsonarengana iritsi da sentsibilizazio	% 113 - gaitua	Zerbitzuen eta eskubideen inguruko kontzientzia hobetu da (amaierako)



Emaizta	Adierazlea (matrizetik berres-berretsia)	Helburua (matrizetik berres-berretsia)	Oinarrizko lerroa (LB)	Egiaztapen-iturriak	Lorpena	Errendimendua	Ebidentzia triangulatzea
	(Osasun Sexual eta Erreproduktiboa), genero-berdintasunari eta sexu- eta genero-indarkeriaren biktimentzako prebentzio-, arreta- eta babes-zerbitzuei buruzko informazioa eskura dute.	komunitateko liderrek emandako informazio-saioen bidez.	(131.223 errefuxiatu berri Ugandan 2023an) eta esku-hartze eremuetan informazio orokorrik ez dagoenez, errefuxiatuek ez dute informazio guztia eskura osasunaren sustapenari, OSEri, genero-berdintasunari eta IGOtik bizirik atera direnentzako zerbitzuei buruz.	txostenak. F.V.2 Ekoiztako IEC materialak. F.V.3 Argazki-dosiera.	saioen bidez.		ebaluazioa).
R2	I.O.V.3.R.2: Higiene pertsonalerako eta menstrualerako artikuluetarako eta gaixotasun infekziosoak prebenitzeko artikuluetarako sarbidea hobetu da, genero, adin eta dibertsitate premia espezifikoen arabera, egoera ahulean dauden errefuxiatuen etxeetan.	1. helburua: 750 etxek higiene pertsonaleko kitak eta moskito-sareak jaso dituzte. 2. helburua: 750 emakumek duintasun-kitak jaso dituzte. 3. helburua: Inkestatutako errefuxiatuen % 75ek modu positiboan baloratzen dute artikuluen kalitatea eta garrantzia euren osasuna hobetzeko.	Hiru kokalekuetara etengabe iristen ari direnez, egoera ahulean dauden errefuxiatuen etxeek oraindik ez dute izango higiene pertsonalerako/menstrualerako eta gaixotasun infekziosoak prebenitzeko artikuluetarako sarbide osoa eta jarraitua, haien genero, adin eta dibertsitate premia espezifikoen arabera.	F.V.1 Higiene-kitak, moskito-sareak eta duintasun-kitak banatu eta jaso izanaren erregistroak. F.V.2 Banatutako kiten edukiaren xehetasuna. F.V.3 Argazki-dosiera. F.V.4 Errefuxiatuen asetze-inkestak.	T1: 875 etxek higiene-kitak jaso dituzte. T2: 875 emakumek duintasun-kitak jaso zituzten. T3: % 82ko gogobetetzea onuradunen artean.	T1: % 117 - gaitua T2: % 117 - gaitua T3: Gaitua	Onuradunen % 82ko gogobetetzea; duintasun/babes premiei erantzun zaie.
R2	I.O.V.4.R.2: Sexu-indarkeriaren eta	1. xedea: 450 emakumek laguntza	Proiektuaren hasieran, sexu-	F.V.1 Banakako laguntza- eta babes-	T1: 1.443 emakumek jaso	T1: % 321 - nabarmen	Biktima/bizirik suertatuengan



Emaizta	Adierazlea (matrizetik berres-berretsia)	Helburua (matrizetik berres-berretsia)	Oinarrizko lerroa (LB)	Egiaztapen-iturriak	Lorpena	Errendimendua	Ebidentzia triangulatzea
	genero-indarkeriaren biktima diren emakume errefuxiatuen arta indartu egin da, urratutako eskubideak berreskuratzeko erremedio psikosozial eta legaleko mekanismoak eskuragarri izatearen bidez.	psikologikoa jasotzea, banakako 850 saiorekin eta taldeko 50 saiorekin. 2. xedea: 90 emakumek laguntza juridikoa jasotzea. 3. xedea: Inkestatutako emakumeen % 75ek positiboki baloratzea urratutako eskubideak leheneratzeko zerbitzu psikosozialen eta juridikoen kalitatea eta egokitasuna.	indarkeriaren eta genero-indarkeriaren biktima diren emakume errefuxiatuei ematen zaien arreta eskasagoa da urratutako eskubideak leheneratzeko. UNHCRren arabera (2023ko otsaila), Ugandako errefuxiatuen beharren % 9 baino ez da asetzen.	txostenak. F.V.2 Lehendik dauden protokolo-inprimakien bidezko bideratzeen erregistroa. F.V.3 Sexu-indarkeriaren eta genero-indarkeriaren biktima diren emakume errefuxiatuei egindako inkestak.	zuten laguntza psikologikoa. T2: 144 biktima/bizirik suertatuk jaso zuten laguntza juridikoa. T3: Biktima/bizirik suertatuen gogobetetzea > % 75.	gainditua T2: % 160 - gainditua T3: Gainditua	zentratutako babes-emaiztak; gogobetetzea > % 75.
R3	I.O.V.1.R.3: Kampala, Kyaka II eta Adjumani hirietako errefuxiatuen egoeraren ebaluazioak genero- eta giza eskubideen ikuspegitik egin dira, sexu-indarkeriaren eta genero-indarkeriaren biktima/bizirik suertatuen egoera erronka nagusi gisa nabarmenduz.	Xedea: 3 ebaluazio eginda (kokapen bakoitzeko bat).	Gaur arte, ez da egin Kampalako, Kyaka IIko eta Adjumaniko errefuxiatuen egoeraren ebaluaziorik genero- eta giza eskubideen ikuspegitik, SGBVtik bizirik suertatu direnen egoera nabarmenduz.	F.V.1 Ebaluazioak prestatzeko prozesuari buruzko txostena. F.V.2 Egindako ebaluazioen amaierako dokumentua.	3 ebaluazio burututa (+ azterketa osagarriak).	100 % - beteta	Diseinurako/ segmentaziorako ebidentzia-oinarria.
R3	I.O.V.2.R.3: Ugandako komunikabideei informazioa eman zaie errefuxiatuak hartzeko eta babesteko sistemaren egoerari,	1. helburua: Gutxienez 20 kazetarik parte hartzea ekitaldian. 2. helburua: Tailerraren amaieran,	Herrialdean errefuxiatu kopuru handia egon arren, Ugandako komunikabideek ez dute errefuxiatuak	F.V.1 Jardueraren txostena. F.V.2 Parte-hartzaileen zerrenda. F.V.3 Dossier	G1: 20 kazetarik parte hartu dute komunikabideen tailerlean.	G1: 100 % - beteta G2: % 100 - beteta	Komunikabideentzako gida-dokumentua egin da.



Emaiza	Adierazlea (matrizetik berres-berretsia)	Helburua (matrizetik berres-berretsia)	Oinarrizko lerroa (LB)	Egiaztapen-iturriak	Lorpena	Errendimendua	Ebidentzia triangulatzea
	aukerei eta erronkei buruz, batez ere sexu-indarkeriaren eta genero-indarkeriaren biktima/bizirik suertatuen egoerari buruz.	komunikabideentzako gomendioak biltzen dituen dokumentu bat egitea.	hartzeko eta babesteko sistema nahikoa estaltzen edo aztertzen, batez ere sexu-indarkeriaren eta genero-indarkeriaren biktima/bizirik suertatuei dagokienez.	fotografikoa.	G2: Komunikabideentzako orientazio-dokumentua eginda.		
R3	I.O.V.3.R.3: Ugandako herritarrek Errefuxiatuei, Generoari eta Giza Eskubideei buruzko mintegietan parte hartzen dute analisi-eta eztabaida-gune gisa, arreta berezia jarriz sexu-indarkeriaren emakume bizirik ateratakoen prebentzioan, babesean eta zaintzan.	1. helburua: Gutxienez 100 lagunek (% 50 emakumeak) parte hartzen dute mintegietan. 2. helburua: Mintegiaren amaieran, ondorioen dokumentu bat egiten da intsidentziarako.	Gaur arte ez da horrelako mintegirik antolatu.	F.V.1 Jardueren txostena. F.V.2 Partaideen zerrenda. F.V.3 Argazki-dosierra.	G1: 91 parte-hartzaile (44 emakume). G2: Ondorioen dokumentua egina.	G1: % 91 - gehienbat beteta G2: Beteta	Irismenean eta parekotasunean gabezia txikia.
R3	I.O.V.4.R.3: EACko herritarrek Ugandan gatazkak eta indarkeriak kaltetutako pertsonen, batez ere errefuxiatuek eta genero-indarkeriaren biktima direnek, osasun-laguntza jasotzeko duten	1. helburua: Migrazio-prozesuetan dauden pertsonen EACen osasun-zerbitzuak eskuratzeko dituzten oztopoei buruzko ikerketa akademikoa egitea. 2. helburua: 90	Proiektua hasi zenean, ez zen sensibilizazio-jarduerarik egin EACeko giza liburutegien bidez Ugandako populazio ahulenen osasun-laguntzarako	F.V.1 Partaideen zerrenda. F.V.2 Ikerketa-dokumentua. F.V.3 Argazki-txosten teknikoak. F.V.4 Ebaluazio-galdesortak.	G3: Partaideen \geq 70ek kontzientzia hobetu dela adierazi dute (lortua).	Beteta	Giza Liburutegiak/testigantza bidezko intsidentzia.



Emaiza	Adierazlea (matrizetik berres-berretsia)	Helburua (matrizetik berres-berretsia)	Oinarrizko lerroa (LB)	Egiaztapen-iturriak	Lorpena	Errendimendua	Ebidentzia triangulatzea
	aukerari buruzko ezagutza eta kontzientzia zabaltzen dute.	eskubide-dunek (% 60 emakumeak) EACEko giza liburutegien bidez sentsibilizazio-jardueretan parte hartzen dute. 3. helburua: Inkesta egindako eskubide-dunen gutxienez % 70ek (% 50 emakumeak) Ugandako krisi humanitarioaren osasun-laguntzarako sarbideari eta azpiko arazoiei buruzko ezagutza hobetu dela adierazten dute.	sarbideari buruz.				
R4	I.O.V.1.R.4: Biztanle hartzaileek proiektu osoko erabakiak hartzen parte hartzen dute, Koordinazio eta Jarraipen Batzordearen bidez.	Helburua: Gutxienez 60 lagunek (30 emakume) osatzen dute batzordea, generoa, adina eta jatorria errespetatuko dela bermatuz.	Proiektua hastean, Koordinazio eta Jarraipen Batzordea ez da oraindik eratu.	F.V.1 Batzordekideen hautaketari eta helburuei buruzko txostena. F.V.2 Tokiko bazkideentzako erantzukizun- eta komunitate-partaidetzarako plana.	118 parte-hartzaile (85 emakume) koordinazio-batzordeetan.	% 197 - nabarmen gaitutua	Genero-inklusio sendoa.
R4	I.O.V.2.R.4: Ikaskuntza- eta kontu-emate bilerak egiten dira interes-taldeekin proiektu-ziklo osoan zehar, errefuxiatuen	1. helburua: Gutxienez 14 bilera eskubide-dunekin, arduradunekin eta obligazio-dunekin.	Proiektua hastean, ez da bilerarik egin eskubide-dunekin, arduradunekin eta obligazio-dunekin.	F.V.1 Komunitate-bileren txostenak. F.V.2 Proiektuaren amaierako ebaluazio-txostena. F.V.3 Partaideen	T1: 48 parte-hartze bilera/elkarrizketa eskubide-dunekin. T2: Azken feedback-bilera	T1: %343 - nabarmen gaitutua T2: Betea	Egiaztapen partaidetzapeko trinko.



Emaizta	Adierazlea (matrizetik berres-berretsia)	Helburua (matrizetik berres-berretsia)	Oinarrizko lerroa (LB)	Egiaztapen-iturriak	Lorpena	Errendimendua	Ebidentzia triangulatzea
	eta genero-indarkeriaren biktima direnen parte-hartzea eta babesa bermatuz.	2. helburua: Gutxienez amaierako itzulpen-bilera 1.		zerrendak. F.V.4 Argazki-dosierra.	egina.		
R4	I.O.V.3.R.4: Errefuxiatuen populazioak iradokizunak, kexak eta erreklamazioak (FRRM) aurkezteko eskubidea erabiltzen du, hautemandako arazoei jarraipena eman, feedbacka eskaini eta irtenbide egokiak ematen dizkieten mekanismoen bidez.	1. helburua: Inkestatuen %75 iradokizun, kexa eta erreklamazio mekanismoen jakitun dira. 2. xedea: Iradokizun, kexa eta/edo erreklamazioen %100 bideratzen dira.	Proiektuaren hasieran, kexa/erreklamazioen %100 bideratzen ari dira. Eskuragarri egon arren, errefuxiatuen portzentaje handi batek ez daki iradokizunak/kexak aurkezteko eskubidea dutenik, duela gutxi iritsi direlako eta zerbitzu-zentro nagusietatik urrun daudelako.	F.V.1 Hiruhileko txostenak FRRM feedbackari buruz. F.V.2 Hiruhileko txostenak kexa/iradokizun mekanismoei buruz. F.V.3 Mekanismoen ezagutzari buruzko inkestak.	G1: Onuradunen ~%100 feedback-mekanismoen jakitun. T2: Kexen/erreklamazioen %100 bideratuta.	G1: Gainditua T2: %100 - betea	Auto-txostena arretaz interpretatu; feedback-begizta funtzionamenduan.
R4	I.O.V.4.R.4: Humanitarioen kudeaketa-taldeek gaitasun instituzionalak sendotzen dituzte Ugandako pertsona zaurgarriei laguntza kalitatez kudeatuko zaiela bermatzeko, CHSari jarraituz.	1. helburua: Gutxienez parte-hartzaileen %80k erakusten dute laguntza kalitatez kudeatzeko gaitasuna hobetu dutela. 2. xedea: Gutxienez parte-hartzaileen %80k positiboki baloratzen dute lortutako ezagutzen garrantzia, kalitatea eta aplikagarritasuna.	AHAK, Emescok eta FM-Ek alde aurretik identifikatu dituzte prestakuntza-beharrak, egungo taldeen gabeziak oinarri hartuta. Prestakuntza-plana erantzukizunean, proiektu-ziklo osoan zehar zeharkako ikuspegiak txertatzean eta komunitate-arreta kualitatiboan (CHS)	F.V.1 Prestakuntza-taldearen txostena. F.V.2 Parte-hartzaileen ebaluazioa. F.V.3 Prestakuntza-moduluak. F.V.4 Prestakuntza aurreko/ondorengo ebaluazioak. F.V.5 Argazki-dosierra.	Parte-hartzaileen %100ek erantzukizun-gaitasuna hobetu dute.	Gainditua	CHS erakunde bazkideetan txertatzea.



Emaiza	Adierazlea (matrizetik berres-berretsia)	Helburua (matrizetik berres-berretsia)	Oinarrizko lerroa (LB)	Egiaztapen-iturriak	Lorpena	Errendimendua	Ebidentzia triangulatzea
			zentratzen da.				



R1 - Osasun-zerbitzuak (OSUG, OMZP, genero-indarkeriaren aurreko erantzuna)

R1 izan zen emaitza-eremurik sendoena. Zerbitzu-emateko xedeak alde handiz gainditu ziren — 23.596 errefuxiatuengana iritsi zen botikekin (xedearen %223), 24.115i eman zitzairen arreta talde mugikorren bidez (%126), 1.780 erreferentzia espezializatu egin ziren (%119) eta 241 osasun-langile trebatu ziren (%402). OMZP azpiosagaia bereziki nabarmena da: terapia psikosoziala xedearen %353ra iritsi zen eta OMZP zerbitzuetarako sarbidea %349ra. Lorpen gehiegizko horrek zerbitzuen emate sendoa eta zerbitzuak eskuragarri egon bezain laster azaleratu zen osasun mentaleko behar ase gabearen sakontasuna islatzen ditu. OSUG eta biktimearengan zentratutako arreta klinikoak sendotu egin ziren prestakuntzaren, protokoloen harmonizazioaren eta hornikuntza-laguntzaren bidez. R1en elementu kualifikatua jasangarritasuna da: gaitasun-irabaziak higitu egin ziren langileen errotazio handiagatik, eta hornikuntza-laguntzak ezin izan zion erantzun hiriguneetako arreta kronikoaren eskariari. Oro har, R1 oso eraginkortzat jotzen da produktu eta sarbide mailan, emaitzaren jasangarritasun partzialarekin.

R2 - Komunitate-gaitasuna eta genero-indarkeriaren prebentzioa

R2 eraginkortasunez lortu zen. Komunitate-sentsibilizazioa 22.660 pertsonarengana iritsi zen (%113), zortzi komunitate-batzorde sortu ziren (%133), 62 komunitate-buru trebatu ziren, eta biktimei emandako laguntzak xedea oso gainditu zuen (1.443 emakume arreta psikologikoan, %321; 144 lege-laguntzan, %160). Trebatutako komunitate-egituren, sentsibilizazio-multiplicadoreen eta biktimei emandako zuzeneko laguntzaren konbinazioak koherentziazko prebentzio eta erantzun geruza bat sortu zuen komunitate-mailan. Muga nagusia sentsibilizazioa eta batzordeen jarduera portaera- eta arau-aldaketa iraunkor bihurtzea da, estigma iraunkorrek eta egiturazko oztopoek mugatuta jarraitzen baitu. R2 oso eraginkortzat jotzen da, babesari dagokionez emaitza sendoenak biktimeentzako laguntza-lerroan lortu direlarik.

R3 - Sentsibilizazioa eta intzidentzia

R3 nagusiki lortu zen. Testuinguru-ebaluazioek, komunikabideen partaidetzak (20 kazetari), mintegi akademikoen sailek (100etik 91 parte-hartzaile) eta lekukotasunetan oinarritutako intzidentziak aurreikusitako sentsibilizazio eta intzidentzia produktuak eman zituzten; hutsune material bakarra mintegien parte-hartzean eta genero-parekotasunean izandako azpibetetze marjinala izan zen (44 emakume, %50eko xedearen aurrean). Parte-hartzaileen artean sentsibilizazioa hobetzeko xedeak bete ziren. Euskadin, Farmamundiko hezkuntza-taldeak landa-lana osatu zuen lau lekukotasun-bideo labur ekoitziz —bi Euskal Herrian liburu-bizidun protagonistekin grabatuak eta bi Ugandan AHA (genero-indarkerian lanean ari den abokatua) eta EMESCOREkin (Ugandan birkokatutako Errepublika Demokratikoko errefuxiatua) grabatuak—, eta horiek erabili zituen,



Euskadiko jatorri afrikarreko pertsonen osasun-laguntza jasotzeko dituzten oztopoei buruzko testuinguru-azterlan batekin batera, erizaintza, medikuntza eta farmaziako ikasleekin "liburutegi biziduna" saioak egiteko eta Euskadiko osasun-profesionalei eta erakundeei informazioa emateko; horrela, proiektuaren intzidentzia-irismena landa-eremutik publiko emailearengana eta etorkizuneko osasun-langileen prestakuntza-kanaletara zabaldu zen. Intzidentziak diskurtso publikoan eta jarrera instituzionaletan emaitza-mailan duen eragina sinesgarria da, baina berez zaila da egozten eta ez zen sistematikoki neurtu. R3 eraginkortzat jotzen da produktu-mailan, intzidentzia-emaitzak sinesgarriak izanik baina partzialki frogatuta.

R4 - Parte-hartzea eta kontu-ematea (AAP)

R4 maila handian lortu zen eta esku-hartzearen bereizgarri azpimarragarrienetakoa da. Oinarrizko ikerketak ebidentzian oinarritutako monitorizazioa instituzionalizatu zuen; koordinazio-batzordeek 118 lagunek parte hartzea lortu zuten, horien artean 85 emakume (% 197 helburuarekiko, genero-inklusio nabarmenarekin); kontu-emateko gaitasun-helburuak % 100ean bete ziren; feedback-mekanismoak martxan egon ziren jasotako kexa guztiei erantzuna emanaz; eta 48 parte-hartze bilera egin ziren, aurreikusitako 14en ordean (% 343). Ohar nagusia metodologikoa da: feedback-kanalekiko erabateko ezagutzari buruzko auto-adierazpenak kontu handiz interpretatu behar dira. R4 oso eraginkortzat jotzen da, Gizahumanitarioko Oinarrizko Normaren printzipioak txertatu baititu bai erakunde bazkideetan, bai komunitate-egituretan.

Helburu Espezifikoaren lorpena

Emaitza-mailako ebidentzian eta oinarrizko zein amaierako ikerketen eta aurkikuntza kualitatiboen sendotasunean oinarrituta, helburu espezifikoa —errefuxiatuen osasun-egoera eta sexualitate- eta ugalketa-osasuna hobetzea, indarkeria sexuala eta genero-indarkeria giza eskubideen urraketa gisa eta osasun publikoko arazo gisa landuz— maila handian lortu dela jotzen da. Esku-hartzeak nabarmen zabaldu zuen arreta integraturako sarbidea, bizirik atera direnentzako laguntza eta komunitatea babesteko sistemak indartu zituen, eta kontu-ematea hobetu zuen. "Maila handian" ñabardurak islatzen du osasun- eta babes-emaitza kaxkarren zenbait eragile estruktural —hiri-inguruneetako gaixotasun kronikoen finantzaketa, espezialisten eskuragarritasuna, estigma eta langileen errotazioa— proiektuaren irismenetik kanpo daudela eta zati batean soilik landu ahal izan direla.

Kokapenaren arabera aldeak

Eraginkortasuna testuinguruaren arabera aldatu zen modu adierazgarrian. Kyaka II-k erakutsi zuen sistema-mailako aldaketaren ebidentziarik argiena, VHTekiko (herrixketako osasun-taldeak) lehen kontakturako joera nabarmena barne (% 9,0→36,1) eta poltsikotik ordaindu beharreko gastuen murrizketa; zereginen eskuordetze arrakastatsuen eta hornidura-



egonkortzearen seinale. Adjumani-k erregistratu zuen hobekuntzarik handiena klinikoekiko sarbidean (% 42,7→30,9) eta poltsikoko gastua murriztu zuen, baina bete gabeko hondar-behar handiena bertan geratu zen, batez ere MHPSS (osasun mentala eta laguntza psikosoziala) arloan. Kampala-k sortu zuen MHPSS eskaera eta onarpen handiena eta bertan hobetu zen gehien tokian bertako tratamenduen eskuragarritasuna (% 87,3→100,0), baina han ere funtzionatu zuen eskasen oinarrizko medikamentuen ereduak, eta poltsikoko gastua hazi egin zen (% 53,8→73,6), hiri-testuinguruko arreta kronikoaren eta zerbitzu privatizatuen errealitatea islatuz. Eraginkortasuna, beraz, handia izan zen hiru guneetan, baina mekanismo desberdinen bidez adierazi zen.

Bazkideen ekarpena

Partzuergoaren eredu lagungarri nabarmena izan zen eraginkortasunari dagokionez. Farmamundik koordinazio orokorra, lidergo teknikoa, emailearekiko kontu-ematea eta partzuergoaren kalitate- eta kontu-emate arkitektura bermatu zituen. AHAK (Action Africa Help) kokalekuetako osasun-ematea, erreferentzia-bidea eta Kampalako aterpetxe medikoaren funtzioa kudeatu zituen, erreferentzien gain-lorpena ahalbidetuz. EMESCO komunitatean oinarritutako ematea, sentsibilizazioa eta kontu-emate lana sustraitu zituen, batez ere Adjumanin. Rol hauen osagarritasuna — Farmamundiren gainbegirale estrategikoa eta kalitatezkoa, AHAREN osasun- eta erreferentzia-ematea, EMESCOren komunitate-mobilizazioa— funtsezkoa izan zen lortutako emaitzen zabalerarako, eta bazkideen arteko trukeak zein koordinazio-egitura bateratuek (R4) koherentzia indartu zuten hiru erakundeen artean.

5.3. 5.3 Eraginkortasuna

Ebaluazioaren arabera, esku-hartzea **eraginkorra** izan da, helburu gehien gainera entregamaila handiak lortuz eta, aldi berean, kostuak zaindu eta sistemak profitatzen dituzten modalitateen bidez funtzionatuz. Eraginkortasuna indartu egin zen lehendik zeuden sistema publiko eta komunitarioen erabilera deliberatuarekin eta esparru-ekonomiak sortu zituen entrega-eredu integratuarekin; mugatu egin zuten, ordea, sakabanatuta dagoen hedapenaren berezko kostuek eta kanpoko hornidura-katearen zein langile-errotazioaren presioek.

Baliabide finantzarioen erabilera

Baliabide eta emaitzen arteko harremana mesedegarria izan zen. Adierazle asko aurreikusitako maila baino bi edo hiru aldiz handiagoan lortu ziren (medikamentuak % 223, MHPSS terapia % 353, bizirik atera direnentzako laguntza psikologikoa % 321, parte-hartze elkarrizketak % 343), eta horrek adierazten du baliabideak output bihurtu zirela azterketak aurreikusitako baino askoz tasa altuagoan. Erosketak hornitzaileen hautaketa lehiakorraren bidez egin ziren, erosketa-gidaliburuak jarraituz eta finkatutako hornitzaileen bidez, instalazioetan stock-kudeaketa eta kontu-emate sistema indartuekin; kudeaketa finantzario zentzudunaren



balorazioa babesten duten ezaugarriak dira horiek. Kanpo-auditoretzaren eta kanpo-ebaluzioaren xedapenek (4.6 Jarduera) kudeaketa finantzario eta operatiboaren gaineko ziurtasun independentea eman zuten.

Inplementazioaren puntualtasuna

Inplementazioa, oro har, egutegiaren arabera joan zen eta sortzen ari ziren eskaerei erantzuteko gaitasuna erakutsi zuen, osasun publikoko mehatxuei (Ebola, Mpox, Krimea-Kongoko sukarraren hemorragikoa) aurre egiteko baliabideak bideratuz, saneamenduaren, infekzioen prebentzioaren eta diagnostiko-produktuen bidez. Agerraldi-arriskuak bereganatzeko eta horiei erantzuteko gaitasuna, funtsezko zerbitzuak eten gabe, eraginkortasun operatiboaren adierazle bat da berez. Identifikatutako puntualtasun-arrisku nagusiak kanpokoak izan ziren: erreferentzia-zirkuituko atzerapenak harrera-ospitaleetan, dokumentazio osatugabeak eta langileen txandakatzeak eragindakoak.

Dauden sistemen erabilera

Eraginkortasuna nabarmen hobetu zen egitura paraleloak sortu beharrean dauden sistemen bidezko zerbitzu-emateari esker. Osasun-zentro publikoetan, Barrutiko Osasun Bulegoetan, KCCAn, VHTetan eta OPMren koordinazioan oinarritzeak kostu finkoak murriztu zituen, egindako inbertsio publikoa profitatu zuen eta jasagarritasuna indartu zuen aldi berean. Dokumentatutako zeregin-eskuordetzea VHTetara, lehen kontaktu-puntu gisa (Kyaka II % 9,0→36,1; Adjumani % 3,9→12,8), emaitza bereziki eraginkorra da, lehen mailako arretako ohiko eskaera kostu txikiagoko komunitate-zerbitzuetara bideratzen baitu eta instalazioen zein erreferentzien gaitasuna kasu konplexuagoetarako gordetzen baitu. Alderantziko erreferentzia-ikuspegiaren sarrerak (espezialistak kokalekuetara joatea) eta maila baxuagoko instalazioen erabilera egokia areagotzeak sistemaren eraginkortasuna hobetu zuten gehiago.

Kostu-eraginkortasuna

Ebaluazioak ez badu ere unitate-kostuen datu banakaturik izan kostu-eraginkortasun erlazio formalak egiteko, hainbat adierazlek inbertsioaren balio handia iradokitzen dute: helburuen gain-lorpen handia, azpiegitura publiko eta komunitarioen aprobetxamendua, komunitateko buruzagiak eta VHTak prestatzearen efektu biderkatzailea, eta esparru-ekonomiak osasuna, MHPSS (laguntza psikosoziala) eta babesa dibulgazio-plataforma partekatuen bidez integratzeari esker. Eraginkortasun-mugarik argiena Kampalan gertatu zen, non arreta espezializatuaren eta kronikoen beharrak asetzea nahiko garestia baitzen, eta funtsezko sendagaien ereduak balio marjinal txikiagoa eskaintzen baitzuen. Mugikorreko dibulgazio-eredua, irismenerako oso eraginkorra bada ere, berez baliabide asko kontsumitzen dituen da eta erregai/logistikaren menpekoa da.

Koordinazioaren eraginkortasuna

Kontsortzioaren eta agentzien arteko koordinazio-mekanismoek bikoiztasunak eta transakzio-kostuak murriztu zituzten, bazkideen rola



argituz, protokoloak harmonizatuz eta OPM/OCHA/UNFPA sistemekin lerrotatuz. Ebaluazio bateratuek eta batzorde partekatuek beharrak identifikatzeko eta bideratzeko kostua txikiagotu zuten. Identifikatutako koordinazio-eraginkortasun falta nagusia hiriko bideratze-koordinazioak finantzaketarekiko zuen menpekotasuna izan zen, eta horrek bidea ahul utzi zuen finantzaketa estutu zenean.

5.4. 5.4 Eragina

Ebaluazioak eragin positiboaren froga sinesgarriak aurkitu ditu (epe laburrean) osasun-sarbidean, bizirik atera direnen laguntzan, komunitatearen kontzientziazioan eta erakunde-gaitasunean; aldaketarik indartsuenak eta frogatuenak sarbide eta zerbitzuen erabileraren mailan gertatu dira, eta aldaketa berriagoak osasun- eta babes-emaitzen mailan. Ebaluazio-praktika onarekin bat etorritik, azterketak aldaketa horiek esku-hartzearen **ekarpen** gisa aurkezten ditu, ez esleipen eksklusibo gisa.

Aldaketak osasun-sarbidean eta emaitzetan

Eraginik argiena osasun-sarbidean izan da. Osasun-gastu propioa nabarmen jaitsi zen hiru guneeetatik bitan (Kyaka II % 56,2→% 38,2; Adjumani % 83,5→% 66,0), asistentzia bilatzerakoan tratamendua jasotzen dutenen proportzioa igo egin zen (Kyaka II % 94,4→% 98,9; Kampala % 87,3→% 100,0), eta klinikoak ikusteko zailtasuna jaitsi egin zen Adjumanin (% 42,7→% 30,9). VHT lehen kontaktuarekiko aldaketak arreta bilatzeko jokabidearen egiturazko aldaketa adierazten du, komunitateko zerbitzu-puntu eskuragarrietarantz. Aldaketa horiek bat datoz proiektuaren inpedantzian eta magnitudean, eta bazkideek hornitutako artikuluek sortutako segurtasun-sareei buruzko kontu kualitatiboek berresten dituzte. Kontrako aurkikuntzak —Kampalan gastu propioak gora egin izana— hiriko arreta kronikoaren errealitatea islatzen du, ez eragin-hutsegite bat, baina argazki orokorra moteltzen du.

Aldaketak GBV erantzunean eta jakinarazpenean

Bizirik atera direnei laguntzeko emaitzek (1.443 emakume arreta psikologikoan; 144 laguntza juridikoan; gogobetetzea helburuaren gaineratik), Kyaka II-n GBVn eskumena duten erantzule klinikoaren bikoizketak, erreferentzia-protokolo harmonizatuek eta funtzionatzen duten komunitate-batzordeek, guztiek batera, SGBV erantzun-sistema indartua eta bizirik atera direnentzako bide hobetuak adierazten dituzte. Bizirik atera direnen konfiantza hobetzeak eta erantzun-puntu sinesgarriak izateak laguntza bilatzeko borondate handiagoa izaten lagundu zuen, ziurrenik. SGBV programazioan ohikoa denez, jakinarazpenak gora egitea sistemaren konfiantza hobetu izanaren zeinutzat hartu behar da, ez inzidentziaren gorakadatzat, eta ebaluazioak ekarpen positibotzat jotzen du hori, kuantifikatzen zaila bada ere.

Aldaketak komunitatearen jokabidean eta kontzientziazioan



Kontzientziazio-jardueren bidez 22.660 pertsonara iritsita, zerbitzuei, eskubideei eta erreferentzia-bideei buruzko azken kontzientziazioa hobetuta, eta testigantzetan oinarritutako destigmatizazio-lanarekin, esku-hartzeak ezagutzaren aldaketa neurgarrietan eta arreta lehenago bilatzean lagundu zuen. Kontzientziazioa portaera- eta arau-aldaketa iraunkorretan itzultzea partziala eta irregularra da, osasun mentalaren eta GBVren inguruko estigma errotuek eta sarbiderako egiturazko oztopoek mugatua; portaera-eraginaren sakontasunaren muga zintzo bat.

Aldaketak erakunde-gaitasunean

Erakunde-eragina agerikoa da eta efektu iraunkorren artean dago: 241 osasun-langile trebatu dira, parte-hartzaileen % 100ek erantzukizun-gaitasuna hobetu dute, protokoloak harmonizatu dira, koordinazio-batzordeak funtzionatzen ari dira eta feedback-mekanismoak ezarri dira. Hauek, mantentzen direnean, proiektutik haratago irauten duten gaitasunak dira. Eragin horrentzako mehatxu nagusia langileen txandakatzea da, banakako konpetentzien erakunde-atxikipena higatzen baitu.

Aurreikusitako eta aurreikusi gabeko ondorioak

Aurreikusitako ondorioez gain, ebaluazioak aurreikusi gabeko hainbat ondorio nabarmentzen ditu. Positiboki, proiektuak agerraldien aurreko erantzunean egindako ekarpenek instalazioen prestakuntza orokorra indartu zuten errefuxiatuen kasu-kargatik haratago; medikuntza-ostatuak aurreikusi gabeko baina balioetsitako arreta-jarraitutasuneko aktibo bat sortu zuten; eta koordinazio-batzordeetan emakumeen parte-hartze handiak (118tik 85) emakumeen erakunde-ahotsa sustatu zuen helburu esplizitutik haratago. Ez hain positiboki, dibulgazioaren eta bideratzearen arrakastak gaur egungo finantzaketak mantendu ezin duen eskaera eta itxaropenak sortu izana ekarri du, proiektuaren ondoren zerbitzuak kentzeko arriskua sortuz; dinamika hori osasun-langileek berariaz aipatu zuten hiriko bideratze-bideari dagokionez.

Leku arteko aldeak eta ekarpena versus esleipena

Eragina sendoena eta argien frogatua kokalekuen testuinguruetan izan zen (Kyaka II eta Adjumani), non oinarrizko sarbide eskasaren kontrafactualak proiektuaren ekarpena ikusgarriago egin baitzuen. Kampalan, eragina MHPSSan eta tokiko tratamenduaren erabilgarritasunean kontzentratu zen, arreta kronikoaren finantzaketak egiturazko muga izaten jarraitzen zuen bitartean. Prozesu osoan, ebaluazioak ekarpenaren logika hartzen du, ez esleipenarena: kontrol-talderik ezean, behatutako aldaketak esku-hartzearen ekarpen sinesgarri eta funtsezkotzat interpretatzen dira, datu-iturrien bidez triangulatuta, ingurune humanitario eta osasun-sistema zabalagoaren eragina onartuz.

5.5. 5.5 Iraunkortasuna (Bideragarritasuna)



Ebaluazioaren arabera, iraunkortasun-aukerak **ertainak eta irregularrak** dira: sendoak esku-hartzea lehendik dauden sistemetan eta gaitasunetan oinarritu eta txertatu denean, eta hauskorrek emaitzak kanpoko finantzaketa jarraituaren menpe dauden lekuetan. Hauxe da esku-hartzea arrisku gehien duen irizpidea.

Erakunde-jabetza

Erakunde-jabetza indargune erlatibo bat da. Osasun Ministerioarekin lerrokatutako instalazio publikoen, Eskualdeko Osasun Bulegoen, KCCArekin eta OPMren koordinazioaren bidez egindako prestazioak, protokoloak estandar nazionalekin harmonizatzeak eta instalazio publikoetan eta errefuxiatuei laguntzekoetan osasun-langileak trebatzeak, proiektuaren lorpenak iraungo duten erakundeen barruan finkatu zituzten. Erreferentzia-protokolo harmonizatua eta SOPak (prozedura operatibo estandarrik), eta erakunde-mailan garatutako erantzukizun-planak, aktibo transferigarriak dira. Nolanahi ere, erakunde-iraunkortasuna apaldu egiten da langileen txandakatzeagatik eta koordinazio-funtzio batzuek proiektuaren baliabideekiko duten menpekotasunagatik.

Komunitate-jabetza

Komunitate-jabetza, era berean, indargune bat da. Funtzionatzen ari diren zortzi komunitate-batzordek, trebatutako komunitateko buruek, VHT integrazioaketa ezarritako feedback-mekanismoek komunitate-mailako egiturak sortu zituzten, identifikazioari, bideratzeari eta kontzientziazioari eusteko potentziala dutenak. eta erantzukizun-funtzioak ere. Horien jarraitutasuna bideratze arin eta etengabearen eta kokaleku- eta barruti-egiturekiko lotura formalaren mende dago, kanpoko ekarpen intentsiboen mende egon beharrean.

Zerbitzuen jarraitutasuna

Zerbitzuen jarraitutasuna da jasangarritasunerako arrisku nagusia. Errendimendu handieneko hainbat osagai —mugikor bidezko zabalkuntza, erreferentziazko koordinazio espezializatua, aterpetxe medikoa eta bizirik atera direnentzako laguntza juridiko eta psikologiko espezializatua— finantzaketaren mende daude berez, eta zaila izango litzateke komunitateek edo tokiko erakundeek laguntzarik gabe mantentzea. Osasun-langileek esplizituki ohartarazi zuten hiriko erreferentzia-bidea presiopean zegoela finantzaketa estutu ahala. Ebaluazioaren iritzi, trantsizio-planik edo ondorengo finantzaketarik ezean, sarbidean eta bizirik atera direnei emandako laguntzan lortutako emaitzen zati bat higatzeko arriskua dago.

Jasangarritasun finantzarioa eta operatiboa

Jasangarritasun finantzarioa mugatua da, osasun-programazio humanitarioan ohikoa den bezala. Interbentzioak ez zuen lortu, eta seguruenik ezin izango zuen lortu, tokiko finantzaketa independentea ezartzea baliabide gehien eskatzen duten osagaietarako. Operatiboki, gaitasunak, protokoloak eta batzordeak txertatzeak babes partziala



ematen du, baina kostu errepikariak (lehengaiak, erregaia, erreferentzia-logistika, langile espezializatuak) kanpoko baliabideen mende daude oraindik.

Dauden sistemetan integratzea

Jasangarritasunerako biderik argiena —eta proiektuaren jasagarritasun-diseinuaren ezaugarriak sendoena— dauden sistemetan integratzea izan zen. Eskaria VHTetara (Herriko Osasun Taldeak) eta maila baxuagoko instalazioetara bideratzeak, protokolo nazionalerako lerrokatzeak eta koordinazio-egitura publikoen erabilera esan nahi du interbentzioaren logikaren zati garrantzitsu bat proiektua bera baino gehiago irauten duten egiturek daramatela orain. Integrazio hori finkatzea da jasagarritasun-etekin handienak lortzeko bidea, egitura berriak abian jarri beharrean.

5.6. 5.6 Konektibitatea / Koherentzia

Ebaluazioaren arabera, interbentzioa **koherentea eta ondo konektatua**; arrakastaz lotzen ditu epe laburreko erantzun humanitarioa eta epe luzerako sistema sendotzea, eta barne zein kanpo mailan lerrokatzen da dagokion politika, eragile eta estandarrekin.

Erantzun humanitarioaren eta sistema sendotzearen arteko lotura

Interbentzioa neksu humanitario-garaztailearen ereduak izan zen praktikan. Berehalako laguntza-ekarpenak (sendagaiak, duintasun- eta higiene-kitak, agerraldiei erantzuteko produktuak, larrialdiko erreferentziak) sistemak sendotzeko neurriekin (osasun-langileen prestakuntza, protokoloen harmonizazioa, VHTen zeregin-aldaketa, komunitate-batzordeak, erantzukizun-mekanismoak) uztartu ziren etengabe. Nahita egindako uztartze horrek esan nahi zuen larrialdiko bidalketak, aldi berean, erantzunari jarraipena ematea espero zen sistemak indartu zituela —konektibitate onaren ezaugarri nagusia—.

Politika eta esparruekiko lerrokatzea

Kanpoko mailan, interbentzioa bat etorri zen Ugandako errefuxiatuak integratzeko politikarekin, Osasun Ministerioaren osasun-estandarrekin, OPM/OCHA/UNFPAREN koordinazio-gidalerroekin, Funtsezko Estandar Humanitarioarekin (CHS) eta eskubideetan oinarritutako eta bizirik atera direnen beharretan zentratutako printzipio humanitarioekin. Barne mailan, lau emaitza-eremuak eta aldaketa-teoria elkarren osagarri izan ziren, zatikatu beharrean. Koherentzia bikoitz horrek zilegitasuna zein eraginkortasuna indartu zituen.

Tresna, ekipamendu eta planteamenduen egokitasuna

Tresnak eta planteamenduak testuingururako egokiak izan ziren: generoerako sentikorrak diren eta bizirik atera direnetan zentratzen diren ebaluazio- eta kasu-kudeaketarako tresnak; prestakuntza-metodologia parte-hartzaileak (simulazioak, kasu-azterketak, rol-jokoak); dispersatutako populazioentzako mugikor bidezko zabalkuntza; aterpetxe



medikoa eta erreferentziarako garraio-laguntza; eta Giza Liburutegiak eta testigantzak destigmatizazio-intzidentziarako. Egokitasun-hutsune nagusia funtsezko sendagaien zehaztapena izan zen, hiriko zainketa kronikoen beharrekiko.

Proiektuaren ondorengo jarraitutasuna

Proiektuaren ondorengo konektibitatea partziala da. Sistemak sendotzeko eta integratzeko ezaugarriek benetako jarraitutasuna ematen dute, baina finantzaketaren mende dauden osagaiek etenaldi-arriskua dakarre. Diseinuaren koherentziak esan nahi du, trantsiziorako laguntza moderatu batekin, konektatutako elementuek funtzionatzen jarrai dezaketela; laguntza hori gabe, laguntzara bideratutako elementuak eten egingo dira eta sistemaren irabazi batzuk ez dira guztiz finkatuko.

5.7. 5.7 Koordinazioa

Ebaluazioaren arabera, koordinazioa interbentzioaren indargune nabarmena izan da, bai partzuergo betearazlearen barruan, bai partzuergoaren eta Gobernuko eta humanitarioko kanpoko eragileen artean.

Partzuergo barruko lankidetzak (Farmamundi, AHA, EMESCO)

Hiru kideek rol osagarri eta ondo zeregin-mugatuen bidez jardun zuten: Farmamundi koordinazioa, lidertza teknikoa eta kalitatezkoa, eta emailearen aurreko erantzukizuna ematen; AHA kokalekuetan osasun-prestazioaren buru, erreferentzia-bidean eta aterpetxe medikoaren funtzioan; eta EMESCO komunitate-mobilizazioa, sentsibilizazioa, eta erantzukizuna ainguratzen, bereziki Adjumanin. Prestakuntza- eta truke-saio bateratuek (4.5 jarduera) eta koordinazio-batzorde partekatuek planteamenduak harmonizatu eta partzuergoaren kohesioa indartu zuten, gaitasun- eta satisfaction-adierazleak beren %80ko helburuak baino handiagoak izanik.

Gobernuarekiko lankidetzak (Osasun Ministerioa, OPM, KCCA, barrutiak)

Gobernuarekiko koordinazioa mamitsua izan zen, ez izenezko huts hutsa. KCCArekin eta Kyegegwa eta Adjumaniko Barrutiko Osasun Bulegoekin batera egindako beharren ebaluazioek, OPM eta Osasun Ministerioaren sistemekiko lerrokatzeak, eta Poliziako eta babes-eragileekin SGBV kasuen kudeaketan izandako lankidetzak interbentzioa nazioko eta barrutiko koordinazio-egituren barruan txertatu zuten. Horrek garrantzia zein jasangarritasuna indartu zituen.

Beste eragile batzuekiko lankidetzak eta mekanismoen funtzionaltasuna

Koordinazioa OCHA eta UNFPAREN gidallerroetara, AIRD logistikara, erreferentziako ospitale nazionaletara eta laborategi espezializatuetara hedatu zen. Topaketa eta elkarrizketa parte-hartzaileetan lortutako emaitza oso altuak (48, 14ko helburuaren aldean) koordinazio-ehun trinko eta funtzionala islatzen du. Identifikatutako ahulezia nagusia finantzaketa-



mendekotasuna eta erreferentzia-koordinazioko begiztaren noizbehinkako haustura izan zen ospitale hartzaileetan, non paper-lanek eta langile-txandakatzek feedbacka eten zuten —funtzipnaltasun-hutsunea kanpoko erakundeekiko interfazean, eta ez partzuergoaren barruan—.

5.8. 5.8 Estaldura

Ebaluazioaren arabera, estaldura zabala eta ekitatiboa izan da, eta alderdi gehienetan plana gainditu du, nahiz eta irismen-hutsune zehatz batzuk identifikatu diren.

Norengana iritsi zen

Interbentzioa aurreikusitako populaziotik harago iritsi zen: 23.596 errefuxiaturi eman zizkieten sendagaiak (10.600en aurrean), 24.115i talde mugikorren bidez, 6.279ri MHPSS zerbitzuen bidez, 22.660ri sentsibilizazio-jardueren bidez, eta 1.780ri erreferentzia espezializatuaren bidez —azken hauek, hiru helburu-eremuetatik harago hedatuz, Rwamwanja, Palorinya, Kyangwali eta Nakivaleko errefuxiatuetaraino—. Estaldurak hiriko testuinguruak (Kampala) zein kokalekuetakoak (Kyaka II, Adjumani) hartu zituen.

Sarbide-berdintasuna — generoa, adina eta talde ahulak

Estaldura berdintasunera bideratuta egon zen nabarmen. Emakumeak eta bost urtetik beherako haurrak izan ziren zenbait ildoetako gehiengoa (adibidez, erreferentzien % 59 inguru), bizirik atera direnen laguntza talde oso ahul bati zuzendu zitzaion, eta duintasun-kitak emakumeei eta nerabeskei zuzendu zitzaizkien. Adinarekiko sentikortasuna agerikoa izan zen ama eta haurren osasunean eta sentsibilizazio-lanean nerabeengan jarritako arretan. Koordinazio-batzordeetan emakumeen ordezkartza handia izateak (118tik 85) berdintasuna gobernantzara hedatu zuen. Esku-hartzeak bizirik atera direnei, emakumeei, hurrei, nerabeei eta arreta kronikoa behar duten pertsoneri modu esplizituan zuzendu izanak kalteberenak diren pertsonen lehentasun deliberatua islatzen du.

Hutsuneak irismenean

Estaldura zabala izan arren, ebaluazioak geroko hutsuneak identifikatu ditu: gaixotasun kronikoak eta ez-kutsakorrak dituzten hiri-errefuxiatuak, modeloak guztiz bete ezin izan zituen farmazia-behar espezializatuak zituztenak; kokaleku barreiatuenetako lekurik urrunenetako populazioak, non dibulgazio-maiztasuna muga bat izan baitzen; gizonak eta nerabemutilak, babesean eta OLMAS-en erabileran ikusgaitasun txikiagoa izan zutenak; eta desgaitasuna duten pertsonak, zeinen sarbide-behar espezifikoa ez baitira nahikoa egiaztatzen eskura dauden datuetan. Mintegien genero-parekotasunean izandako lorpenik eza txikia, estaldura-hutsune arina da intzidentzia-mailan. Hutsune horiek etorkizuneko helburuetarako lehentasunezko muga definitzen dute.

5.9. 5.9 Jabetza eta Parte-hartzea



Ebaluazioaren arabera, jabetza eta parte-hartzea **indar bereizgarri bat** eta esku-hartzearen diseinuaren eta gauzatzearen ezaugarri definitzaile bat izan dira.

Komunitateen papera eskubide-dunen gisa

Errefuxiatu-komunitateek eskubide-dun aktibo gisa hartu zuten parte, onuradun pasibo izan beharrean. Komunitate-batzordeen, elkarrizketa-saioen, VHT sareen, monitorizazio-egituren eta oinarrizko lerro parte-hartzailearen bidez, komunitateek beharrak identifikatzen, esku-hartzeak zehazten eta iritziak ematen lagundu zuten. Parte-hartze bileretan eta elkarrizketetan lortutako % 343ko gain-lorpenak (14 aurreikusitakoen ordez 48) konpromiso horren sakontasuna kuantifikatzen du, eta ebidentzia kualitatiboek erakusten dute komunitateek amaierako eta feedback-eraketak erabili dituztela beharrak apaindurarik gabe adierazteko eta etorkizuneko plangintzaren berri emateko plataformatzat.

Tokiko erakundeen papera

Tokiko erakundeak — Osasun Distriktuko Bulegoak, KCCA, OPM/kokalekuetako komandanteak, instalazio publikoak eta EMESCO tokiko bazkidea — egikaritzean, ebaluazioan eta koordinazioan txertatu ziren, tokiko jabetza indartuz eta esku-hartzea lokalizazio-agendarekin lerrotatuz.

AAP mekanismoen funtzionaltasuna

Kaltetutako populazioekiko erantzukizun-mekanismoak (AAP) funtzionalak eta ondo erabiliak izan ziren: feedback eta kexa-kanalak ezarri ziren, kanal horien ezagutza handia zen, eta erregistratutako kexa guztiei erantzun zitzairen. Erakunde-erantzukizuneko planek praktika horiek instituzionalki txertatu zituzten, eta parte-hartzaileen % 100ek gaitasuna hobetu zuten. Ebaluazioak kontu metodologikoa nabarmentzen du norberak jakinarazitako erabateko ezagutzari buruz, baina AAP arkitektura benetan operatibotzat eta proiektuaren legaturik sendoenetakotzat jotzen du.

Parte-hartze maila erabakiak hartzerakoan

Konpromisoa erabakiak hartzera hedatu zen koordinazio- eta monitorizazio-batzordeen bidez, komunitatearen eta emakumeen ordezkaritza sendoarekin (118 parte-hartzaile, 85 emakume). Horrek parte-hartzea kontsultatik harago eraman zuen, gauzatzearen eta berrikuspenaren gaineko eragin partekaturantz; parte-hartzearen printzipioaren adierazpen aurreratua.

5.10. 5.10 Zeharkako Gaiak (Analisi Integratua)

Zeharkako kezkak, gehienbat, esku-hartze osoan integratu ziren, eranskin gisa tratatu beharrean. Ebaluazioak honako hauen arabera.

ebaluatzen du errendimendua: Generoa eta adina

Generoa funtsezkoa izan zen diseinuan eta gauzatzean: esku-hartzeak SGBVren erantzuna, emakumeen eta nesken SRH, biziraun dutenentzako laguntza eta duintasuna hornitzea lehenetsi zituen, eta emakumeen parte-hartze sendoa lortu zuen gobernantza-egituretan. Adinarekiko sentikortasuna agerikoa izan zen ama eta haurren osasunean, bost urtetik beherako haurrenganako arretan eta nerabeei zuzendutako sentsibilizazio-lanean. Genero-hutsune nagusia gizonen eta nerabe-mutilen ikusgaitasun txikiagoa da babesean eta OLMAS konpromisoan, eta horrek genero-arauen aldaketa eraldatzailea mugatzen du.

Eskubideetan Oinarritutako Planteamendua (HRBA)

Esku-hartzeak HRBA modu koherentean aplikatu zuen, osasuna eta babesa eskubide gisa markatuz, errefuxiatuak ahotsa eta eskubideak dituzten eskubide-dun gisa tratatuz, eta zerbitzuak duintasunera, diskriminaziorik ezera, parte-hartzera eta erantzukizunera bideratuz. Sustapen-ildoak (ebaluazioak, mintegiak, Giza Liburutegiak, hedabideekiko konpromisoa) eskubideen esparrua indartu zuen erakunde- eta publiko-mailetan.

Gatazkarekiko sentikortasuna / Kalterik Ez Egin

Esku-hartzeak gatazkarekiko sentikortasuna eta Kalterik Ez Egin kontzientzia erakutsi zuen, bizirik atera direnean zentratutako eta konfidantzazko kasuen kudeaketaren bidez, sistema publikoaren barruan harrera-komunitatearen gogoetak sartuz, eta kexak azalera eta jorratu zituzten feedback parte-hartzaileen bidez. Kalterik Ez Egin kontuan hartu beharreko hondar-arriskua proiektuaren ondoren zerbitzuaren etenaren bidez kalteak gertatzeko arriskua da, itxaropenak handitu direla kontuan hartuta; ebaluazioak arrisku hori adierazten du trantsizio-plangintzarako.

Ingurumen-gogoetak

Ingurumen-gogoetak izan ziren modu sistematikoenean gutxien jorratu ziren zeharkako gaiak. Esku-hartzeak lehendik zeuden azpiegiturak erabiltzeak bere ingurumen-aztarna mugatu zuen eta agerraldiei erantzuteko lanak saneamendu- eta infekzioak prebenitzeko neurriak barne hartu bazituen ere, eskuragarri dauden ebidentziek ez dute adierazten ingurumen-jasangarritasunaren edo klimaren aurreko erresilientziaren begirada deliberaturik (adibidez, kontratazioan, hornidura medikoen hondakinen kudeaketan edo dibulgazio-logistikan). Etorkizuneko programazioan indartu beharreko eremua da hau.

Talde ahulen inklusioa

Talde ahulen inklusioa ezaugarri sendoa izan zen: SGBVtik bizirik atera direnak, emakumeak, haurrak, nerabeak, gaixotasun kronikoak dituzten pertsonak eta desplazatutako pobreak modu esplizituan lehenetsi ziren, eta dibulgazio- eta erreferentzia-ereduak sakabanatuta eta isolatuta daudenengana iristeko diseinatu ziren. Inklusio-hutsunerik garbiena desgaitasuna duten pertsonen eta adinekoen helmugari buruzko ebidentzia mugatua da, zeinen sarbide-behar espezifikoek arreta deliberatuagoa eskatzen baitute.



6. Ondorioak

Ondorioak ebaluazio-irizpideen arabera antolatuta daude eta ebaluazio-taldearen iritzia orokorra adierazten dute. Balio interpretatiboa erantsi nahi dute, aurkikuntzak berriro esan beharrean.

Garrantzia. Esku-hartzea oso garrantzitsua izan zen. Osasun-babesa-OLMAS eredu integratua ondo egokitu zen errefuxiatuen beharren profilerak, non osasun- eta babes-ahultasunak estuki lotuta baitzeuden, Ugandako errefuxiatuen gizarteratze- eta osasun-politikekin bat etorritik, eta garrantzitsua izan zen hiri- eta kokaleku-inguruneetan testuinguruarekiko sentikorra den egokitzapenaren bidez. Garrantzi-hutsune nabarmen bakarra funtsezko sendagaien egokitzapen falta izan zen ereduak Kampalako gaixotasun kronikoen zainketa-beharretara.

Eraginkortasuna. Esku-hartzea oso eraginkorra izan zen. Helburuen gehiengo zabala bete zen edo nabarmen gainditu zen —maiz bi edo hiru aldiz— eta helburu espezifikoak pezki lortu zen. Eraginkortasuna sendoena zerbitzu-ematean, dibulgazioan, MHPSSn, bizirik atera direnen laguntzan eta kontu-ematean izan zen; eta zehatzagoa, berriz, gaitasun-irabazien iraupenean eta zerbitzu-kontaktuak eta kontzientziazioa emaitza iraunkor bihurtzean, bereziki hiri-testuinguruan.

Erizaintza. Esku-hartzea erizaina izan zen. Balorazio-itzaropenen oso gaitetik jardun zuen, kostuak kontuan hartzen dituen eresketa-kudeaketaren bidez eta, batez ere, lehendik zeuden sistema publiko eta komunitarioak aprobetxatuz, irismen-ekonomiak sortuz honako hauen bidez: emate integratua eta zereginen txandakatze erizaina Osasuneko Boluntario Taldeetara (VHT). Dibulgazio mugikorra eta hiriko laguntza espezializatua izan ziren baliabide gehien eskatzen zuten elementuak.

Inpaktua. Esku-hartzeak laguntza sinesgarri eta nabarmena eman zuen osasunerako sarbidea hobetzeko, SGBVren aurreko erantzuna indartzeko, kontzientziazioa areagotzeko, eta erakunde-gaitasuna hobetzeko; ebidentziarik sendoena hemen dago: inpaktua sarbide- eta erabilera-mailan. Inpaktua argien kokaleku-testuinguruetan ikusi zen; Kampalan, MHPSSn kontzentratu zen, eta gaixotasun kronikoen finantzaketa muga estrukturala izan zen. Ekarpenean logika bati jarraituz, ebaluazioak aldaketa horiek arrazoiz eta nabarmen egotzi dizkio esku-hartzeari.

Iraunkortasuna. Iraunkortasuna da esku-hartzeak duen esposizio-eremu nagusia. Erakundeetan, komunitateetan eta lehendik dauden sistemetan txertatutako irabazien jarraipenerako aukera onak dituzte, baina finantzaketaren menpeko osagaiak —dibulgazioa, erreferentzia-koordinazioa, aterpetxe medikoa eta bizirik atera direnentzako laguntza espezializatua— arriskuan daude trantsizio-plangintzarik edo ondorengo finantzaketarik gabe.



Konektibitatea / Koherentzia. Esku-hartzea koherentea eta ondo konektatua izan zen, laguntza humanitarioa eta sistemaren indartzea nahita uztartuz eta dagozkion politika, eragile eta estandarrekin lerrotatuz. Proiektuaren ondorengo jarraitutasuna partziala da, elementu integratuak finkatzearen eta laguntzara bideratutakoak trantsizioan jartzearen mende.

Koordinazioa. Koordinazioa sendotasun argia izan zen, bai Farmamundi-AHA-EMESCO kontsultazioaren barruan, bai gobernuarekin eta eragile humanitarioekin; horren erakusgarri dira bazkideen rol osagarriak eta koordinazio funtzionaleko sare sendoa. Ahulgune nagusia ospitaletako erreferentzia-koordinazio begizta izan zen, finantzaketaren menpekoa baitzen eta noizean behin eten egiten baitzen.

Estaldura. Estaldura zabala eta ekitatiboa izan zen, plana gainditu zuen eta xede-eremuetatik haratago hedatu zen, emakumeei, haurrei eta bizirik atera direnei lehentasun handia emanaz. Gainontzeko hutsuneak hiri-eremuko gaixotasun kronikoak dituzten pazienteei, kokaleku urrunenetako biztanleei, babes/MHPSS arloko gizoni eta nerabeei eta desgaitasuna duten pertsoni dagozkie.

Jabegoa eta Partaidetza. Jabegoa eta partaidetza sendotasun bereizgarriak izan ziren. Komunitateek eskubideen jabe gisa parte hartu zuten, ezarpenean eta berrikuspenean benetako eragina izanez; AAP mekanismoak funtzionalak izan ziren, eta tokiko erakundeak zerbitzu-ematean eta koordinazioan txertatu ziren.

Zeharkako gaiak. Generoa, HRBA, gatazkekiko sentikortasuna eta talde ahulen inklusioa, oro har, ondo integratu ziren, genero- eta eskubide-orientazio sendoarekin. Arlo ahulenak gizonen eta mutilen inplikazioa, desgaitasuna duten pertsoni eta adinekoei zuzendutako ekintzak eta ingurumen- en tratamendu sistematikoa izan ziren.

2025eko abenduko Amaierako Inkestarekiko alderaketa. Azken ebaluazioak, hein handi batean, 2025eko abenduko amaierako inkestaren aurkikuntzak berresten ditu; adierazle gehienek konbergentzia sendoa erakusten dute, bai alaketaren magnitudean, bai norabidean. Osasun-zerbitzuetarako sarbidearen hobekuntzak, SGBV salatzeko oztopoen murrizketak, kontuak emateko mekanismo indartuek eta komunitatearen konpromisoa areagotzeak isla izan zuten bi datu-iturrietan. Lerrotatze horrek segurtasuna ematen du ebaluazio honetan aurkeztutako emaitzak amaierako inkestak sortutako ebidentzia kuantitatiboan sendo oinarrituta daudela esateko.

Aldeak agertzen diren lekuetan, ebaluazioak ebidentzia-iturri osagarriak erabili dituelako gertatzen da batez ere, hala nola informatzaile gakoekiko elkarrizketak, foku-taldeek eztabaidak, proiektuaren monitorizazio-



erregistroak eta dokumentuen berrikuspena. Iturri horiei esker, ebaluazioak inkestako datuen bidez soilik guztiz ulertu ezin ziren joerak azaldu eta testuinguruan jarri ahal izan ditu, besteak beste, biztanleriaren mugikortasunaren, langileen eta boluntarioen txandakatzearen, hiriko kostuen presioaren eta iraunkortasunari eragiten dioten erakunde-faktoreen eragina. Ondorioz, azken ebaluazioak amaierako aurkikuntzak balioztatzeaz gain, aldaketaren eragileak, aurrerapena mugatzen duten faktoreak eta etorkizuneko programaziorako ondorioak sakonago ulertzea ahalbidetzen du.

Ebaluazio orokorra. Esku-hartzea osasun eta babes humanitarioko programa garrantzitsua, eraginkorra, erizaina eta ondo koordinatua izan zen. Helburuak nabarmen gainditu zituen, errefuxiatuen eskubideak eta duintasuna hobetu zituen hiru testuinguru zorrotzetan, eta komunitate- eta erakunde-gaitasun baliotsua txertatu zuen. Bere amaitu gabeko agenda nagusia iraunkortasuna da —finantzaketaren menpeko irabazien jarraitutasuna bermatzea—, estaldura- eta diseinu-hutsune zehatzak ixtearekin batera, bereziki hiriko gaixotasun kronikoen zainketa, gutxiegi iristen den taldeen inklusioa eta ingurumen-integrazioa.

7. Gomendioak

Gomendioak ondorioetatik zuzenean eratortzen dira eta eragileka sailkatuta daude. Gomendio bakoitzak espezifikoa, bideragarria eta ebidentziarekiko proportzionala izan nahi du.

5.11. 7.1 Dohaintza-emailea (Eusko Jaurlaritza)

1. **Trantsizio- edo amaiera-fase egituratu bat finantzatzea.** Jasangarritasuna esku-hartze horren puntu ahulena denez, lehenetsi finantzaketaren menpe diren osagaiak (mugikorreko dibulgazioa, erreferentzia-koordinazioa, aterpetxe medikoa, bizirik atera direnentzako laguntza espezializatua) gobernuaren eta bazkideen titulartasunera bideratzeko berariaz diseinatutako zubi-finantzaketa edo jarraipen-finantzaketa, bat-bateko itxiera baten ordez. (*Loturak: Jasangarritasuna, Konektibitatea.*)
2. **Hainbat urtetarako eta nexusera zuzendutako finantzaketa babestea.** Proiektuak erakutsitako giza ekintzaren eta garapenaren arteko lotura (nexusa) mantenduko duten finantzaketa-modalitateen alde egin, sistema indartzeko lana proiektu-ziklo bakar batetik haratago sendotu dadin. (*Eraginkortasuna, Jasangarritasuna.*)
3. **Emaitza-mailako neurketa exijitzea eta baliabidez hornitzea.** Etorkizuneko deialdietan, emaitzen eta kostu-eraginkortasunaren neurketa sakonagoak bultzatu (unitateko kostua eta desgaitasunaren arabera bereizitako datuak barne), atributzio sendoagoa eta diruaren balioaren azterketa ahalbidetzeko. (*Inpaktua, Efizientzia.*)



5.12. 7.2 Farmamundi (bazkide nagusia / koordinatzailea)

1. **Diseinu-fasean jasangarritasun- eta eskualdatze-estrategia esplizitu bat garatzea** ondorengo edozein esku-hartzeetarako, osagai bakoitza tokiko sistemetara pasatzeko ardura, kronograma eta baliabide zehatzekin. (*Jasangarritasuna.*)
2. **Gaixotasun kronikoetarako eta ez-infekziosoetarako hiri-osasuneko paketea birdiseinatzea**, oinarrizko medikamentuen espezifikaziotik haratago, Kampalarako egokiak diren erreferentzia-ereduetara, kostuak arintzeko ereduetara eta arreta kronikoko ereduetara jotz. (*Garrantzia, Estaldura.*)
3. **Makerere Unibertsitatearekiko lankidetza formalizatzea eta zabaltzea.** Proiektuetan oinarritutako kolaboraziotik hainbat urtetarako akordio (MoU) batera pasatzea, honako hauek barne hartuz: (i) errefuxiatuen babesari eta SGBVari buruzko ikerketa bateratua, (ii) ikasleen praktikak Farmamundiren eremuko operazioetan, (iii) elkarrekin idatzitako politika-txostenak, eta (iv) etorkizuneko deialdietan parte-hartze komuna. Horrek proiektu honetan sortutako gaitasun teknikoa sendotuko luke, eta ebidentzia sortzeko zehar emaitza-mailako neurketarako euskarri instituzionala emango luke.
4. **Emaitzen markoa indartzea**, emaitza-mailako adierazleak, desgaitasunaren eta adinaren araberrako bereizketa, eta gizonen eta mutilen inplikazioa eta ingurumen-neurriak jasotzen dituzten adierazleak gehituz. (*Eraginkortasuna, Zeharkakotasuna.*)
5. **Ingurumen- eta Do No Harm (Ez kalterik egin) baheketa instituzionalizatzea**, hondakin medikoen kudeaketa eta zerbitzuen jarraitutasunari buruzko itxaropenen kudeaketa barne. (*Zeharkakotasuna, Konektibitatea.*)

5.13. 7.3 Bazkide exekutatzaileak (AHA eta EMESCO)

1. **Langileen errotazioari eta gaitasunak mantentzeari heltzea** instituzionalizatutako eguneratze-prestakuntzaren, tutoretzaren eta gaitasunak pertsonengan egon beharrean zentroetako errutina eta prozedura operatibo estandarretan (SOP) txertatzearen bidez. (*Eraginkortasuna, Jasangarritasuna.*)
2. **Erreferentziazko feedback-begizta indartzea** erreferentzia-dokumentazioa estandarizatuz, ospitale hartzaileetan erreferentzia-puntuak izendatuz eta begiztaren itxieraren jarraipena eginez, identifikatutako tramitazio- eta txandakatzeko-etendurak konpontzeko. (*Koordinazioa, Efizientzia.*)
3. **Komunitate-batzordeen eta VHTen integrazioa sakontzea asentamendu- eta barruti-egituretan**, komunitate-mailako funtzioek dinamizazio arin batekin jarrai dezaten. (*Jasangarritasuna, Titulartasuna.*)
4. **Gutxien iritsitako taldeei zuzendutako helburuak zabaltzea** — gizonak eta mutil nerabeak babesean/MHPSSn, desgaitasuna duten pertsonak, adinekoak eta asentamendu urrunenetako biztanleak. (*Estaldura, Zeharkakotasuna.*)



5.14. 7.4 Gobernua of Uganda (MoH, OPM, KCCA, District Health Offices)

1. **Erreferentzia-protokolo harmonizatuak, prozedura operatibo estandarrak eta erantzukizun-praktikak bereganatu eta mantendu**, barrutiko eta instalazioetako ohiko sistemetan integratuz, eta proiektuak indartutako VHT egiturak eta batzordeak formalki aitortu. (*Iraunkortasuna, Koordinazioa.*)
2. **Gaitasun espezializatua eta diagnostikoa lehenetsi** errefuxiatuei arta ematen dieten zentroetan, eta erreferentzia-arkitektura indartu, hiri-errefuxiatuena barne, barrutiko osasun-plangintzaren barruan. (*Eraginkortasuna, Estaldura.*)
3. **MHPSS lehen mailako arreta arruntean integratu**, erakutsitako eta ase gabeko osasun mentaleko beharren tamaina ikusita, baheketan eta estigmatizazioaren aurkako borrokan inbertsioari jarraipena eman. (*Eragina, Iraunkortasuna.*)
4. **Koordinazio-plataformei eutsi** bazkide humanitarioekin, proiektuak babestutako koordinazio-sare trinko eta funtzionalari eusteko. (*Koordinazioa.*)

5.15. 7.5 Komunitate-maila (komunitate-batzordeak, buruzagiak, VHTak, eskubide-dunak)

1. **Komunitate-batzordeen eta buruzagien funtzioei eutsi eta horiek txandakatu**, identifikazio-, erreferentzia-, kontzientziazio- eta feedback-funtzioen jarraitutasuna eta trebatutako langileen berritza bermatuz. (*Jabetza, Iraunkortasuna.*)
2. **Kontzientziazio-jarduerari eta estigmatizazioaren aurkako jarduerari eutsi**, gizonen eta mutilen arteko dibulgazioa areagotuz, genero-arauetan eta laguntza bilatzeko moduetan aldaketa eraldatzailea bultzatzeko. (*Eraginkortasuna, Zeharkakoa.*)
3. **AAP feedback-mekanismoak erabiltzen jarraitu** eta tokiko erakundeei kontuak eskatu, ezarritako elkarrizketa- eta kexu-kanalen bidez. (*Jabetza, Partaidetza.*)

Onuradunekin eta funtsezko informatzaileekin egindako kontsultek gomendio praktiko ugari sortu zituzten, etorkizuneko programazioaren eraginkortasuna, iraunkortasuna eta inklusibitatea indartzeko asmoz. 1. Eraitza Arloan, parte-hartzaileek gaixotasun kronikoen botiketarako sarbidea zabaltzeko beharra azpimarratu zuten, erreferentzia-sistemak indartzea fokuko pertsona dedikatuen eta jarraipen digitalaren bidez, osasun-langileentzako etengabeko tutoretza instituzionalizatzea, dibulgazio-zerbitzuen ikusgaitasun komunitarioa hobetzea eta osasun mentaleko programazioa indartzea, bizibideekiko eta kideen arteko laguntza-egiturekiko lotura sendoagoen bidez. Interesdunek, halaber, tresnak eta protokoloak tokian tokikoago bihurtzea eskatu zuten, errefuxiatuen hizkuntzetara itzuliz, sendagaien eskuragarritasunari buruzko komunikazioa hobetuz eta arreta espezializatua jasotzen duten pazienteentzako jarraipen-mekanismo sendoagoak ezarriz.



2., 3. eta 4. Eraitza Arloetan, onuradunek eta funtsezko informatzaileek komunitatearen jabetza, partaidetza eta erantzukizuna sakontzearen garrantzia nabarmendu zuten. Gomendioen artean daude gizonak eta mutilak SGBVaren prebentzioan modu deliberatuagoan inplikatzeko, komunitateko babes-egiturei laguntza apala ematea, bizirik atera direnentzat ekonomia-ahalduntzerako aukerak integratzea eta laguntza juridikoko zerbitzuak indartzea. Parte-hartzaileek, gainera, komunitatean oinarritutako sustapena zabaltzea proposatu zuten, errefuxiatuek gidatutako komunikabideen ekimenen, podcast-en, komunitateko korrespontsalen eta ikerketaren feedback-produktu sinplifikatuen bidez. Erantzukizunari dagokionez, interesdunek feedback-kanal eskuragarriagoen beharra azpimarratu zuten, bereziki asentamenduetako aurrez aurreko mekanismoak, kexa sentikorretarako konfidentziasun-berme sendoagoak, hizkuntza anitzeko informazio-materialak eta feedback-eguneratze erregularrak (“Zuk esan zenuen - Guk egin dugu”), komunitatearen kezkek programaren erabakietan nola eragiten duten erakusteko.

Onuradunen eta Funtsezko Informatzaileen Proposamenen Sintesi Konsolidatua

Eraitza-arloa	Onuradunen eta Funtsezko Informatzaileen proposamen nagusiak	Iturri nagusia
R1 — Kalitatezko osasun-arrerarako sarbidea	Funtsezko sendagaien zerrenda zabaltzea hiri-guneetako NCDak estaltzeko; segurtasun-stockak alde aurretik kokatu; erreferentziako foku-puntu dedikatuak harrera-ospitaleetan; erreferentzien jarraipena digitalizatu; etengabeko tutoretza + 6 hilean behingo freskatze-saioak osasun-langileentzat; SOPak errefuxiatuen hizkuntzetara itzuli; dibulgazio-egutegiak argitaratu eta talde mugikorrek markatu; MHPSS eta bizibideak uztartu; errefuxiatu diren pareko aholkulariak trebatu.	FGDak (Kampalako gizonak; Kyaka II-ko emakume bizirik aterak); KIlak (Erizain psikiatrikoa AHA; Ofizial klinika MTI; Asentamenduko komandantea OPM; Osasun Publikoko ofiziala EMESCO; MEAL ofiziala AHA; SRHR ofiziala Makasi)



Emitza-arloa	Onuradunen eta Funtsezko Informatzaileen proposamen nagusiak	Iturri nagusia
R2 — SGBV prebentzioa eta ekintza komunitarioa	Gizonak eta mutilak aliatu gisa inplikatu; soldata txikiak/airetiko denbora GBV batzordeentzat; urteroko freskatze-saioa komunitateko buruzagientzat; bizirik atera direnentzat ekonomia-ahalduntzea integratu; laguntza juridikoko adarra indartu Adjumani; haurrentzako eta nerabeentzako material egokiak; hiri-errefuxiatu LGBTIQ+ pertsonentzako salaketa konfidentziala.	FGDak (Adjumani emakumeak; Kyaka II-ko emakume bizirik aterak); Kllak (RWC lehendakaria Kyaka II; Paralegal ofiziala EMESCO Adjumani)
R3 — Ebidentzia, sustapena eta osasunerako eskubidea	Ikerketa-zikloa itxi komunitate-hizkuntzetako txostenekin; kazetarien sare egonkorra hiruhileko informazio-saioekin; podcast eta bideo laburrak hiri-errefuxiatuentzat; bozgorailu mugikorren kanpainei eutsi asentamenduetan; errefuxiatu diren 'komunitate-korrespontsalak' trebatu; Makerereko mintegiko ondorioak Ugandako eta CAEko politika-elkarrizketetan txertatu.	Kllak (Farmamundiko zuzendariordea; MEAL ofiziala AHA Kampala; Osasun Publikoko ofiziala EMESCO Adjumani); FGD (RWAC Adjumani)
R4 — Erantzukizuna eta kalitate humanitarioa	Ahozko/aurrez aurreko kexa-kanalak gehitu asentamenduetan; hiruhileko 'Zuk esan zenuen — Guk egin genuen' kartelak; FRRM material eleaniztuna; SGBV/haurren babeserako kanal konfidentzial dedikatua; kanpo-auditoretzako zikloari eutsi; feedback-zikloa itxi kexu-emaleekin.	Kllak (Osasun Publikoko ofiziala EMESCO Adjumani; SRHR ofiziala Kampala; Paralegal ofiziala EMESCO Adjumani; Farmamundiko zuzendariordea)

