



INFORME DE EVALUACIÓN FINAL

“Promovido el pleno ejercicio de los derechos de las personas con diversidad funcional y personas mayores, refugiadas sirias y jordanas”

Implementado por la Fundación Promoción Social, ONG Rescate y Al Hussein Society

Financiado por la Generalitat Valenciana

Elaborado por Mireia Gallardo Avellan

Con el apoyo de Haifa Haidar

Enero de 2026

Tabla de contenido

Lista de acrónimos	pág. 3
A. Mensajes principales	pág. 5
B. Antecedentes y descripción de la evaluación	pág. 6
C. Metodología de la evaluación	pág. 11
D. Dificultades y limitaciones	pág. 18
E. Principales hallazgos y resultados	pág. 19
F. Conclusiones	pág. 51
G. Lecciones aprendidas	pág. 55
H. Recomendaciones	pág. 58
I. Anexos	
• I.1. Términos de referencia 2025	
• I.2. Matriz de evaluación	
• I. 3. Revisión documental	
• I.4. Matriz de indicadores de seguimiento y evaluación	
• I.5. Tabla resumen de recomendaciones	

Lista de acrónimos

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AHS	Al Hussein Society
CAD-OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – Comité de Asistencia para el Desarrollo
CBR	Rehabilitación Basada en la Comunidad
DDHH	Derechos Humanos
DIBC	Desarrollo Inclusivo Basado en la Comunidad
EBDH	Enfoque basado en los derechos humanos
EE	Equipo de Evaluación
EGyBDH	Enfoque de Género y Basado en los Derechos Humanos
NHF	Fundación Noor Hussein
FdV	Fuentes de Verificación
FPS	Fundación Promoción Social
GFD	Grupo Focal de Discusión
GVA	Generalitat Valenciana
McD	Mujeres con Discapacidad
MdS	Ministerio de Salud
MdSD	Ministerio de Desarrollo Social
MEAL	Monitoreo, Evaluación, Rendición de Cuentas y Aprendizaje
MNcD	Mujeres y Niñas con Discapacidad
MoU	Memorando de Entendimiento
OBC	Organización de Base Comunitaria
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OE	Objetivo Específico
OG	Objetivo General
ONG	Organización No Gubernamental
OSC	Organización de la Sociedad Civil
PSS	Apoyo Psicosocial
PcD	Personas con Discapacidad
RESCATE	ONG Rescate Internacional
SIPO	Sociedad Internacional de Prótesis y Ortesis
SMPSS	Salud Mental y Apoyo Psicosocial
TdR	Términos de Referencia

UNHCR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
UNRWA	Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente
ONU	Naciones Unidas
VdG	Violencia de Género

A. Mensajes principales

Para la Fundación Promoción Social (FPS): la organización ha aportado un valor claro al integrar una intervención compleja con múltiples organizaciones socias bajo una estrategia coherente, sólidos sistemas de monitoreo, evaluación, rendición de cuentas y aprendizaje (MEAL, en inglés) y un enfoque basado en derechos. Ahora cuenta con evidencia sólida para defender una programación plurianual inclusiva con la discapacidad. El apoyo de FPS para diseñar, acompañar y documentar esta intervención ha contribuido a un proyecto calificado como altamente relevante, eficaz, impactante y eficiente, con una calificación media realista en sostenibilidad, vinculada principalmente a las brechas de financiación sistémicas más que a las deficiencias de diseño. A través de su acompañamiento técnico y el apoyo MEAL, FPS ha ayudado a implementar herramientas orientadas a resultados —incluyendo encuestas de seguimiento, indicadores funcionales y psicosociales sencillos, y documentación cualitativa de casos— que muestran, en términos concretos, cómo la rehabilitación y el apoyo a las personas cuidadoras transforman la vida de las personas. La experiencia confirma el valor estratégico de un modelo de consorcio que combina la capacidad de prestación de servicios y la legitimidad nacional de Al Hussein Society (AHS) con el posicionamiento internacional de FPS y su capacidad para traducir la evidencia en un lenguaje accesible para las entidades donantes y mensajes de incidencia política. Para la siguiente fase, FPS se encuentra en una posición sólida para abogar ante donantes, como la Generalitat Valenciana (GVA) y otros, por una financiación plurianual y sistémica que consolide los logros institucionales, garantice presupuestos realistas para los costes operativos e incorpore explícitamente la sostenibilidad y el diálogo político desde el principio. El proyecto también ofrece a FPS la oportunidad de perfeccionar su sello organizativo en una programación inclusiva con la discapacidad y sensible a la protección, utilizando la experiencia de Jordania como referencia para el trabajo en otros contextos.

Para la Al Hussein Society (AHS): la organización ha confirmado su rol como entidad de referencia nacional en rehabilitación y protección inclusiva para personas con discapacidad (PcD), capaz de brindar servicios de alta calidad y fortalecer sistemas que perduren tras este proyecto. La intervención demuestra que AHS puede combinar la prestación directa de servicios a gran escala (ayudas para la movilidad, prótesis y ortesis, fisioterapia, terapia ocupacional y apoyo psicosocial, PSS, en inglés) con inversiones sistémicas en el taller del campo de personas refugiadas de Azraq, el sistema de derivación orientado a la discapacidad, las herramientas MEAL y las prácticas relacionadas con la violencia de género (VdG) y la protección. Las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras reportan constantemente cambios tangibles en la movilidad, el dolor, la autonomía, la participación y la dignidad, lo que confirma que el enfoque técnico y relacional de AHS tiene un impacto directo en la vida cotidiana de las personas. AHS también ha demostrado una sólida implicación institucional, absorbiendo costos subpresupuestados, gestionando complejas limitaciones de infraestructura y manteniendo los servicios en funcionamiento en un contexto de alta demanda y presión financiera. Al mismo tiempo, el proyecto subraya la necesidad de proteger a AHS de una presión financiera y de trabajo insostenible. Las fases futuras deben incluir acuerdos explícitos y realistas de reparto de costes y una financiación plurianual acorde con el nivel de responsabilidad de AHS. De cara al futuro, AHS está bien posicionada para actuar como centro de excelencia y ser una interlocutora clave para las autoridades nacionales y las entidades donantes en materia de rehabilitación, tecnología de asistencia y prácticas sensibles a la discapacidad y la VdG, siempre que su fortalecimiento institucional se reconozca y se le asignen recursos como una prioridad estratégica, en lugar de tratarse como un subproducto de la financiación de proyectos.

Para la ONG Rescate Internacional (Rescate): la organización ha demostrado con éxito que las prácticas sensibles a la VdG y a la protección pueden integrarse significativamente en un proyecto de rehabilitación no especializado en estos temas, creando servicios más seguros y receptivos para mujeres, hombres, niñas y niños con discapacidad. Al desarrollar el manual sobre VdG y discapacidad, impartir la capacitación de cinco días y realizar visitas de mentoría estructuradas, Rescate ha aumentado significativamente la capacidad del personal de AHS para identificar riesgos, comunicarse de forma segura, gestionar las revelaciones y derivar adecuadamente, sin intentar convertir a AHS en una entidad especializada en la gestión de casos de VdG. El proyecto demuestra que la mentoría práctica basada en casos es esencial: los cambios en las actitudes y el comportamiento del personal fueron más evidentes cuando la capacitación fue seguida de observación, retroalimentación y apoyo continuo, no solo sesiones puntuales. Las personas titulares de derechos, especialmente las mujeres y niñas con discapacidad (MNcD), perciben los servicios como más respetuosos,

confidenciales y emocionalmente comprensivos, incluso si no siempre nombran la VdG explícitamente, lo que indica que los cambios en las prácticas del personal ya están dando forma a la experiencia de la persona usuaria. Al mismo tiempo, el trabajo de Rescate ha aclarado los límites de lo que se puede lograr en materia de VdG dentro de un proyecto corto centrado en la rehabilitación y subraya la necesidad de una mayor vinculación con entidades especializadas en VdG, salud mental y PSS, en lugar de extender excesivamente el mandato de AHS. Basándose en esta experiencia, Rescate se encuentra en una posición privilegiada para profundizar en la práctica sensible a la VdG en futuras fases, incluyendo con el personal de las organizaciones de base comunitarias (OBC), para ayudar a diseñar estructuras claras de derivación y supervisión, y para utilizar este caso como ejemplo de integración responsable de la VdG en sectores más allá de la programación clásica de VdG.

A las entidades socias del consorcio: el proyecto ha demostrado el valor añadido de un consorcio genuinamente complementario, donde cada socia aporta fortalezas distintivas que juntas producen resultados que ninguna organización podría haber logrado por sí sola. AHS ha proporcionado rehabilitación y dispositivos de asistencia de alta calidad e inclusivos para la discapacidad, arraigados en una larga presencia y confianza en las áreas objetivo. FPS ha contribuido con visión estratégica, rigor metodológico y MEAL centrado en los resultados, convirtiendo la experiencia de campo en evidencia sólida y mensajes de promoción. Rescate ha agregado experiencia especializada en VdG y protección, asegurando que las interacciones con las personas titulares de derechos sean más seguras, más éticas y sensibles al género. Conjuntamente, las tres organizaciones han entregado un proyecto que es altamente relevante, efectivo, impactante y eficiente, con un fuerte fortalecimiento institucional y cambios significativos en las vidas de las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras. Al mismo tiempo, han sido honestas sobre los límites de un proyecto humanitario de un año en términos de sostenibilidad financiera, desigualdades estructurales y dinámica de VdG. Juntas, ahora están en una posición sólida para utilizar la evidencia generada en Jordania para promover una programación plurianual que incluya a las PcD y tenga en cuenta la protección, y para involucrar a las instituciones públicas en un diálogo más estructurado sobre la financiación y la institucionalización a largo plazo de la rehabilitación y la tecnología de asistencia.

A la Generalitat Valenciana (GVA): su apoyo ha hecho posible una intervención de alta calidad que no solo mejoró la vida de las PcD, las personas mayores y las personas cuidadoras en el campo de personas refugiadas de Azraq y las comunidades de acogida de Azraq, Mafraq y Ramtha, sino que también fortaleció una organización nacional clave y generó lecciones relevantes más allá de este proyecto específico. La evaluación muestra que los fondos proporcionados se han traducido en resultados muy tangibles: mejor movilidad, reducción del dolor, mayor autonomía y dignidad para las personas titulares de derechos; reducción de la tensión y mayor competencia para las personas cuidadoras, e instituciones locales más capaces y mejor conectadas. El proyecto financiado por la GVA constituye un ejemplo concreto de cómo la financiación humanitaria específica puede respaldar tanto los resultados inmediatos de protección e inclusión como el fortalecimiento del sistema a medio plazo, especialmente cuando se canaliza a través de un consorcio que combina el liderazgo nacional con apoyo técnico especializado. Al mismo tiempo, los resultados ponen de relieve la fragilidad estructural de los servicios de rehabilitación y asistencia en crisis prolongadas y la necesidad de una financiación plurianual predecible y un reparto gradual de los costes públicos. La experiencia en Jordania ofrece a la GVA una sólida referencia para sus futuras decisiones políticas y de financiación: confirma que invertir en intervenciones que incluyan a las PcD, que tengan en cuenta los derechos, y que consideren las cuestiones de género y la VdG es factible y eficaz, y subraya la importancia de acompañar a las entidades socias locales a lo largo del tiempo para que los cambios iniciados puedan sostenerse y, cuando sea posible, ampliarse.

B. Aspectos introductorios: antecedentes y descripción de la evaluación¹

B.1. Antecedentes de las organizaciones

- FPS es una organización no gubernamental (ONG) española con una larga trayectoria en Oriente Medio, especialmente en Jordania, donde lleva más de una década implementando intervenciones humanitarias y de desarrollo. Su trabajo en el país se ha centrado constantemente en las poblaciones vulnerables afectadas por el

¹ Para más información, consultar Anexo 1 – Términos de Referencia (TdR) Evaluación 2025.

desplazamiento prolongado, con especial énfasis en la inclusión social, la protección y el acceso a los servicios básicos.

En el marco de este proyecto, FPS actúa como solicitante principal y entidad coordinadora, responsable de la supervisión general del proyecto, la coordinación con las entidades donantes y la coherencia estratégica entre las entidades socias. El valor añadido de FPS reside menos en la prestación directa de servicios y más en su capacidad para articular intervenciones multiactor, alinear la implementación local con los requisitos de las entidades donantes e integrar prioridades transversales en el diseño y la supervisión del proyecto, tales como la igualdad de género, la inclusión de la discapacidad y la rendición de cuentas.

El rol institucional de FPS en esta intervención refleja un enfoque facilitador y orientado a la gobernanza, garantizando que las entidades socias implementadoras operen dentro de un marco de resultados compartidos, cumplan con los estándares de las entidades donantes y se mantengan alineadas con las estructuras de coordinación humanitaria en Jordania. Este posicionamiento es particularmente relevante en un contexto caracterizado por una alta fragmentación de los servicios y una frecuente volatilidad de la financiación, donde la coordinación y la claridad estratégica constituyen condiciones propicias para la eficacia.

- AHS es una organización de la sociedad civil jordana (OSC) especializada en servicios de rehabilitación para PcD y personas mayores. Fundada en 1979, AHS es una de las entidades nacionales con mayor trayectoria en el sector de la discapacidad y la rehabilitación en Jordania y ha desarrollado una amplia experiencia técnica en fisioterapia, terapia ocupacional, prótesis y ortesis, y rehabilitación basada en la comunidad (RBC).

AHS tiene una sólida presencia operativa tanto en campos de personas refugiadas como en comunidades de acogida, incluyendo el campo de Azraq y las gobernaciones del norte, como Mafraq y Ramtha. Su larga presencia en estas zonas le ha permitido a la organización generar confianza con las comunidades, desarrollar modelos de servicio contextualizados y mantener relaciones de trabajo con entidades humanitarias e instituciones públicas.

En este proyecto, AHS actúa como socia implementadora principal, responsable de la prestación directa de servicios, la identificación y evaluación de casos, la operación de los centros de rehabilitación (incluido el taller del campo de Azraq) y la coordinación de las vías de derivación. Además de la prestación de servicios, AHS desempeña un papel fundamental al integrar la intervención en un enfoque de Desarrollo Inclusivo Basado en la Comunidad (DIBC), combinando servicios de rehabilitación individual con mecanismos de participación y coordinación comunitaria.

La relevancia institucional de AHS para el proyecto también reside en su capacidad para absorber y poner en práctica los insumos de fortalecimiento de capacidades, en particular en relación con las prácticas con perspectiva de género y orientadas a la protección. Su arraigo en el contexto local la posiciona como una entidad clave para traducir la orientación técnica en práctica, a la vez que destaca las limitaciones estructurales relacionadas con la infraestructura, la disponibilidad de derivaciones y el entorno humanitario en general.

- Rescate es una organización humanitaria española con experiencia especializada en protección, VdG y PSS en contextos de crisis y desplazamiento. En Jordania, Rescate ha acumulado experiencia trabajando en la prevención y respuesta a la VdG, a menudo en colaboración con entidades nacionales y personas consultoras especializadas, y con un enfoque especial en el fortalecimiento de capacidades, más que en la gestión directa de casos.

En este proyecto, la función de Rescate es técnica y complementaria, y se centra en fortalecer la capacidad institucional de AHS para identificar, derivar y gestionar éticamente los casos de VdG que afectan a las PcD y a las personas mayores. Esto incluye la elaboración de un manual de derivación personalizado, la impartición de formación especializada y la mentoría de seguimiento para apoyar la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos.

La contribución de Rescate es intencionalmente limitada: no reemplaza a las entidades proveedoras de servicios especializados en VdG ni establece mecanismos de respuesta paralelos. En cambio, su valor añadido reside en abordar una brecha crítica en la intersección entre la discapacidad y la VdG, dotando al personal de

rehabilitación y psicosocial de primera línea con las herramientas necesarias para reconocer el riesgo, responder adecuadamente y activar las vías de derivación existentes. Este posicionamiento refleja las buenas prácticas en la integración de la protección en intervenciones no especializadas en VdG.

Complementariedad y lógica de asociación

La colaboración entre FPS, AHS y Rescate aúna fortalezas institucionales distintas pero complementarias: la capacidad de coordinación e interacción con donantes de FPS, la experiencia técnica y operativa de AHS en rehabilitación e inclusión de la discapacidad, y el conocimiento especializado de Rescate en género y protección. La colaboración está estructurada para evitar la duplicación de funciones, y cada organización opera dentro de sus propias ventajas comparativas.

Esta división de funciones es especialmente pertinente en el contexto humanitario jordano, donde coexisten deficiencias en la prestación de servicios con una sólida experiencia nacional y recursos limitados. El modelo de colaboración adoptado en este proyecto refleja un intento de maximizar el impacto con un presupuesto limitado, priorizando la coordinación, el fortalecimiento institucional y la integración de consideraciones transversales de protección en los servicios de rehabilitación.

B.2. Antecedentes del proyecto

El proyecto se implementó en Jordania en un contexto marcado por el desplazamiento prolongado, la vulnerabilidad estructural y la presión constante sobre los sistemas nacionales y humanitarios. Jordania continúa albergando a una gran población de personas refugiadas sirias junto con comunidades jordanas vulnerables, especialmente en las gobernaciones del norte y en campos como Azraq. En este contexto, las PcD, las personas mayores y las sobrevivientes de VdG se enfrentaron a barreras cada vez mayores para acceder a los servicios de salud y rehabilitación, así como a mayores riesgos de protección.

En el campo de Azraq, las limitaciones de infraestructura física, la disponibilidad limitada de servicios especializados y las estrictas normas de gestión del campo exacerbaban la exclusión de las PcD y las personas mayores. En las comunidades de acogida, en particular en Mafraq y Ramtha, las vulnerabilidades se vieron condicionadas por la pobreza crónica, la cobertura desigual de los servicios y la sobrecarga de los sistemas locales de salud y sociales. En ambos entornos, las necesidades relacionadas con la discapacidad siguieron siendo constantemente subestimadas, especialmente cuando se relacionaban con cuestiones de edad, género y protección.

El proyecto se alineó con la visión estratégica de FPS y su estrategia de país para Jordania. Su objetivo general (OG) fue aumentar la protección y el ejercicio del derecho de acceso a la salud para las personas refugiadas sirias y las personas jordanas vulnerables, con especial atención a la diversidad funcional, la edad y la VdG. El objetivo específico (OE) fue mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de las PcD y las personas en situación de extrema vulnerabilidad — en particular, las personas mayores, las mujeres y la infancia sobreviviente de la VdG— que viven en el campo de Azraq y las comunidades de acogida circundantes.

La intervención se diseñó e implementó como un proyecto humanitario de 12 meses (del 15 de agosto de 2024 al 14 de agosto de 2025), que combinó la prestación directa de servicios con el fortalecimiento y la coordinación institucional. Contó con un presupuesto total de 393.390 Euros, de los cuales 388.325 Euros fueron financiados por la GVA y el resto por FPS, Rescate y AHS. Se adoptó explícitamente un enfoque de desarrollo comunitario basado en la comunidad (CBID), reconociendo que los resultados de la rehabilitación dependen no solo de los servicios individuales, sino también de la existencia de sistemas de derivación funcionales, la capacidad institucional y los mecanismos de inclusión a nivel comunitario. Por lo tanto, el proyecto buscó abordar tanto las necesidades inmediatas como los obstáculos estructurales que limitaban el acceso a la rehabilitación inclusiva y a los servicios sensibles a la protección.

La intervención se diseñó e implementó como un proyecto humanitario de 12 meses, que combinó la prestación directa de servicios con el fortalecimiento y la coordinación institucional. Adoptó explícitamente un enfoque de la DIBC, reconociendo que los resultados de la rehabilitación dependen no solo de los servicios individuales, sino también de la existencia de sistemas de derivación funcionales, la capacidad institucional y los mecanismos de inclusión a nivel

comunitario. Por lo tanto, el proyecto buscó abordar tanto las necesidades inmediatas como los obstáculos estructurales que limitaban el acceso a la rehabilitación inclusiva y a servicios sensibles a la protección.

Dos resultados interrelacionados estructuraron la intervención:

- Resultado 1 – Fortalecimiento institucional enfocado en mejorar las capacidades técnicas y humanas de AHS para brindar respuestas especializadas y multidisciplinarias a personas refugiadas y no refugiadas en situaciones de extrema vulnerabilidad.
- Resultado 2 – Movilidad y autonomía destinado a aumentar la movilidad y la autonomía de las personas titulares de derechos mediante la provisión de dispositivos de asistencia personalizados, servicios de rehabilitación, capacitación de personas cuidadoras y la integración de las personas miembro de la familia en los procesos de atención.

Geográficamente, el proyecto se desarrolló en el campo de Azraq y en comunidades de acogida seleccionadas, como la ciudad de Azraq, Mafray y Ramtha, lo que refleja un esfuerzo intencional por abordar las vulnerabilidades tanto dentro como fuera del campo. Este enfoque dual reconoció que las necesidades relacionadas con la diversidad funcional y el envejecimiento trascienden las categorías administrativas, mientras que el acceso a los servicios y los mecanismos de coordinación difieren significativamente entre los distintos entornos humanitarios.

El proyecto se implementó durante un período caracterizado por limitaciones de financiación y deficiencias en los servicios, que afectaron especialmente a los servicios especializados de rehabilitación y protección. Estas condiciones contextuales determinaron las decisiones de implementación y reforzaron el énfasis del proyecto en fortalecer las capacidades existentes, mejorar la coordinación y optimizar los sistemas de derivación, en lugar de establecer estructuras paralelas. Este contexto es fundamental para interpretar el alcance y la magnitud de los resultados obtenidos.

B.3. Antecedentes de la evaluación²

La evaluación se encargó como evaluación externa final del proyecto implementado por FPS, AHS y Rescate en el campo de Azraq y en comunidades de acogida seleccionadas del norte de Jordania. Se llevó a cabo tras la finalización de la intervención de 12 meses y formó parte del compromiso de FPS con la rendición de cuentas, el aprendizaje y una programación basada en la evidencia, así como de sus obligaciones de presentación de informes al donante.

La evaluación se llevó a cabo en un contexto caracterizado por una alta complejidad operativa y limitaciones estructurales, incluyendo la disponibilidad limitada de servicios especializados, dificultades de coordinación entre entidades y la volatilidad de la financiación humanitaria. Estos factores no fueron secundarios, sino que constituyeron condiciones clave para el marco de la evaluación, influyendo tanto en la viabilidad de ciertas preguntas de evaluación como en el nivel de credibilidad de las afirmaciones sobre los resultados, el impacto y la sostenibilidad.

Los Términos de Referencia (TdR) enmarcaron la evaluación como un ejercicio de rendición de cuentas y aprendizaje, buscando evaluar la intervención según los criterios del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (CAD-OCDE), generando a la vez perspectivas prácticas para la programación futura. Al mismo tiempo, la evaluación se encargó con recursos financieros y temporales limitados, lo que requirió una priorización deliberada del enfoque analítico y las opciones metodológicas.

En respuesta a estas condiciones, la evaluación adoptó una perspectiva centrada y teórica, priorizando la profundidad del análisis sobre la cobertura exhaustiva. En lugar de abordar todas las preguntas de los TdR con la misma importancia, la evaluación se concentró en las dimensiones más cruciales para comprender la contribución del proyecto a sus objetivos declarados, en particular el fortalecimiento institucional, los mecanismos de coordinación y derivación, la integración de la protección y las mejoras en la movilidad y la autonomía de las personas titulares de derechos. Las cuestiones relacionadas con el impacto a largo plazo y la sostenibilidad más allá del plazo del proyecto se abordaron de forma más exploratoria, en consonancia con el carácter humanitario y la duración de la intervención.

² Para más información, consultar el Anexo 1 – TdR Evaluación 2025.

La evaluación se diseñó para evaluar la contribución, no la atribución. Dada la ausencia de un contrafactual, el corto período de implementación y la complejidad contextual de los resultados de rehabilitación y protección, la evaluación no buscó establecer un impacto causal. En cambio, examinó cómo y en qué medida el proyecto contribuyó a mejorar las prácticas, los servicios y las condiciones propicias para la inclusión dentro de las limitaciones existentes.

Para maximizar la utilidad de la evaluación, los hallazgos se compartieron con las organizaciones implementadoras durante y después del proceso de evaluación. Los resultados buscaban fundamentar el diseño futuro del programa, fortalecer los procesos internos de gestión y coordinación, y apoyar la replicación o adaptación de los enfoques exitosos identificados durante la implementación. El equipo de evaluación (EE) fue responsable de elaborar un informe creíble, basado en la evidencia y orientado a la práctica, que destacara los logros, los desafíos y las oportunidades de aprendizaje.

En general, la evaluación contribuyó a fortalecer la rendición de cuentas al donante y promovió el aprendizaje continuo entre las organizaciones socias, manteniendo su rigor analítico y credibilidad metodológica dentro de las limitaciones bajo las que se llevó a cabo. Este contexto enmarca las decisiones analíticas tomadas y proporciona la perspectiva a través de la cual deben interpretarse los hallazgos presentados en las secciones posteriores.

B.4. Descripción general del proceso de evaluación

La evaluación comenzó en septiembre de 2025 y se llevó a cabo durante un total de 25 días hábiles. El trabajo de campo se realizó en Amman y en comunidades seleccionadas del norte de Jordania (Azraq, Mafraq y Ramtha), así como de forma remota. La tarea fue realizada por el EE, compuesto por Mireia Gallardo Avellan (Líder del Equipo y Apoyo Remoto) y Haifa Haidar (Investigadora y Líder del Trabajo de Campo). El EE trabajó en estrecha coordinación con FPS, AHS y Rescate durante todo el proceso.

La evaluación siguió la metodología acordada con la organización contratante y las entidades socias implementadoras, como se describe en las siguientes secciones. Combinó la revisión y el análisis documental, trabajo de campo cualitativo y procesos de validación participativa, y se implementó mediante las siguientes fases y actividades:

- 1 día para el inicio de la evaluación, incluyendo inicio del contrato, aclaración del alcance del proceso y coordinación inicial con FPS.
- 2 días para reuniones iniciales y de registro con FPS y socias implementadoras, centrándose en el alcance de la evaluación, las expectativas, la viabilidad de las preguntas de los TdR y la confirmación de roles y responsabilidades.
- 4 días para la recopilación y revisión de la documentación relevante, incluyendo la propuesta del proyecto, marco lógico, informes de seguimiento, resultados técnicos y fuentes de verificación (FdV), materiales de comunicación y evaluaciones previas, así como el refinamiento de la matriz de evaluación³, indicadores y herramientas.
- 2 días para la confirmación de la agenda y los aspectos logísticos, incluida la selección de las personas informantes, la programación de entrevistas y grupos focales de discusión (GFD) y la coordinación del acceso a las ubicaciones/espacios del proyecto, así como de las partes interesadas.
- 6 días de trabajo de campo, realizados a través de una combinación de métodos de recopilación de datos presenciales y remotos, incluidas entrevistas a informantes clave, GFD y consultas con personas titulares de derechos, cuidadoras, personal implementador y partes interesadas institucionales.
- 1 día para informe final y validación preliminar, durante el cual los hallazgos iniciales y los temas emergentes se discutieron internamente dentro del EE y se compartieron informalmente con las partes interesadas clave del proyecto.
- 3 días para la consolidación, triangulación y análisis de datos, integrando los hallazgos cualitativos de todas las fuentes y alineándolos con los criterios de evaluación y las preguntas clave de evaluación.

³ Para más información, consultar Anexo 2 – Matriz de evaluación.

- 5 días para la elaboración y revisión del informe de evaluación, incluida la incorporación de la retroalimentación de FPS y las entidades socias y la finalización de los anexos.
- 1 día para la presentación y difusión de los resultados de la evaluación a la organización encargada y a las entidades socias implementadoras.

Se realizaron elecciones metodológicas para garantizar la coherencia y la relevancia práctica de los hallazgos, sin dejar de ser proporcionales al alcance y la duración de la evaluación y la intervención.

C. Metodología de evaluación

C.1. Revisión documental⁴

La revisión documental constituyó un componente fundamental y continuo del proceso de evaluación. A lo largo de la tarea, el EE revisó y analizó sistemáticamente toda la documentación relevante del proyecto para recopilar información primaria y secundaria relacionada con la intervención y su evaluabilidad.

La primera etapa, implementada en septiembre de 2025 desde las oficinas del EE, se llevó a cabo al inicio de la evaluación y se centró en comprender a fondo el diseño, los objetivos, la lógica de intervención y el contexto de implementación del proyecto, así como el alcance y las prioridades de la evaluación, según lo definido en los TdR. Esta fase contribuyó a aclarar el propósito de la evaluación, las preguntas clave, el uso previsto de los hallazgos y los límites metodológicos, incluyendo los derivados de las limitaciones de tiempo y presupuesto.

Durante esta fase inicial, el EE revisó los documentos fundamentales del proyecto, incluyendo la propuesta, el marco lógico y la matriz de planificación, los informes narrativos y financieros, las herramientas de monitoreo, la documentación de referencia y gestión de casos, los materiales de capacitación, los productos de comunicación y los registros de coordinación, entre otros. Se prestó especial atención a la comprensión del enfoque de la DIBC que sustenta la intervención, la estructura de resultados y actividades, y las funciones y responsabilidades de FPS, AHS y Rescate.

Tras los intercambios iniciales con las entidades socias implementadoras, el EE procedió a consolidar elementos preparatorios clave, entre ellos:

- La identificación y muestreo de fuentes de información y ubicaciones geográficas.
- El refinamiento de la metodología de evaluación y de las herramientas cualitativas a utilizar durante el trabajo de campo.
- La clarificación de roles, responsabilidades y aspectos logísticos.
- La identificación de las dificultades previstas, las limitaciones y las consideraciones éticas.
- La integración de enfoques transversales, en particular la protección, la inclusión de la discapacidad, la sensibilidad a la edad y el género.

La segunda etapa de la revisión documental se llevó a cabo en paralelo al trabajo de campo, entre octubre y noviembre de 2025. Durante esta etapa, se solicitó y analizó documentación adicional para aclarar los problemas emergentes y las dinámicas contextuales identificadas mediante entrevistas, GFD y observación. Este proceso iterativo permitió al EE ajustar las líneas de investigación y profundizar el análisis cuando fue necesario.

Una tercera etapa de la revisión documental se llevó a cabo junto con el análisis de datos y la elaboración del informe, en noviembre y diciembre de 2025. Durante esta fase, se revisó la documentación complementaria para validar los hallazgos, triangular la evidencia y respaldar la interpretación de los resultados. Esta revisión documental continua, garantizó la coherencia analítica entre las fuentes de datos y reforzó la credibilidad de las conclusiones de la evaluación.

⁴ Para obtener más información, consultar el Anexo 3 – Revisión documental.

C.2. Metodología, fuentes de información y muestra

C.2.1. Enfoque de evaluación

La evaluación adoptó un enfoque de métodos mixtos, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas para generar una comprensión integral y triangulada del desempeño, los logros y las limitaciones del proyecto. El diseño de la evaluación se desarrolló de acuerdo con los TdR y en estrecha coordinación con FPS, AHS y Rescate.

La evaluación siguió un enfoque participativo, basado en derechos y orientado a la inclusión, en consonancia con los principios que rigen la intervención y el marco de la DIBC. Se prestó especial atención a la captación de las perspectivas de las personas titulares de derechos —incluidas las PcD, las personas mayores y las personas cuidadoras—, así como de las entidades titulares de obligaciones y de responsabilidades, como las OBC y las entidades proveedoras de servicios que participan en los procesos de derivación, rehabilitación y protección. Este enfoque garantizó que las opiniones de las personas directamente afectadas por la intervención fundamentaran tanto el análisis como la interpretación de los hallazgos.

La metodología combinó revisión documental, trabajo de campo y análisis sistemático de datos. Se diseñó para:

- Evaluar la pertinencia, eficacia, eficiencia, impacto y sostenibilidad de la intervención, de acuerdo con los TdR.
- Examinar los procesos de fortalecimiento institucional de AHS y organizaciones asociadas.
- Analizar los mecanismos de coordinación y derivación entre entidades humanitarias y locales.
- Explorar los cambios relacionados con la movilidad, la autonomía y el acceso a los servicios entre las personas titulares de derechos.
- Identificar lecciones aprendidas, buenas prácticas y recomendaciones viables para informar la programación futura.

Dada la naturaleza humanitaria del proyecto, su duración y la ausencia de un contrafactual, la evaluación adoptó una perspectiva basada en la contribución en lugar de buscar establecer la atribución. El análisis se centró en comprender cómo y en qué medida el proyecto contribuyó a los cambios observados dentro de las limitaciones estructurales y operativas existentes.

A lo largo del proceso, el EE mantuvo su independencia y rigor analítico, manteniendo un diálogo continuo con las entidades socias implementadoras para validar la precisión fáctica, la interpretación contextual y los hallazgos emergentes. Este equilibrio favoreció tanto la rendición de cuentas al donante como el aprendizaje significativo para las organizaciones involucradas.

C.2.2. Estrategia de muestreo e inclusión

Para recopilar los datos cualitativos se utilizó un muestreo intencional y de conveniencia, acorde con el alcance de la evaluación, el contexto humanitario y las consideraciones éticas vinculadas a temas delicados de protección. El EE definió los criterios de selección antes del trabajo de campo, y las organizaciones socias apoyaron la identificación de las posibles informantes de acuerdo con estos criterios. La muestra final fue validada por el EE para garantizar su independencia metodológica.

El muestreo priorizó a las personas informantes con participación directa o conocimiento sustancial del proyecto, garantizando la representación en las principales áreas de intervención: fortalecimiento institucional, mecanismos de coordinación y derivación, servicios de rehabilitación, PSS e integración de la protección. El enfoque buscó captar las perspectivas de las personas titulares de derechos, las personas cuidadoras, el personal implementador, las OBC y las entidades de coordinación, lo que permitió la triangulación entre los niveles de implementación y responsabilidad.

Las principales categorías de personas informantes incluyeron:

- PcD y personas mayores (mujeres y hombres), a las que se llegó a través de GFD en campos de personas refugiadas y entornos comunitarios de acogida.
- Personas cuidadoras (mujeres y hombres) de niños y niñas con discapacidad.

- Personal técnico y de PSS involucrado en servicios de rehabilitación y apoyo.
- Personal administrativo, de coordinación y gestión de las organizaciones implementadoras.
- Personal de dirección y puntos focales de las OBC asociadas.
- Entidades externas y de coordinación, incluidos personas consultoras especializadas.

En relación con la VdG, la estrategia de muestreo se guió por consideraciones éticas y de protección. En esta evaluación, no se entrevistó directamente a mujeres, niñas y niños sobrevivientes de VdG. En cambio, se recopiló evidencia relacionada con la VdG indirectamente mediante:

- Entrevistas a informantes clave con organizaciones socias implementadoras.
- Entrevistas con la consultora especializada en VdG e involucrada en el proyecto.
- Revisión de la documentación del proyecto y las FdV relacionadas con el fortalecimiento de capacidades en materia de VdG y prácticas de derivación.

Además, durante el trabajo de campo, algunas mujeres que participaron en los GFD compartieron voluntariamente testimonios que indicaban experiencias vividas de VdG. Estos testimonios no fueron solicitados, se trataron con confidencialidad y se analizaron con cautela como información cualitativa, no como datos representativos.

Este enfoque refleja un equilibrio deliberado entre la inclusión y los principios de no causar daño (*do not harm*), reconociendo la sensibilidad de las cuestiones relacionadas con la VdG y la naturaleza no especializada de la evaluación en este ámbito. Por lo tanto, la estrategia de muestreo tuvo como objetivo garantizar que las dimensiones de protección se evaluaran de forma significativa sin exponer a las sobrevivientes a riesgos adicionales.

En general, el enfoque de muestreo buscó incluir a las personas más directamente involucradas o afectadas por la intervención, garantizando una representación equilibrada de titulares de derechos, titulares de obligaciones y entidades de coordinación. Los datos recopilados de diferentes grupos de personas informantes se contrastaron mediante diversas herramientas y fuentes, lo que respalda la solidez de los hallazgos a pesar de las variaciones en los niveles de participación y la ausencia de entrevistas directas con sobrevivientes de VdG.

C.2.3. Métodos de recopilación de datos

La recopilación de datos combinó múltiples métodos cualitativos y cuantitativos para maximizar la profundidad, la precisión y la triangulación. Durante el trabajo de campo se utilizaron las siguientes herramientas:

- Entrevistas individuales semiestructuradas, realizadas con personal técnico de FPS, AHS y Rescate; representantes de organizaciones socias y OBC; entidades de coordinación; y personas consultoras especializadas, incluidas personas expertas en VdG y protección.
- Entrevistas grupales, realizadas con equipos técnicos de AHS y personal asociado para explorar perspectivas colectivas sobre los procesos de implementación, los mecanismos de coordinación y el fortalecimiento institucional.
- GFD, realizados con PcD y personas mayores, así como con cuidadoras de niñas, niños y personas adultas con discapacidad, tanto en campos como en comunidades de acogida.
- Cuestionarios diseñados y administrados a las personas titulares de derechos (PcD, personas mayores y cuidadoras) para complementar los datos cualitativos y capturar las percepciones relacionadas con el acceso, la calidad, la relevancia y los resultados de los servicios.
- Observación directa, realizada durante visitas de campo a los puntos de prestación de servicios, para contextualizar los hallazgos y apoyar la interpretación de las prácticas y los resultados informados.

Todas las herramientas se diseñaron para evaluar los criterios de evaluación establecidos en los TdR y se adaptaron al contexto humanitario, de rehabilitación y protección de Jordania. Las guías para entrevistas, GFD y cuestionarios se

estructuraron en torno a los criterios del CAD-OCDE e integraron una perspectiva de género, basada en los derechos humanos e inclusiva con la discapacidad, en consonancia con el enfoque de la DIBC que guía la intervención.

A lo largo del proceso de evaluación, FPS, AHS y Rescate desempeñaron un papel clave de coordinación, facilitando el acceso a las personas encuestadas, apoyando la logística y asegurando la disponibilidad oportuna de la documentación. Esta colaboración permitió al EE adaptar las modalidades de recolección de datos (presencial y en línea) según fuera necesario y garantizó la coherencia metodológica, preservando al mismo tiempo la independencia del análisis.

C.2.4. Fuentes de información y composición de la muestra

La evaluación se basó principalmente en datos cualitativos recopilados durante el trabajo de campo en octubre y noviembre de 2025, complementados con la revisión continua de la documentación del proyecto. En total, se realizaron 24 sesiones de recopilación de datos, que incluyeron entrevistas individuales, entrevistas grupales y GFD, con 66 participantes (52 mujeres y 14 hombres).

También se administraron dos cuestionarios a las personas titulares de derechos de ambos grupos objetivo, que fueron completados por 10 personas (8 mujeres y 2 hombres). Si bien el número de respuestas fue limitado, aportaron reflexiones complementarias que ayudaron a contextualizar y matizar los hallazgos cualitativos.

En la siguiente tabla se presenta un resumen de las fuentes de información consultadas durante la evaluación.

Grupo de informantes	Institución/afiliación	Tipo de sesión	Participantes
Organizaciones socias implementadoras	FPS	2 entrevistas individuales	2 personas, 1 mujer y 1 hombre
Organizaciones socias implementadoras	AHS	3 entrevistas individuales y 2 entrevistas grupales	9 personas, 8 mujeres y 1 hombre
Organizaciones socias implementadoras	Rescate	1 entrevista individual	1 mujer
OBC	OBC locales (Azraq, Mafrqa, Ramtha)	4 entrevistas individuales y 2 entrevistas grupales	8 mujeres
Especialistas en VdG y protección	Consultora externa	1 entrevista individual	1 mujer
Titulares de derechos: PcD y personas mayores	Titulares de derechos del proyecto (Azraq, Mafrqa, Ramtha)	4 GFD Cuestionario	26 personas, 19 mujeres y 7 hombres (GFD) 2 mujeres (cuestionario)

Grupo de informantes	Institución/afiliación	Tipo de sesión	Participantes
Titulares de derechos: cuidadoras	Titulares de derechos del proyecto (Azraq, Mafraq, Ramtha)	4 GFD Cuestionario	17 personas, 12 mujeres y 5 hombres (GFD) 6 mujeres y 2 hombres (cuestionario)
Partes interesadas institucionales	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR, en inglés) y Fundación Nour Hussein (NHF, en inglés)	1 entrevista grupal	2 mujeres

Esta muestra refleja la gama de entidades involucradas directa o indirectamente en el proyecto y proporciona una base sólida para evaluar sus logros y efectos institucionales.

C.2.5. Análisis y triangulación de datos

El análisis de datos cualitativos siguió un proceso estructurado de varias etapas, diseñado para garantizar el rigor metodológico, la coherencia con los criterios de evaluación establecidos en los TdR y la fiabilidad de los hallazgos. El enfoque combinó técnicas analíticas deductivas e inductivas, lo que permitió al equipo de investigación examinar áreas de investigación predefinidas derivadas de los TdR, el marco lógico del proyecto y la estructura de resultados, a la vez que captó los temas emergentes del trabajo de campo.

El proceso de análisis comprendió varios pasos interrelacionados:

- En primer lugar, todos los datos cualitativos recopilados durante la evaluación —incluidas las notas y transcripciones de entrevistas, grabaciones de audio, resúmenes de GFD, notas de observación y respuestas al cuestionario— se organizaron sistemáticamente por categoría de informantes. Estas categorías incluyeron titulares de derechos (PcD, personas mayores y cuidadoras), entidades institucionales y operativas (personal y dirección de AHS), organizaciones colaboradoras (FPS y Rescate), entidades de coordinación y derivación, y entidades técnicas externas. El EE verificó las notas de campo y las transcripciones para garantizar la coherencia interna y la precisión antes de la codificación.
- En segundo lugar, se desarrolló un marco de codificación para guiar el análisis. Este marco integró:
 - Los criterios de evaluación establecidos en los TdR (relevancia, eficacia, impacto, eficiencia y sostenibilidad).
 - Marco lógico del proyecto (OG y OE, Resultados 1 y 2, actividades, indicadores y FdV).
 - Las categorías analíticas emergentes que reflejan dimensiones clave de la intervención, como el fortalecimiento de la capacidad institucional, la funcionalidad de los sistemas de derivación, la accesibilidad y la calidad de los servicios de rehabilitación, la participación de las personas cuidadoras, la incorporación de la protección (incluidas las prácticas sensibles a la VdG), la dinámica de coordinación y las limitaciones contextuales que afectan la implementación.

Este marco permitió una categorización sistemática de datos cualitativos y al mismo tiempo mantuvo la flexibilidad necesaria para incorporar hallazgos inesperados y cuestiones específicas del contexto.

- En tercer lugar, todos los datos cualitativos se analizaron mediante codificación temática. El EE identificó patrones recurrentes, convergencias, divergencias y valores atípicos en los grupos de interés y ubicaciones. Se prestó especial atención a:
 - Cambios percibidos en el acceso y la calidad de los servicios de rehabilitación.
 - Funcionalidad y utilización de vías de derivación basadas en el enfoque DIBC.
 - Aprendizaje institucional y fortalecimiento de capacidades dentro de AHS.
 - Integración de prácticas de protección y de atención a la VdG en servicios no especializados.
 - Cambios percibidos en la movilidad, autonomía y bienestar entre las personas titulares de derechos.
 - Participación de las personas cuidadoras y beneficios percibidos.
 - Barreras operativas y contextuales que afectan la prestación de servicios tanto en campos como en comunidades anfitrionas.
- En cuarto lugar, los hallazgos del análisis cualitativo se compararon sistemáticamente con los indicadores, el estado de valor, los hitos y los resultados esperados del proyecto. Esta comparación permitió al EE evaluar el grado de consecución de los resultados planificados, identificar desviaciones respecto al diseño original, reconocer logros superiores a los previstos inicialmente y destacar áreas donde el progreso fue más limitado debido a limitaciones contextuales o estructurales.

Los datos cuantitativos derivados de los cuestionarios administrados a las personas titulares de derechos se analizaron descriptivamente para complementar los hallazgos cualitativos. Si bien el componente cuantitativo tuvo un alcance limitado, proporcionó información adicional sobre los cambios percibidos en el acceso, la satisfacción y la funcionalidad de los servicios, y respaldó la interpretación de la evidencia cualitativa.

Los hallazgos analíticos se refinaron mediante un debate interno iterativo dentro del EE. Así, ambas consultoras revisaron conjuntamente las interpretaciones emergentes para garantizar la precisión contextual, minimizar el sesgo y conciliar las lecturas divergentes de los datos. Este proceso fortaleció la coherencia y el equilibrio de las conclusiones.

La triangulación fue un elemento central del análisis y se aplicó a múltiples niveles. Se llevó a cabo a través de diversas fuentes de datos, comparando las perspectivas de las personas titulares de derechos, las personas cuidadoras, el personal implementador, las organizaciones socias y las partes interesadas externas. Se aplicó a través de diversos métodos mediante la verificación cruzada de la evidencia obtenida mediante entrevistas individuales, GFD, cuestionarios, observación directa y revisión de documentos. También se aplicó en diferentes ubicaciones y modalidades de implementación, contrastando las experiencias en el campo de Azraq y en las comunidades de acogida, así como entre diferentes tipos de servicios y actividades.

Esta triangulación por capas reforzó la credibilidad y fiabilidad de los hallazgos de la evaluación, garantizando que las conclusiones se basaran en evidencia diversa y corroborada. También facilitó la identificación de factores contextuales e institucionales que influyen en el desempeño y permitió al EE distinguir entre las contribuciones a nivel de proyecto y las condiciones estructurales más amplias que influyen en los resultados.

C.3. Principios, estándares y normas éticas

- Responsabilidad: el informe mencionó cualquier controversia o diferencia de opinión que pudiera haber surgido entre el EE o entre este y el comisionado de la evaluación en relación con las conclusiones o recomendaciones. El EE corroboró todas las afirmaciones o cualquier desacuerdo con ellas.
- Integridad: el EE fue responsable de resaltar cuestiones no mencionadas específicamente en los TdR, si esto era necesario, para obtener un análisis más completo de la intervención.
- Independencia: para ello, se seleccionó al EE por su capacidad de ejercer un juicio independiente. El EE se aseguró de no verse indebidamente influenciado por las opiniones o declaraciones de ninguna de las partes. Si el EE o el comisionado de la evaluación se veían presionadas para adoptar una postura concreta o introducir

sesgos en las conclusiones de la evaluación, era su responsabilidad garantizar el mantenimiento de la independencia de juicio. Cuando dichas presiones pudieran haber puesto en peligro la finalización o la integridad de la evaluación, el asunto se remitía a el comisionado de la evaluación, quien analizaba las preocupaciones de las partes pertinentes y decidía un enfoque que garantizaba que las conclusiones y recomendaciones de la evaluación fueran coherentes, verificadas y presentadas de forma independiente.

- Incidentes: si surgían problemas durante el trabajo de campo o en cualquier otra etapa de la evaluación, se informaban de inmediato a el comisionado de la evaluación. De no hacerlo, la existencia de dichos problemas no justificaba la imposibilidad de obtener los resultados estipulados en los TdR.
- Validación y credibilidad de la información: el EE fue responsable de asegurar la exactitud de la información recopilada durante la preparación de los informes y fue en última instancia responsable de la información presentada en el informe de evaluación.
- Propiedad intelectual: al gestionar las fuentes de información, el EE respetó los derechos de propiedad intelectual de las instituciones y comunidades evaluadas. Todos los materiales generados durante la evaluación son propiedad de FPS, AHS y Rescate, y solo pueden utilizarse con autorización escrita. La distribución y publicación de los resultados de la evaluación recayó en las oficinas locales de las organizaciones. Con la autorización de las organizaciones, el EE podría realizar informes o resúmenes no oficiales de los resultados de la evaluación fuera de las organizaciones.
- Entrega de informes: si la entrega de los informes se retrasaba, o si la calidad de los informes entregados era claramente inferior a lo acordado, se aplicaban las sanciones estipuladas en los TdR.

C.4. Componentes y/o enfoques transversales

Como parte de la evaluación se tomaron en consideración los siguientes enfoques y/o componentes transversales:

- Enfoque de género y transversalización: el análisis de las relaciones de género fue un elemento esencial para comprender el impacto que los proyectos de cooperación internacional para el desarrollo tuvieron en las personas titulares de derechos. No podría haber un lugar para el desarrollo humano y la paz duradera sin el respeto por los derechos de las mujeres, así como la promoción de la equidad de género entre mujeres y hombres en las sociedades beneficiarias de la ayuda, incluyendo una perspectiva feminista interseccional y decolonial. Esta equidad también fue una prioridad estratégica en todas las acciones de las entidades socias del proyecto, así como sus partes interesadas. Por lo tanto, en todas las fases del proceso de evaluación (revisión documental, trabajo de campo, análisis de datos y presentación de informes), el enfoque de género y la transversalización fueron un componente central y transversal para el EE. Los resultados de la evaluación abordaron claramente el impacto que las organizaciones y el proyecto tuvieron en las relaciones de género entre mujeres y hombres.
- Sostenibilidad ambiental: dada la naturaleza y la escala de la intervención, no se previeron efectos ambientales significativos. No obstante, la evaluación consideró la gestión y el mantenimiento responsables de los dispositivos de ayuda a la movilidad y del taller de rehabilitación (p. ej., el manejo seguro de materiales y equipos) y no halló evidencia de impactos negativos significativos.
- Diversidad e interseccionalidad como un activo desde una perspectiva de derechos: el EE también reconoció como un activo valioso para el proyecto las diferentes experiencias y orígenes (identidad de género, edad, clase, origen, etnia, orientación sexual, capacidades, etc.) de mujeres y hombres, niñas y niños (p. ej., desplazamiento). Por lo tanto, se les incluyó activamente y se les respetó desde una perspectiva de derechos humanos durante el proceso de evaluación.
- Enfoque participativo: el EE trabajó con un enfoque participativo, en el que las partes interesadas participaron activamente en el desarrollo e implementación del proceso de evaluación. Este fue un aspecto fundamental para asegurar la apropiación del proceso por parte de las entidades socias del proyecto, así como de las personas titulares de derechos. Durante el proceso de evaluación, se emplearon técnicas participativas, basadas en la generación de aprendizaje y conocimiento.

- Enfoque basado en los derechos humanos (EBDH): el EE trabajó durante todo el proceso de evaluación con un enfoque en los derechos humanos. El EE consideró y trató a las entidades y participantes del proyecto no como simples receptoras de ayuda al desarrollo (o beneficiarias), sino como titulares de derechos, responsabilidades y obligaciones.
- Enfoque de sensibilidad al conflicto: el EE consideró este enfoque para comprender a fondo el contexto operativo, el proyecto y las interacciones entre ambos, a fin de garantizar que tanto el proyecto como el contexto tuvieran un impacto positivo en la dinámica del conflicto. En otras palabras, para asegurar que las acciones del proyecto y de las entidades socias minimizaran los impactos negativos y maximizaran los positivos en el conflicto.
- Enfoque de protección (incluida la protección infantil): el EE garantizó que el proceso de evaluación, así como el proyecto de las entidades socias, garantizaran que todas las personas disfrutaran del derecho a la seguridad, independientemente de su identidad o situación. En otras palabras, que todas las partes involucradas estuvieran protegidas contra daños, abusos o negligencia.

Toda la recopilación de datos primarios se realizó conforme a las normas éticas y de protección de datos de GVA, FPS, AHS y las buenas prácticas internacionales. Antes de cada entrevista o GFD, se informó a las personas participantes sobre el propósito de la evaluación, la voluntariedad de su participación y su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Se obtuvo el consentimiento informado verbal y se garantizó la confidencialidad evitando nombres u otros identificadores directos en las notas y anonimizando todas las citas en este informe.

Dada la sensibilidad de la discapacidad, la edad y los posibles problemas relacionados con la VdG, se informó al EE sobre el principio de no hacer daño (*do not harm*) y cómo responder ante señales de angustia o revelación de violencia. Ante cualquier incomodidad, se ralentizó o redirigió la conversación, y se recordó a las personas participantes que podían interrumpir la entrevista. Cuando fue pertinente y con el acuerdo de las personas participantes, se la orientó o se la derivó a los servicios existentes de VdG/protección y de PSS a través de las vías de derivación del proyecto. No se reportó ningún incidente grave de protección durante la evaluación.

- Enfoque de aprendizaje y utilización: el EE se aseguró de considerar en todo momento el uso final previsto de la evaluación y las necesidades de las principales personas usuarias previstas para maximizar la utilización de los hallazgos y recomendaciones.
- Enfoque de asociación: el EE se aseguró de que el proceso de evaluación tuviera en cuenta la relación entre las entidades socias del proyecto, así como la pertinencia y eficacia de la asociación para el aprendizaje mutuo.

D. Dificultades y limitaciones

Varias dificultades y limitaciones afectaron el proceso de evaluación y deben considerarse al interpretar los hallazgos:

- No se había realizado ningún estudio de referencia o línea de base antes del inicio del proyecto. Esto constituyó una limitación metodológica importante, ya que los datos de la línea de base habrían proporcionado un punto de referencia inicial para evaluar los cambios a lo largo del tiempo. Su ausencia limitó la precisión con la que se podía medir el progreso en relación con ciertos indicadores, en particular los relacionados con los cambios en el acceso, la autonomía y la capacidad institucional, y limitó la evaluación de los efectos a largo plazo.
- La evaluación se llevó a cabo con importantes limitaciones de tiempo y recursos. La duración y el presupuesto limitados exigieron al EE priorizar el enfoque analítico. Según lo acordado con FPS, esto condujo a una concentración deliberada en componentes clave seleccionados de cada criterio de evaluación, en lugar de una cobertura exhaustiva de todas las preguntas de los TdR. Esta priorización influyó tanto en la profundidad como en la amplitud del análisis.
- La participación en los cuestionarios administrados a titulares de derechos y cuidadoras fue menor de lo previsto. Esta limitación era previsible para AHS, dados factores contextuales como las limitaciones de acceso digital, el cansancio de las personas titulares de derechos y la sensibilidad de ciertos temas. No obstante, el EE

consideró importante incluir estas herramientas como un canal adicional para la recopilación de datos y la reflexión, aun con el riesgo de bajas tasas de respuesta.

- No se pudo visitar el campo de Azraq durante la evaluación. Dado que el proyecto ya había finalizado, el tiempo necesario para obtener nuevos permisos de acceso superó el período de evaluación disponible. En consecuencia, la evidencia relacionada con las actividades en el campo se basó principalmente en entrevistas con organizaciones socias y partes interesadas que implementaron el proyecto allí, así como en la documentación del proyecto y las FdV, en lugar de consultas directas con las personas titulares de derechos en el campo. Esto limitó la posibilidad de comparar algunos hallazgos en el campo de Azraq con las perspectivas directas de las personas titulares de derechos, si bien la coherencia entre los testimonios del personal, las opiniones de las entidades de coordinación y la documentación disponible proporcionó una base razonable para el análisis.
- Como se describe en la Sección C.2.2, las mujeres, niñas y niños sobrevivientes de VdG no fueron entrevistadas ni entrevistados directamente por razones éticas y de protección. Esto limitó la profundidad del análisis de los resultados específicos de VdG y requirió recurrir a fuentes indirectas (informantes clave, consultora en VdG y testimonios compartidos voluntariamente).
- La combinación de datos de referencia y recursos de evaluación limitados y una participación desigual en ciertas herramientas generó deficiencias que no pudieron abordarse completamente mediante el trabajo de campo únicamente. Estas limitaciones se mitigaron mediante una triangulación exhaustiva, utilizando múltiples fuentes de datos, grupos de informantes, métodos y documentación del proyecto, incluyendo un conjunto sustancial de fuentes de verificación proporcionadas por FPS, AHS y Rescate.

A pesar de estas limitaciones, la evaluación generó evidencia suficiente y creíble para respaldar hallazgos y conclusiones sólidas respecto de la relevancia del proyecto, los procesos de implementación y las contribuciones dentro del alcance y el marco temporal de la intervención.

A lo largo del proceso, la flexibilidad y el apoyo continuo del FPS, AHS y Rescate fueron fundamentales para superar las dificultades logísticas y asegurar el acceso a las personas entrevistadas. Su colaboración permitió al EE mantener el rigor metodológico y completar todas las actividades planificadas a pesar de los desafíos encontrados.

E. Principales hallazgos y resultados

E.1. Relevancia

E.1.1. ¿La intervención está alineada con las necesidades y prioridades de la población participante en el proyecto?

E.1.1.1. Introducción

La evaluación examinó el grado en que el proyecto respondió a las necesidades y prioridades expresadas por sus principales titulares de derechos: PcD, personas mayores y sus cuidadoras en el campo de Azraq y las comunidades de acogida de Azraq, Mafraq y Ramtha, así como mujeres, niños y niñas sobrevivientes de VdG. El análisis se basa en la documentación del proyecto y en los datos de la evaluación recopilados durante el trabajo de campo con titulares de derechos, OBC y organizaciones socias.

Por tanto, la cuestión de la pertinencia se entiende no sólo en términos de idoneidad técnica (dispositivos de asistencia y rehabilitación), sino también en relación con la protección, la dignidad, la participación y las aspiraciones más amplias de las personas titulares de derechos en materia de autonomía, reducción de la dependencia e inclusión social.

E.1.1.2. Hallazgos

A) Fuerte alineación con las necesidades prioritarias de movilidad, reducción del dolor e independencia funcional

El diseño del proyecto surgió explícitamente de evaluaciones de necesidades previas que pusieron de relieve importantes deficiencias en el acceso a ayudas de movilidad modificadas, prótesis y órtesis, así como a servicios de rehabilitación especializados para PcD y personas mayores en las zonas de intervención. Los datos de hospitales y de la UNHCR ya indicaban una alta demanda de fisioterapia y dispositivos de asistencia, así como una baja cobertura efectiva, especialmente entre las personas refugiadas sirias.

Los datos de implementación confirman que las prioridades identificadas eran reales y urgentes:

- Finalmente se entregaron 719 ayudas de movilidad modificadas y 130 dispositivos protésicos/ortésicos, mientras que se realizaron 664 sesiones de rehabilitación y PSS, superando los objetivos iniciales para los tres tipos de terapia.
- La encuesta de seguimiento de personas beneficiarias para 479 participantes de la intervención más amplia de Tamteen, muestra altos niveles de utilidad percibida de las ayudas para la movilidad y la terapia en la vida diaria, y mejoras significativas reportadas en la independencia, la reducción del dolor y la participación social.

Los datos cualitativos de los GFD con PcD y personas mayores en Mafraq, Azraq y Ramtha refuerzan estas tendencias. Las personas participantes describieron sistemáticamente una mejor capacidad para desplazarse dentro del hogar y la comunidad, reducción del dolor, mayor comodidad al sentarse y dormir, y una mayor capacidad para gestionar el autocuidado y las tareas del hogar tras recibir dispositivos y terapia personalizados. Varias personas informantes relacionaron estos cambios directamente con el apoyo del proyecto, contrastando su situación actual con años anteriores de inmovilidad, dependencia de familiares y aislamiento social.

Los dos cuestionarios en línea completados por dos mujeres con discapacidad (McD)/mujeres mayores también indican que el proyecto satisfizo en gran medida sus principales necesidades, las ayudó en la vida diaria y mejoró tanto la movilidad como el bienestar psicológico, aunque una mujer encuestada consideró que las actividades eran sólo "parcialmente" suficientes y solicitó fisioterapia extendida y apoyo económico.

En conjunto, estas fuentes indican un alto grado de alineación entre el paquete básico de ayudas a la movilidad y rehabilitación del proyecto y las necesidades prioritarias identificadas por los propios titulares de derechos.

B) Relevancia del apoyo y la formación centrados en las personas cuidadoras, con demanda de mayor intensidad

Las personas cuidadoras —principalmente mujeres, pero también algunos hombres— se enfrentan a una gran carga de trabajo física y emocional, a menudo sin formación previa. Al incluirlas como personas titulares explícitas de derechos (formación en ayudas para la movilidad, técnicas básicas de rehabilitación y PSS), el proyecto reconoció su papel fundamental para mantener las mejoras y prevenir el abandono o la institucionalización.

El GFD con personas cuidadoras y las ocho respuestas al cuestionario para cuidadoras (seis mujeres y dos hombres) confirman que la capacitación en transferencias, posicionamiento y ejercicios en casa, así como la provisión de sillas de ruedas y otros dispositivos de ayuda, respondieron adecuadamente a sus desafíos diarios, siendo percibidos como muy útiles y directamente relacionados con sus responsabilidades. Las personas entrevistadas informaron sobre:

- Traslados más fáciles y menor esfuerzo físico (“se hizo más fácil llevarlo”).
- Niños, niñas o familiares mayores “que se mueven con mayor libertad” o duermen con menos dolor gracias a asientos y colchones adecuados.
- Mayor confianza en el manejo de dispositivos y en la comprensión de qué ejercicios continuar en casa.

Al mismo tiempo, las personas cuidadoras hicieron hincapié en las necesidades no satisfechas o sólo parcialmente satisfechas, en particular:

- Sesiones de rehabilitación y PSS más frecuentes y prolongadas, tanto para las PcD como para ellas mismas.
- Continuó la terapia emocional y PSS para manejar el estrés, la tristeza y el agotamiento.
- Apoyo material complementario, como pañales y nutrición especializada, que quedan fuera del alcance del proyecto pero que pesan fuertemente en las economías de los hogares.

Estas percepciones sugieren que la dirección del apoyo fue muy relevante, pero que la intensidad y la duración de las actividades centradas en las personas cuidadoras fueron insuficientes en relación con la escala y la naturaleza crónica de sus necesidades.

C) Alineación con las preocupaciones relacionadas con la protección y la VdG, pero alcance limitado de las respuestas especializadas

El proyecto reconoció explícitamente los mayores riesgos de protección, y en especial los riesgos de VdG, que enfrentan las MNcD y las mujeres mayores, integrando la VdG como una preocupación transversal en lugar de una línea de servicio independiente. Esto se tradujo en:

- Desarrollo de un manual sobre identificación y derivación de casos de abuso y violencia sexual contra MNcD.
- Una capacitación de cinco días y visitas de seguimiento posteriores para el personal de AHS sobre identificación de riesgos de VdG con inclusión de discapacidad, comunicación centrada en la persona sobreviviente y derivaciones seguras.
- Integración de consideraciones sobre VdG en PSS y en el sistema de derivación del DIBC, en coordinación con entidades especializadas en VdG.

Desde una perspectiva de relevancia, este enfoque respondió a preocupaciones reales y serias planteadas durante las entrevistas con el personal, las OBC y la consultora de VdG, quienes destacaron la frecuencia de la violencia, el abandono y la explotación en los hogares que albergan a PcD y la ausencia de mecanismos adaptados de detección y derivación en los entornos de rehabilitación antes del proyecto.

Sin embargo, la evaluación también identificó limitaciones inherentes en la capacidad del proyecto para abordar las necesidades de las personas sobrevivientes de manera integral:

- La intervención no tenía como objetivo convertirse en una proveedora de servicios especializados en VsG, sino fortalecer la identificación y la derivación desde el marco de un proyecto de rehabilitación.
- La evidencia sobre los resultados relacionados con la VdG muestra que solo se identificaron y remitieron unos pocos casos.
- Algunas personas integrantes del equipo expresaron que, a pesar de haber mejorado sus habilidades, todavía se sentían limitadas por la disponibilidad limitada de servicios centrados en las personas sobrevivientes en ciertos lugares y por las restricciones a nivel de campo en las visitas de seguimiento.

En resumen, las acciones relacionadas con la VdG fueron claramente pertinentes y llenaron un vacío importante en la interfaz entre discapacidad y protección, pero la alineación con las prioridades más amplias de las personas sobrevivientes (apoyo legal, apoyo y atención de PSS a largo plazo, vivienda segura, medios de vida) siguió siendo parcial debido al mandato y a limitaciones de recursos fuera del control del proyecto.

D) Alineación geográfica y demográfica, con algunas brechas para llegar a subgrupos específicos

El enfoque geográfico del proyecto (campo de Azraq, ciudad de Azraq, Mafraq y Ramtha) corresponde a zonas con alta concentración de personas refugiadas sirias y jordanas vulnerables, con disponibilidad limitada de servicios de rehabilitación especializados. El mapeo y la colaboración con OBC y centros de salud locales (Altakaful en Ramtha, Abaq Al-Firdaws y Qudrat en Mafraq, Al Aoun y Al Irfan en Azraq) garantizaron la cercanía de los servicios a las comunidades, reduciendo así los costos de viaje y las barreras culturales.

Los datos de seguimiento del proyecto muestran que se llegó a 583 personas titulares de derechos (el 97 % del objetivo de 600), la mayoría de las cuales eran sirias y había una ligera sobrerrepresentación de mujeres, niñas y niños en comparación con los planes iniciales, patrones que reflejan la mayor visibilidad y la demanda expresada entre estos grupos.

Sin embargo, surgieron algunas lagunas en la cobertura:

- Las personas adultas jordanas, en particular los hombres, y algunas personas mayores estaban subrepresentados en comparación con la distribución objetivo original.
- La participación en los cuestionarios en línea fue limitada, lo que sugiere barreras de acceso y alfabetización digital y una posible fatiga de evaluación.
- Las personas que viven en zonas más remotas o inestables, especialmente en partes de la ciudad de Azraq y Ramtha, enfrentaron obstáculos de transporte, salud y económicos que redujeron su capacidad para asistir a las sesiones regularmente.

Estos patrones indican que, si bien la lógica de focalización era sólida y estaba ampliamente alineada con las áreas de mayor necesidad, las barreras estructurales seguían limitando el acceso efectivo para ciertos subgrupos.

E) Relevancia percibida desde la perspectiva de las entidades institucionales

Las entrevistas con el personal de AHS, FPS y Rescate, así como con representantes del UNHCR, NHF y las OBC, convergieron en la opinión de que el proyecto abordaba necesidades críticas, previamente no satisfechas, en el panorama nacional y humanitario:

- El personal de AHS destacó cómo el proyecto les permitió responder a largas listas de espera para ayudas de movilidad e introducir un seguimiento orientado al DIBC y capacitación en el hogar.
- Las organizaciones comunitarias consideraron el proyecto como un “eslabón perdido” que les permitiría ofrecer soluciones tangibles a las familias que habían acompañado durante años.
- UNHCR y NHF valoraron la contribución del proyecto a las estructuras de coordinación y a llenar las lagunas técnicas (en particular en ayudas de movilidad personalizadas e identificación de riesgos de VdG que incluyan la discapacidad), que percibieron como complementarios a los servicios existentes en lugar de duplicados.

Estas opiniones refuerzan la conclusión de que la intervención no sólo fue relevante para las personas titulares de derechos individuales, sino también para las instituciones locales que se esforzaban por responder a necesidades complejas e interseccionales con recursos limitados.

E.1.1.3. Apreciación general

En general, la evaluación concluye que la intervención tiene una alta pertinencia. Los componentes principales del proyecto —dispositivos de movilidad personalizados, rehabilitación integrada y PSS, capacitación de cuidadoras y el sistema de derivación basado en la identificación de necesidades (DIBC)— se ajustan estrechamente a las necesidades prioritarias expresadas por las PcD, las personas mayores y sus cuidadoras en las zonas objetivo. La combinación de asistencia técnica y fortalecimiento institucional respondió adecuadamente a las deficiencias sistémicas en el panorama de rehabilitación y protección de Jordania.

La relevancia es algo más moderada en relación con las sobrevivientes de VdG, ya que el mandato y los recursos del proyecto limitaron su capacidad para abordar todas las prioridades de las sobrevivientes más allá de la identificación y derivación seguras. Además, las barreras geográficas y demográficas hicieron que algunos grupos, en particular los hombres jordanos y algunas personas mayores, se beneficiaran menos de lo previsto inicialmente.

A pesar de estas limitaciones, la evidencia obtenida a partir de la aceptación del servicio, las encuestas de seguimiento, los testimonios cualitativos y las entrevistas con las partes interesadas indica consistentemente que, para las personas beneficiadas, la intervención abordó directamente sus prioridades más urgentes: moverse con dignidad, reducir el dolor, cuidar a sus familiares con mayor seguridad y sentirse reconocidas en lugar de invisibles. Por lo tanto, dentro de los

límites de un proyecto humanitario de un año y del presupuesto disponible, el diseño y la implementación pueden considerarse altamente alineadas con las necesidades y prioridades de la población participante.

E.1.2. ¿Cómo prioriza el grupo objetivo sus necesidades? ¿Se alinean estas prioridades con los objetivos del proyecto?

E.1.2.1. Introducción

Esta sección explora cómo las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras priorizaron sus necesidades y en qué medida estas prioridades se correspondieron con los objetivos y componentes centrales del proyecto. El análisis se basa principalmente en la documentación del proyecto, así como en el trabajo de campo con titulares de derechos, OBC y organizaciones socias.

E.1.2.2. Hallazgos

A) Cómo las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras priorizan sus necesidades

- **Necesidades funcionales y de movilidad inmediatas como prioridad**

En los GFD y las entrevistas, las personas participantes describieron consistentemente la movilidad y la autonomía funcional básica como sus necesidades más urgentes. Las personas cuidadoras informaron que priorizaban el equipo y la rehabilitación que permitían a niños y niñas y adultos con discapacidad moverse con mayor libertad, sentarse correctamente, comer con seguridad, dormir cómodamente y transportarse sin dolor. Esto se tradujo en una fuerte demanda de sillas de ruedas, asientos especializados, bipedestadores, férulas y otros dispositivos de ayuda a la movilidad, así como sesiones de fisioterapia y terapia ocupacional para maximizar su uso.

Las personas cuidadoras solían describir su toma de decisiones en términos muy pragmáticos: qué redujera el dolor, evitara el deterioro y facilitara las tareas diarias de cuidado. En Ramtha, por ejemplo, las OBC y el personal del centro de salud destacaron que las familias no podían permitirse dispositivos esenciales como sillas inodoro, camas de hospital o aparatos ortopédicos de alta calidad, por lo que los priorizaron sobre otras formas de apoyo cuando el proyecto estuvo disponible.

- **Continuidad y accesibilidad de los servicios de rehabilitación**

Una segunda prioridad importante, tanto para las personas titulares de derechos como para las personas cuidadoras, fue la continuidad y la accesibilidad de los servicios de rehabilitación. Las personas participantes contrastaron repetidamente los largos tiempos de espera y la limitada disponibilidad de los servicios públicos con el apoyo más receptivo y estructurado que recibían a través de AHS y las OBC asociadas. Las personas cuidadoras de Ramtha describieron el proyecto como un salvavidas para las familias que, de otro modo, no habrían podido mantener la fisioterapia o la terapia ocupacional con regularidad, especialmente cuando las sesiones en otros lugares eran de pago y demasiado caras.

Las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras priorizaron no solo las sesiones, sino también la necesidad de contar con suficientes sesiones a lo largo del tiempo para observar una mejora real. El personal de las organizaciones comunitarias también subrayó que las necesidades de rehabilitación, especialmente para niñas y niños con discapacidades complejas, son a largo plazo y no pueden abordarse adecuadamente mediante ciclos de apoyo muy cortos.

- **Reducción de la carga de las personas cuidadoras y de la necesidad de servicios de PSS**

Las personas cuidadoras estructuraron sistemáticamente sus prioridades no solo en función de la PcD o el familiar mayor, sino también en relación con su propia carga física y emocional. En los GFD, enfatizaron el agotamiento, la ansiedad por el futuro y la necesidad de apoyo emocional, orientación y respiro.

Los cuestionarios para cuidadoras refuerzan esta imagen: las personas encuestadas destacaron la importancia de aprender ejercicios prácticos, recibir orientación sobre el uso de dispositivos y asistir a sesiones de PSS. Al mismo tiempo, solicitaron explícitamente más PSS, sesiones adicionales de rehabilitación y seguimiento continuo, así como apoyo material práctico, como pañales y leche para niñas y niños. Estas respuestas sugieren que las personas cuidadoras

priorizaron una combinación de apoyo técnico para el cuidado, apoyo emocional para sí mismos y asistencia material para aliviar la carga económica del cuidado.

- **Autonomía, dignidad y participación de las personas adultas y mayores**

Las PcD y las personas mayores priorizaron la independencia, la dignidad y la participación social. En cuestionarios y conversaciones, destacaron la posibilidad de moverse con mayor independencia, realizar las actividades cotidianas con menos ayuda y sentirse menos "cargas" para sus familiares. Algunas personas participantes mayores describieron sentirse más seguras y respetadas a medida que mejoraban su movilidad y sus niveles de dolor.

El personal de las OBC en Mafray y Azraq agregó que las personas mayores valoraban especialmente las oportunidades de reunirse, socializar y "sentirse vistas", lo que sugiere que las necesidades sociales y emocionales están estrechamente entrelazadas con las prioridades funcionales y relacionadas con la salud.

- **La presión económica y el coste de los dispositivos de asistencia**

Las limitaciones económicas trascienden todas las demás prioridades. Tanto las personas cuidadoras como las personas representantes de las OBC insistieron repetidamente en que los dispositivos de asistencia y la rehabilitación continua están muy por encima del alcance económico de la mayoría de las familias. Dispositivos como sillas de ruedas, asientos especiales, sillas inodoro, aparatos ortopédicos y camas de hospital se describieron como costosos e inalcanzables sin apoyo externo.

Como resultado, las familias tendían a priorizar aquellos artículos y servicios que tenían mayor impacto en el funcionamiento diario y que serían imposibles de conseguir por otros medios. Al mismo tiempo, varias personas encuestadas expresaron el deseo de recibir apoyo financiero adicional, como ayuda con el transporte, los gastos médicos, los pañales y, en algunos casos, oportunidades de subsistencia para estabilizar los ingresos del hogar.

- **Protección, seguridad y bienestar psicosocial (incluida la VdG)**

Finalmente, aunque no siempre se enmarcaron explícitamente en un lenguaje de derechos, las personas participantes, en particular las personas representantes de las OBC, identificaron la seguridad, el bienestar psicológico y la protección contra la violencia como necesidades importantes. El personal de Azraq, por ejemplo, sugirió que los programas deberían incluir un apoyo más estructurado para las mujeres que han sido víctimas de violencia, junto con sesiones de PSS y espacios seguros donde puedan hablar abiertamente.

Las sobrevivientes de VdG no fueron entrevistadas directamente, pero algunas mujeres compartieron espontáneamente experiencias de violencia y angustia durante los GFD y en respuestas abiertas a cuestionarios, donde también solicitaron acceso a servicios de PSS. Esto indica que la protección y la seguridad emocional son prioridades importantes, aunque a menudo menos visibles, para una parte del grupo objetivo.

B) Alineación entre prioridades y objetivos del proyecto

Las prioridades articuladas por las personas titulares de derechos, las personas cuidadoras y las entidades locales se alinean fuertemente con el enfoque central y el diseño del proyecto, aunque también señalan áreas donde las necesidades van más allá del alcance del proyecto.

- El énfasis que las personas participantes dieron a la movilidad, la autonomía funcional y el acceso a la rehabilitación se corresponde directamente con el Resultado 2 (movilidad y autonomía), cuyo objetivo era aumentar la movilidad y la autonomía mediante dispositivos de asistencia personalizados, servicios de rehabilitación y formación para cuidadoras. Los tipos de ayudas y servicios más valorados por las personas encuestadas (sillas de ruedas, asientos especializados, férulas, fisioterapia y terapia ocupacional) son precisamente los financiados y prestados a través del proyecto.
- La prioridad otorgada a la rehabilitación continua, accesible y de calidad concuerda en gran medida con el enfoque de la DIBC del proyecto y su objetivo de racionalizar y fortalecer las vías de derivación. Sin embargo, las partes interesadas insistieron reiteradamente en la necesidad de un apoyo más a largo plazo y sostenido que

el que el proyecto podía ofrecer con un marco humanitario de 12 meses y un presupuesto limitado. Esto sugiere una brecha parcial entre la escala y la duración del apoyo previsto en el diseño y la magnitud de las necesidades identificadas sobre el terreno.

- Las demandas de las personas cuidadoras y las OBC de PSS para las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras coinciden con la inclusión de este servicio en el proyecto y con el mayor énfasis en la protección y el bienestar. El proyecto ofreció sesiones de PSS y superó algunos de sus objetivos iniciales, pero las solicitudes de las partes interesadas de un PSS mayor y a más largo plazo indican que este componente, si bien relevante, no fue suficiente para satisfacer plenamente las necesidades percibidas.
- El fuerte enfoque de las personas encuestadas en las presiones económicas, incluyendo el costo de los audífonos, el transporte y los insumos como pañales y leche, solo se alinea parcialmente con los objetivos del proyecto. La intervención abordó directamente las barreras estructurales de costos mediante la financiación de dispositivos y servicios costosos, que eran una prioridad absoluta para las familias. Al mismo tiempo, muchas de las necesidades económicas descritas (insumos continuos, pobreza generalizada en los hogares, oportunidades de subsistencia) quedan fuera del alcance explícito de este proyecto y requerirían una programación complementaria.
- En relación con la protección y la VdG, los objetivos del proyecto fueron deliberadamente modestos y se centraron en el fortalecimiento de las capacidades del personal y las entidades socias de AHS para identificar riesgos y derivar adecuadamente, en lugar de brindar una gestión directa de los casos de VdG. Esto coincide en gran medida con la forma en que la VdG surgió en el trabajo de campo: como una preocupación importante, pero que las personas encuestadas relacionaron en gran medida con la necesidad de espacios seguros, PSS y servicios especializados que van más allá de lo que un proyecto centrado en la rehabilitación puede o debe proporcionar. La evaluación concluye que el proyecto respondió a esta prioridad indirecta y parcialmente mediante capacitación y herramientas de derivación sensibles a la VdG, dejando al mismo tiempo importantes necesidades insatisfechas que requerirían intervenciones específicas para la VdG.

E.1.2.3. Apreciación general

En general, la intervención se considera muy relevante para la forma en que el grupo objetivo prioriza sus necesidades. El diseño del proyecto se alinea estrechamente con las prioridades expresadas con mayor frecuencia por las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras —a saber, movilidad, autonomía funcional, acceso a rehabilitación y apoyo a las personas cuidadoras— y aborda las principales barreras financieras y estructurales para el acceso a estos servicios. Al mismo tiempo, el trabajo de campo señala importantes prioridades insatisfechas o parcialmente satisfechas, en particular en torno a la duración e intensidad del apoyo a la rehabilitación, el PSS sostenido y la inseguridad económica en general. Estas deficiencias no indican falta de relevancia; más bien, reflejan los límites de lo que un proyecto corto financiado con fondos humanitarios puede cubrir razonablemente en un contexto de vulnerabilidad crónica y multidimensional.

La evaluación concluye que la Relevancia del proyecto es ALTA

E.2. Eficacia

E.2.1. ¿Se han alcanzado los objetivos específicos y los resultados previstos? ¿Qué factores internos y/o externos han influido en la consecución de los resultados?⁵

⁵ Para obtener más información, consultar el Anexo 4 – Matriz de seguimiento de indicadores del proyecto.

E.2.1.1. Introducción

Esta sección evalúa la eficacia del proyecto para lograr su OE y los dos resultados esperados (Resultado 1 y Resultado 2). El análisis se basa en la documentación del proyecto y en los datos recopilados durante el trabajo de campo con titulares de derechos, cuidadoras, OBC, socias institucionales y personal de las entidades socias del proyecto, especialmente de AHS en las zonas seleccionadas.

Dado el plazo humanitario de un año y la responsabilidad compartida de múltiples entidades, la evaluación se centra en la contribución más que en la atribución. Se centra en si el proyecto logró los resultados previstos, en qué medida estos se tradujeron en cambios tangibles en la movilidad, la autonomía y la protección, y en los factores que facilitaron o limitaron los resultados.

E.2.1.2. Hallazgos

A) Avances hacia el OE y contribución al OG

El OE era mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de las PcD y las personas en situación de extrema vulnerabilidad (personas mayores, mujeres, niñas y niños sobrevivientes de VdG) en el campo de Azraq y las comunidades de acogida. El OE era aumentar la protección y el ejercicio del derecho de acceso a la salud para las personas refugiadas sirias y las personas jordanas vulnerables, con especial atención a la diversidad funcional, la edad y la VdG.

En términos cuantitativos, el proyecto estuvo muy cerca de cumplir su OG de cobertura. Para julio de 2025, se había atendido a 583 personas titulares de derechos (el 97 % de las 600 previstas), con una ligera sobrerrepresentación de mujeres, niñas y niños en relación con los objetivos, y una subrepresentación de hombres y personas mayores jordanas.

La provisión de terapia superó las expectativas: se impartieron 664 sesiones (182 de fisioterapia, 260 de terapia ocupacional y 222 de PSS), superando así los tres objetivos previstos. Se distribuyeron un total de 719 ayudas para la movilidad modificadas y 130 dispositivos protésicos/órtesis, complementados con 60 dispositivos adicionales financiados directamente por AHS.

Los datos de resultados de la encuesta de seguimiento a personas beneficiarias refuerzan esta imagen. De las 348 personas encuestadas, el 65,2 % se declaró "muy satisfecha" y un gran porcentaje reportó mejoras en su calidad de vida, menor dependencia en las actividades cotidianas y mayor participación en la vida social.

La evidencia cualitativa de los GFD y las entrevistas con PcD, personas mayores y cuidadoras en las comunidades de acogida apunta en la misma dirección: las personas participantes describieron poder moverse con mayor libertad, realizar tareas de cuidado personal y del hogar con menos asistencia, dormir con menos dolor, acompañar a miembros de la familia fuera del hogar y, en algunos casos, regresar al trabajo o la educación.

Al mismo tiempo, la escala y la duración del proyecto limitaron inevitablemente su alcance hacia el OG. La intervención contribuyó a una mayor realización del derecho a la salud para un grupo definido de titulares de derechos en cuatro localidades, y fortaleció las capacidades locales y las vías de derivación. No transformó, ni pudo hacerlo, las barreras sistémicas como la pobreza, los costos de transporte o la escasez general de servicios especializados de rehabilitación y atención a la VdG en Jordania. Estos problemas estructurales permanecieron visibles en los testimonios de las personas titulares de derechos y las entidades socias.

En general, la evaluación considera que:

- El OE se cumplió en gran medida: la mayoría de las personas participantes experimentaron mejoras concretas en la movilidad, el funcionamiento y el bienestar, y la cobertura del servicio estuvo cerca de la escala planificada.
- El proyecto contribuyó de manera creíble al GO al ampliar el acceso efectivo a servicios de rehabilitación y protección en las zonas seleccionadas y al fortalecer a una de las principales entidades proveedoras especializadas del país (AHS), pero su contribución sigue siendo localizada y limitada en el tiempo.

Factores internos que influyen en el logro del OE

- Un enfoque claro en la rehabilitación multidisciplinaria y centrada en la persona, combinando dispositivos, terapia y capacitación de las personas cuidadoras, maximizó las posibilidades de que los servicios se tradujeran en ganancias funcionales.
- El fuerte compromiso técnico dentro de AHS y la planificación conjunta regular entre FPS, Rescate y AHS permitieron respuestas adaptativas a la demanda, por ejemplo, aumentar el número de sesiones y reasignar recursos entre sitios.
- La presencia de una coordinadora MEAL y el uso sistemático de herramientas de retroalimentación (por ejemplo, buzones de quejas, encuestas de satisfacción, formularios de seguimiento) proporcionaron una base de evidencia para realizar correcciones de curso pequeñas pero significativas a lo largo de la implementación.

Factores externos que influyen en el logro del OE

- Las grandes necesidades insatisfechas de rehabilitación y ayudas para la movilidad crearon una fuerte demanda, que ayudó a llegar a las personas participantes y retenerlos, pero también generó listas de espera y expectativas que superaban la capacidad del proyecto.
- Las barreras de acceso físico, los costos de transporte y las restricciones de seguridad y regulatorias, especialmente en el campo de Azraq, limitaron la regularidad con que algunas personas titulares de derechos pudieron asistir a las sesiones.
- Las dificultades económicas y la ausencia de medios de vida paralelos o de apoyo de protección social significaron que algunas familias luchaban por mantener los logros a lo largo del tiempo (por ejemplo, pagar el transporte, los pañales o la nutrición especializada), aun cuando la rehabilitación en sí era gratuita.

La evaluación concluye que el OE se cumplió en gran medida y que el proyecto realizó una contribución creíble y localmente significativa al OG: amplió el acceso efectivo y sensible a la protección a la rehabilitación y los dispositivos de asistencia para las PcD y las personas mayores en las áreas objetivo y fortaleció a AHS como un proveedor nacional clave, al tiempo que reconoció que la plena realización del derecho a la salud para todas las PcD, las personas mayores y las personas sobrevivientes de VdG en Jordania va más allá del alcance y la duración de esta única intervención de un año.

B) Resultado 1 – Fortalecimiento institucional de la AHS

El Resultado 1 buscó ampliar las capacidades técnicas y humanas de AHS para brindar respuestas especializadas y multidisciplinarias a personas refugiadas y no refugiadas en situaciones de extrema vulnerabilidad. También buscó establecer un sistema de derivación orientado a la discapacidad, formalizar alianzas con organizaciones comunitarias e instituciones, mantener el taller de Azraq e integrar prácticas que tengan en cuenta la discapacidad y la VdG en AHS.

Logro del Resultado 1

En cuanto a los resultados, el Resultado 1 se logró en gran medida:

- Comités de proyecto y de dirección establecidos y en funcionamiento: se establecieron un Comité Coordinador del Proyecto y, posteriormente, un Comité Directivo, que reúne a FPS, AHS, Rescate, agencias de las Naciones Unidas (ONU), NHF y OBC clave asociadas. Las actas y las hojas de asistencia muestran que se celebraron reuniones a lo largo del proyecto para revisar el progreso, abordar los obstáculos en la implementación (especialmente en el campo de Azraq) y acordar decisiones estratégicas y operativas.
- Sistema de derivación orientado al DIBC diseñado y puesto en funcionamiento: AHS, con el apoyo de FPS, desarrolló e implementó un sistema de derivación basado en los principios del DIBC. Este sistema incluyó: criterios acordados para la priorización de casos, formularios estandarizados de derivación y seguimiento, y una base de datos digital básica para el seguimiento de los casos desde su identificación hasta la prestación del servicio y el seguimiento.

- Formalización de las alianzas con OBC y centros de salud: el mapeo de servicios y la difusión dieron lugar a memorandos de entendimiento (MoU, en inglés) con varias OBC y centros de salud en la ciudad de Azraq, Mafray y Ramtha (incluidos el Centro de Salud Al Takaful, Abaq Al-Firdaws, Qudrat y Al Aoun). Estos acuerdos aclararon las funciones en la difusión comunitaria, la identificación de casos, la provisión de espacios para sesiones y los mecanismos de retroalimentación.
- Talleres en el campo de Azraq y Amman mantenidos y modernizados: a pesar de los retrasos iniciales relacionados con los procedimientos y el mantenimiento del campo, el taller de Azraq se conservó y se modernizó gradualmente. Junto con el taller principal de AHS en Amman, constituyó la columna vertebral técnica para la producción, adaptación y reparación de ayudas para la movilidad, órtesis y prótesis.
- Herramientas y capacitación para la detección de VdG y abuso: Rescate y AHS desarrollaron conjuntamente un manual sobre la detección del abuso y la violencia sexual contra niñas, niños y McD (en particular, MNcD). Dieciséis integrantes del equipo de AHS (equipo directivo, terapeutas y personal técnico) recibieron capacitación estructurada y mentoría de seguimiento sobre detección de VdG, respuesta básica y derivación segura.
- Materiales educativos y de sensibilización elaborados: AHS diseñó y distribuyó folletos y materiales visuales sobre mantenimiento de sillas de ruedas, rehabilitación tras amputación, prevención de úlceras por presión y prevención del maltrato. Estos se utilizaron sistemáticamente en sesiones individuales y grupales y siguen disponibles para su uso posterior al proyecto.

Estos resultados se tradujeron en varios cambios institucionales concretos (resultados):

- Gestión de casos más estructurada y transparente: el personal informó que el sistema y las herramientas de derivación ayudaron a priorizar los casos de alta necesidad, a reducir la toma de decisiones improvisadas y a simplificar las vías de derivación para las entidades socias de las OBC y las comunidades. Esto mejoró la transparencia y la percepción de equidad en la asignación de servicios limitados.
- Red AHS-OBC fortalecida para la inclusión de DIBC: las OBC de Mafray, Azraq Town y Ramtha describieron una relación más estrecha con AHS y una comprensión más clara de cómo identificar casos, qué información recopilar y cómo dar seguimiento. Muchas vieron reforzado su papel como puntos de acceso comunitarios a servicios inclusivos para PcD.
- Mayor capacidad técnica y de protección en AHS: el personal que participó en capacitaciones y mentorías reportó mejores habilidades en evaluación funcional, adaptación de dispositivos a las necesidades individuales e integración de consideraciones sobre PSS. También describieron una mayor confianza para reconocer y responder a indicios de abuso o VdG, y para usar una comunicación más segura con mujeres, niñas con discapacidad y mujeres mayores.
- Mayor visibilidad y reconocimiento de los servicios de rehabilitación: los materiales de comunicación y las actividades conjuntas contribuyeron a posicionar a AHS como una referencia clave para la rehabilitación inclusiva en las áreas seleccionadas, lo que a su vez apoyó la demanda de servicios en el marco del Resultado 2 y la colaboración futura con entidades institucionales.

Al mismo tiempo, algunos aspectos del Resultado 1 sólo se lograron parcialmente:

- La institucionalización del sistema de derivación es incompleta: si bien está operativo en AHS y en varias OBC asociadas, el uso sistemático de las herramientas por parte de todas las entidades socias, el análisis conjunto regular de los datos de derivación y la interoperabilidad con los sistemas de otras agencias todavía estaban en consolidación al cierre del proyecto.
- La transversalización de la VdG se encuentra en una etapa temprana: el conocimiento interno, las herramientas y la confianza han mejorado, pero el número de casos de VdG identificados y derivados se mantuvo bajo en relación con la prevalencia probable. Esto refleja la falta de denuncias, el estigma y el alcance intencionalmente cauteloso de un proyecto humanitario no especializado, más que una falta de esfuerzo.

- Se están produciendo cambios a nivel de sistema más allá de la red AHS-OBC, pero son limitados: la mayor parte del aumento de capacidad se concentra en AHS y sus socias más cercanas. Cambios más amplios, como la integración de ayudas de movilidad adaptadas en el seguro nacional o el reconocimiento formal de las vías de derivación basadas en la identificación de necesidades de atención en los protocolos públicos, apenas se están explorando mediante la promoción y requerirán un compromiso sostenido.

Factores internos para el Resultado 1

Los factores internos clave que permitieron el progreso incluyeron:

- La experiencia técnica consolidada de AHS en rehabilitación y ayudas para la movilidad, que proporcionó una base sólida para formalizar procedimientos y asesorar a las entidades socias.
- Hubo roles complementarios dentro del partenariado, por ejemplo, FPS dirigió la coordinación, la presentación de informes y el diálogo con las entidades donantes; AHS impulsó la implementación técnica y Rescate aportó conocimientos especializados sobre VdG y perspectivas de protección.
- Personal comprometido, en particular para la dirección del proyecto, la responsable MEAL, las personas coordinadoras técnicas y el equipo de campo, que invirtieron un esfuerzo significativo en adaptar herramientas, resolver problemas prácticos y sostener espacios de coordinación a pesar de las pesadas cargas de trabajo.

Factores externos para el Resultado 1

Las condiciones externas facilitaron y a la vez limitaron el Resultado 1:

- La disponibilidad de OBC motivadas asociadas en Mafraq, Azraq Town y Ramtha facilitó la difusión y la identificación de casos, aunque su infraestructura, personal y capacidades de gestión variaron considerablemente.
- Las restricciones reglamentarias y de seguridad en el campo de Azraq retrasaron el mantenimiento de algunos talleres y limitaron la velocidad con la que se podían implementar nuevos procedimientos dentro del campo, incluidas restricciones a los movimientos y aprobaciones de materiales y personal.
- La rotación y los cambios de prioridades en las instituciones externas (organismos de la ONU, fundaciones nacionales y otras entidades) ocasionalmente interrumpieron la coordinación, lo que requirió que el equipo del proyecto construyera relaciones y se adaptara repetidamente.

El Resultado 1 puede considerarse sustancialmente logrado: el proyecto puso en marcha los elementos institucionales básicos para una rehabilitación inclusiva y sensible a la protección centrada en los servicios de AHS, si bien la consolidación total del sistema de derivación, la integración de la VdG y un cambio más amplio del sistema necesariamente se extenderán más allá de la duración de esta intervención de un año.

C) Resultado 2 – Movilidad y autonomía de las personas titulares de derechos

El Resultado 2 tenía como objetivo aumentar la movilidad y la autonomía de las personas titulares de derechos proporcionándoles ayudas de movilidad personalizadas, sesiones de rehabilitación y PSS, y formación para las personas titulares de derechos y sus cuidadoras en técnicas básicas de rehabilitación y mantenimiento de dispositivos.

Logro del Resultado 2

En el nivel de resultados, el Resultado 2 se logró ampliamente:

- Ayudas para la movilidad y prótesis: se entregaron 719 ayudas para la movilidad modificadas y 130 dispositivos protésicos/ortésicos, y otros 60 dispositivos fueron financiados por AHS.
- Sesiones de terapia: el proyecto superó los objetivos para los tres tipos de terapia, brindando 182 sesiones de fisioterapia (121% del objetivo), 260 sesiones de terapia ocupacional (104% del objetivo) y 222 PSS (148% del objetivo).

- Se brindó sistemáticamente capacitación sobre el uso y mantenimiento de ayudas para la movilidad y sobre rehabilitación básica en el hogar a las personas titulares de derechos y a las personas cuidadoras antes o junto con la entrega del dispositivo y la terapia, siguiendo los principios DIBC y VARD.

La evidencia a nivel de resultados de la encuesta de seguimiento, los GFD y los cuestionarios para cuidadoras y personas adultas/mayores muestran que estos resultados se tradujeron en mejoras significativas en la movilidad y la autonomía para la mayoría de las personas participantes:

- Las PcD y las personas mayores informaron que caminaban o se desplazaban con menos ayuda, podían sentarse cómodamente durante más tiempo y realizar las actividades cotidianas (lavarse, vestirse, cocinar) con mayor independencia. Varias personas informantes destacaron mejoras en la autoestima y un menor aislamiento social, ya que podían salir más o participar en reuniones familiares.
- Las personas cuidadoras describieron una menor tensión física al trasladar o empujar a sus familiares, una mejor comprensión de las posiciones y ejercicios seguros, y una mayor confianza para apoyar la rehabilitación en casa. Algunas personas indicaron que niñas, niños o familiares mayores se mueven con mayor libertad o duermen mejor gracias a asientos y colchones adecuados.
- Muchas personas informantes (titulares de derechos y cuidadoras) vincularon explícitamente las mejoras en la movilidad y la autonomía con una mayor dignidad y una mayor sensación de control sobre sus vidas.

Si bien el Resultado 2 se logró con creces a nivel de resultados y generó claras ganancias funcionales a corto plazo, algunas dimensiones solo se lograron parcialmente:

- La duración y la intensidad de la terapia y los ciclos de PSS fueron a menudo más cortos que lo óptimo para las enfermedades crónicas.
- Las barreras económicas y de transporte limitaron la asistencia regular de algunas personas titulares de derechos, especialmente en las zonas más remotas.
- El seguimiento una vez finalizado el período del proyecto fue necesariamente limitado, lo que dejó algunas ganancias vulnerables a revertirse con el tiempo.

Factores internos para el Resultado 2

- El equipo multidisciplinario (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, personal de PSS y técnico ortopédico) y su capacidad para trabajar en conjunto en cada caso fueron factores clave que permitieron lograr eficacia, permitiendo planes integrados y mensajes consistentes a las familias.
- Unos criterios de selección sólidos basados en las necesidades para las ayudas de movilidad y las sesiones de terapia ayudaron a garantizar que los recursos limitados se dirigieran a aquellas personas con mayores niveles de limitación funcional, teniendo también en cuenta la edad, el nivel económico y el apoyo social.
- La decisión de combinar cada dispositivo y ciclo de terapia con capacitación práctica para las personas cuidadoras mejoró la sostenibilidad de los resultados más allá del período formal del proyecto.

Factores externos para el Resultado 2

- La alta vulnerabilidad económica afectó la asistencia y el seguimiento, especialmente cuando las familias tuvieron que cubrir el transporte o perdieron sus ingresos diarios para asistir a las sesiones. Esto fue particularmente visible en las zonas más remotas de Mafray y Azraq.
- La disponibilidad y accesibilidad desiguales de las instalaciones asociadas (por ejemplo, instalaciones pequeñas o no accesibles, privacidad limitada) influyeron en el tipo y la calidad de las sesiones que se pudieron realizar en cada ubicación.

- Incertidumbres contextuales más amplias —como fluctuaciones en la financiación humanitaria y cambios en los acuerdos de gobernanza local— crearon cierto grado de inestabilidad, pero el proyecto logró amortiguar esos impactos mediante una planificación flexible y el uso de la clínica móvil.

El Resultado 2 puede considerarse ampliamente logrado: el proyecto tradujo un paquete de gran volumen de ayudas de movilidad personalizadas, rehabilitación multidisciplinaria y capacitación de personas cuidadoras en mejoras tangibles en la movilidad, la autonomía, la reducción del dolor y el funcionamiento diario para la mayoría de las personas titulares de derechos y cuidadoras participantes, aunque la intensidad y la duración del apoyo se vieron necesariamente limitadas por el marco humanitario de un año y por barreras económicas y de acceso estructurales fuera del control del proyecto.

E.2.1.3. Apreciación general

La eficacia se considera alta para una intervención humanitaria de un año de duración y de este alcance. El proyecto implementó la mayoría de las actividades planificadas, cumplió o superó la mayoría de los objetivos de servicio y generó mejoras concretas y percibidas en la movilidad, la autonomía y el bienestar de la mayoría de las personas titulares de derechos y cuidadoras participantes. Las capacidades institucionales de AHS y las OBC asociadas se fortalecieron considerablemente, en particular en lo que respecta a las prácticas de derivación orientadas a la atención centrada en la discapacidad, la rehabilitación multidisciplinaria y los procedimientos de protección y atención a la VdG.

Al mismo tiempo, la eficacia se vio limitada por factores estructurales que escapaban en gran medida al control del proyecto: pobreza crónica e inseguridad económica, transporte limitado y costoso, barreras de accesibilidad física en algunos lugares, restricciones regulatorias en el campo de Azraq y la dificultad inherente de lograr cambios duraderos en limitaciones funcionales complejas y de larga data en un plazo breve. La cobertura de los hombres jordanos y algunas personas mayores se mantuvo ligeramente por debajo del objetivo, y el trabajo de identificación y derivación de casos de VdG, si bien importante e innovador dentro de un proyecto de rehabilitación, solo alcanzó a una pequeña proporción del probable número de casos.

En conjunto, la evidencia indica que el proyecto aprovechó muy bien los recursos limitados, generó beneficios significativos para quienes lo alcanzaron y sentó bases sólidas —mediante el fortalecimiento de sistemas, herramientas y alianzas— para un cambio más profundo y sostenido en cualquier fase futura. Estos cambios representan una contribución sustancial y creíble al OE y al OG más amplio de mejorar el acceso a la salud y la calidad de vida de las PcD, las personas mayores y sus cuidadoras en las zonas beneficiarias, si bien la plena consecución de este objetivo excede necesariamente el alcance de un proyecto humanitario de un año.

E.2.2. ¿Se han implementado las actividades planificadas? ¿Fueron suficientes y necesarias para obtener los resultados? ¿Se realizaron actividades específicas para promover la igualdad de género?

E.2.2.1. Introducción

Esta sección examina en qué medida las actividades planificadas en el documento del proyecto se implementaron según lo previsto y si fueron suficientes y necesarias para alcanzar el OE y los dos resultados esperados. También examina cómo se integraron las prácticas de igualdad de género y con perspectiva de género, tanto mediante la transversalización como mediante actividades específicas.

El análisis de las actividades y acciones relacionadas con el género se basa en la revisión de la documentación del proyecto y se complementó con datos de trabajo de campo recopilados a través de titulares de derechos y cuidadoras, cuestionarios y observación directa durante las visitas a las ubicaciones.

E.2.2.2. Hallazgos

A) Implementación de las actividades planificadas

En ambos resultados, se implementaron la mayoría de las actividades planificadas, con adaptaciones relacionadas principalmente con el cronograma, el alcance y la modalidad más que con su contenido fundamental.

Resultado 1 – Fortalecimiento institucional y coordinación

Estas actividades incluyeron capacitaciones de varios días, debates de casos y tutoría continua para el personal técnico de AHS, así como reuniones de coordinación periódicas con los puntos focales de las OBC para aplicar los nuevos procedimientos de derivación en Mafraq, Azraq Town y Ramtha.

- Comités de proyecto y de dirección (AT1): el proyecto creó el Comité Coordinador del Proyecto y, posteriormente, el Comité de Dirección, que celebró reuniones periódicas (inicial, de seguimiento y de dirección de 2025) con FPS, AHS, Rescate y las principales partes interesadas externas (agencias de la ONU, NHF, OBC). Las actas, las agendas y las hojas de asistencia muestran que estos espacios se utilizaron para revisar el progreso, abordar los obstáculos (particularmente en el campo de Azraq) y acordar decisiones estratégicas y operativas.
- Mapeo inicial y alianzas (AT2): AHS y FPS realizaron un mapeo inicial de los servicios y las OBC existentes en Mafraq, Ramtha y Azraq, lo que dio lugar a MoU formales con varias OBC. Esto sentó las bases para la identificación de casos a nivel comunitario, los puntos de referencia locales y la difusión conjunta.
- Herramientas de seguimiento y monitoreo (AT3): el equipo desarrolló y utilizó una variedad de herramientas – criterios de selección de personas beneficiarias, formularios de referencia, hojas de seguimiento de casos, informes de visitas de seguimiento e instrumentos de encuesta – que, a pesar de su simplicidad, permitieron el registro sistemático de casos, servicios e información básica de resultados.
- Comunicación y difusión (AT4): se diseñó y difundió un paquete de materiales de comunicación (folletos, carteles, roll-ups y contenido para redes sociales) sobre ayudas para la movilidad, atención en silla de ruedas, prevención de úlceras por presión, rehabilitación postamputación, terapia ocupacional con niñas y niños con parálisis cerebral y visibilidad del proyecto. Estos materiales se utilizaron en sesiones con titulares de derechos y cuidadoras, así como por las OBC asociadas.
- Fortalecimiento de capacidades en materia de VdG y protección: Rescate apoyó a AHS a través de un manual centrado en la VdG y la discapacidad, capacitación del personal, visitas de seguimiento y tutoría, así como aportes a los protocolos de derivación y prácticas de protección.

Resultado 2 – Movilidad, autonomía y apoyo directo

El apoyo de rehabilitación combinó sesiones en el centro, días comunitarios y, en algunos casos, llamadas telefónicas de seguimiento para ajustar los dispositivos y ejercicios después de la adaptación inicial.

- Identificación y evaluación de casos: utilizando criterios consensuados y actividades de divulgación comunitaria a través de las OBC, el personal de AHS identificó y evaluó a las PcD (incluidas la infancia con discapacidad) y a las personas mayores en Mafraq, Ramtha y en el campo de Azraq (mientras se permitía el acceso). La evaluación incluyó evaluaciones funcionales y, cuando correspondía, pruebas psicosociales.
- Dispositivos de asistencia y servicios técnicos: el proyecto proporcionó ayudas de movilidad personalizadas (sillas de ruedas, muletas, andadores, cojines, etc.), prótesis y dispositivos ortopédicos, aprovechando el taller de Azraq y las instalaciones centrales de AHS. Se realizaron ajustes y reparaciones donde fue necesario.
- Sesiones de rehabilitación y PSS: se impartieron sesiones de fisioterapia y terapia ocupacional, centradas en la reducción del dolor, la mejora de la movilidad y el aumento de la independencia en las actividades básicas de la vida diaria. El PSS se proporcionó de forma individual y, en algunos centros, en grupos reducidos.
- Capacitación y seguimiento de cuidadoras: las personas cuidadoras recibieron orientación práctica sobre transferencias, posicionamiento, ejercicios en casa y uso de dispositivos. Se utilizaron materiales educativos y

hojas de ejercicios para apoyar la continuidad en casa, y se realizaron visitas de seguimiento para ajustar los dispositivos y reforzar las instrucciones.

En general, la cartera de actividades se implementó en gran medida y fue coherente con los resultados previstos. Las principales deficiencias se relacionaron con la duración limitada de los ciclos de terapia y PSS para algunas personas titulares de derechos, así como con las restricciones de acceso al campo de Azraq una vez finalizado el proyecto, lo que limitó las posibilidades de un seguimiento prolongado allí. A pesar de estas limitaciones, los componentes con perspectiva de género y VdG se implementaron en gran medida según lo previsto, aunque su profundidad y continuidad fueron menores que las necesidades y expectativas identificadas entre las mujeres, las niñas con discapacidad y las personas cuidadoras.

B) Suficiencia y necesidad de las actividades para obtener resultados

La evidencia obtenida a partir de GFD, entrevistas y cuestionarios indica que la combinación de actividades fue apropiada y, dentro del tiempo y el presupuesto disponibles, en gran medida suficiente para lograr los resultados esperados a corto plazo.

- Para el Resultado 1, la combinación de estructuras de coordinación, mapeo, MoU, herramientas de derivación y capacitación del personal fue necesaria para construir un sistema mínimo y funcional orientado a la atención comunitaria basada en la comunidad (DIBC). Las partes interesadas destacaron que, sin una vía de derivación clara, personal capacitado de AHS y OBC colaboradoras activas, los servicios de rehabilitación directa del Resultado 2 habrían llegado a menos personas y habrían sido menos coherentes.
- En el Resultado 2, las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras identificaron repetidamente el paquete de evaluación con dispositivo personalizado, terapia, capacitación para cuidadoras y seguimiento como lo que posibilitó el cambio en la práctica. Se enfatizó que los dispositivos sin capacitación, o la terapia sin los dispositivos adecuados, habrían sido mucho menos útiles.

Sin embargo, las partes interesadas también señalaron una intensidad insuficiente en algunos componentes:

- Los ciclos de terapia y PSS a menudo fueron más cortos de lo óptimo para las enfermedades crónicas, y algunas personas cuidadoras y personas mayores expresaron el deseo de ciclos más largos o adicionales.
- Las barreras económicas y de transporte, si bien estaban fuera del alcance formal del proyecto, limitaron la capacidad de algunas personas titulares de derechos de asistir a las sesiones de manera constante, lo que sugiere que las actividades eran necesarias pero no siempre suficientes para asegurar una participación regular.
- La labor relacionada con la VdG se centró principalmente en el desarrollo de capacidades y los protocolos; en este proyecto hubo poco margen para emprender una prevención más amplia a nivel comunitario o para acompañar a las personas sobrevivientes a lo largo del tiempo.

En resumen, la combinación de actividades fue elegida adecuadamente y necesaria para los resultados alcanzados; sin embargo, el plazo de un año y el presupuesto disponible limitaron la escala y la duración de varias actividades, dejando algunas necesidades solo parcialmente atendidas.

C) Actividades destinadas a promover la igualdad de género y prácticas sensibles a la VdG

Las consideraciones de género y protección se integraron a través de actividades explícitas y esfuerzos de incorporación:

- Patrones de focalización y participación.
 - Los grupos de trabajo con discapacidad, las mujeres mayores y las cuidadoras recibieron prioridad explícita en la difusión y la selección de casos, lo que se refleja en la alta proporción de mujeres entre las personas encuestadas en los grupos de trabajo con discapacidad y en los cuestionarios.
 - También participaron algunos hombres con discapacidad y hombres cuidadores, lo que ayudó a normalizar sus roles de cuidado y amplió la comprensión de las cargas de cuidado relacionadas con el género.

- VdG y actividades de protección.
 - La capacitación y el manual de Rescate sobre VdG y discapacidad capacitaron al personal de AHS para reconocer los factores de riesgo, responder a las revelaciones de una manera más segura y activar las vías de derivación existentes.
 - Las visitas de seguimiento de tutoría ayudaron al personal a traducir los conceptos a la práctica y brindaron espacio para discutir dilemas reales relacionados con la confidencialidad, el consentimiento y la seguridad.
 - En ciertas sesiones para cuidadoras y titulares de derechos se incorporaron mensajes de protección y principios básicos de protección, en particular sobre la atención respetuosa, la privacidad y el derecho a rechazar tratamientos no deseados.
- Prestación de servicios con perspectiva de género.
 - La programación de sesiones, los GFD separados y la elección de personal femenino para algunas actividades de PSS y rehabilitación se utilizaron para reducir las barreras para las MNcD y para las mujeres mayores.
 - Los materiales de comunicación se diseñaron con imágenes con equilibrio de género e incluyeron explícitamente MNcD, lo que ayudó a desafiar los estereotipos sobre quién usa dispositivos de asistencia y quién puede beneficiarse de la rehabilitación.

A pesar de estos elementos positivos, la evaluación también encontró limitaciones:

- Los resultados relacionados con la VdG se centraron principalmente en la capacitación del personal, y solo un pequeño número de casos de VdG se identificaron formalmente y se derivaron a otro centro. Esto se debe en parte a la naturaleza no especializada y la corta duración del proyecto, pero también refleja la complejidad y el estigma que rodea la divulgación de la VdG, especialmente para las MNcD y las mujeres mayores.
- Hubo pocas oportunidades para involucrar explícitamente a los hombres y a niños en debates sobre normas de género, cuidados y prevención de la violencia, lo que podría ser un área para un mayor desarrollo en una fase futura.

En general, la igualdad de género y las prácticas sensibles a la VdG se integraron significativamente en un proyecto de rehabilitación no especializado, en particular mediante la focalización en MNcD, mujeres mayores y cuidadores, y mediante el desarrollo de capacidades de Rescate con el personal de AHS. Sin embargo, la profundidad y la visibilidad de este trabajo se vieron limitadas por el plazo de un año, el mandato de rehabilitación del proyecto y los altos niveles de estigma en torno a la VdG. Una fase futura requerirá más tiempo, recursos y colaboraciones especializadas para traducir estas prometedoras bases en resultados más sistemáticos que transformen las perspectivas de género y respondan a la VdG.

E.2.2.3. Apreciación general

Se evalúa que el proyecto ha implementado la mayoría de las actividades planificadas, con solo pequeños ajustes debido a las limitaciones contextuales y de tiempo. Las actividades se vincularon lógicamente con los dos resultados esperados y, en conjunto, constituyeron un paquete coherente que vinculó el fortalecimiento y la coordinación institucional con un apoyo de rehabilitación concreto y centrado en la persona.

Desde una perspectiva de eficacia, las actividades seleccionadas fueron necesarias y, dentro de las limitaciones existentes, suficientes para lograr mejoras significativas a corto plazo en la movilidad, la autonomía y el bienestar de las personas titulares de derechos, a la vez que reforzaban el papel institucional de AHS en el ámbito de la rehabilitación y la DIBC. Las principales deficiencias no se refieren a la idoneidad de las actividades, sino a su intensidad y duración, que inevitablemente eran limitadas en un proyecto humanitario de un año de duración.

En términos de igualdad de género, la intervención trascendió los datos desagregados por sexo: priorizó a las mujeres mayores y cuidadoras con discapacidad, fortaleció las capacidades del personal en materia de VdG y protección, e integró

prácticas con perspectiva de género en la prestación de servicios. Al mismo tiempo, la escala del trabajo específico sobre VdG y las actividades más amplias de transformación de género se mantuvo modesta, lo que indica la necesidad de un compromiso más profundo y a largo plazo en estas dimensiones en cualquier fase futura.

La evaluación concluye que la efectividad del proyecto es ALTA

E.3. Impacto

E.3.1. ¿De qué manera se ha fortalecido a la organización socia local y cómo se espera que esto se mantenga y se fortalezca aún más en el largo plazo?

E.3.1.1. Introducción

Esta pregunta se centra en el impacto institucional del proyecto en AHS, como principal socia implementadora, y, en menor medida, en las OBC que participaron en la intervención. La evaluación examinó cómo se reforzaron las capacidades técnicas, organizativas y de protección de AHS, qué sistemas y estructuras se implementaron y en qué medida es probable que estos cambios se mantengan y se fortalezcan con el tiempo.

El análisis se basa en la documentación del proyecto y el trabajo de campo con el personal de AHS, FPS y Rescate, así como con representantes de las OBC.

E.3.1.2. Hallazgos

A) Fortalecimiento de las capacidades técnicas y de prestación de servicios de la AHS

El proyecto fortaleció significativamente la capacidad técnica de AHS para brindar servicios de rehabilitación y ayudas a la movilidad en el campo de Azraq y en las comunidades de acogida. Un logro institucional clave fue la rehabilitación y puesta en funcionamiento del taller de ayudas a la movilidad en la Aldea 2 del campo de Azraq. El taller se sometió a reparaciones estructurales, mejoras en los sistemas eléctrico y de agua, y mejoras en el saneamiento, lo que resultó en un espacio seguro y funcional para la reparación y adaptación de dispositivos. AHS, en coordinación con UNHCR y otras entidades socias, reclutó y capacitó a una persona voluntaria para realizar el mantenimiento diario bajo la supervisión de AHS e introdujo plantillas y protocolos alineados con los estándares internacionales (por ejemplo, la Sociedad Internacional de Prótesis y Ortesis, SIPO) para guiar los procedimientos de mantenimiento y la retroalimentación de las personas titulares de derechos.

Una vez operativo, el taller se convirtió en un centro central para ayudas de movilidad personalizadas, proporcionando sillas de ruedas, muletas, prótesis, órtesis y dispositivos relacionados en las ubicaciones seleccionadas. Los procesos implementados (evaluaciones estructuradas, adquisiciones con control de calidad, personalización de dispositivos y seguimiento sistemático) han fortalecido la capacidad de AHS para prestar servicios especializados a gran escala y mantener los equipos a lo largo del tiempo, más allá de la duración inmediata del proyecto.

B) Fortalecimiento de los sistemas de identificación, referencia y seguimiento de casos

A nivel de sistemas, el proyecto ayudó a AHS a diseñar e implementar un sistema de identificación y derivación de casos basado en la identificación de casos de emergencia (DIBC), que integra los procesos internos con los marcos de coordinación externos. El sistema incluye identificadores únicos para cada caso, herramientas digitales y en papel para la entrada de datos (incluido un formulario en línea), seguimiento de la prestación de servicios y acciones de seguimiento, y criterios de priorización para los diferentes tipos de apoyo. En el campo de Azraq, el sistema se alineó con el mecanismo unificado de derivación de casos y se coordinó con UNHCR, NHF y otras agencias. En las comunidades de acogida, AHS utilizó el sistema para conectar con servicios de salud, centros de rehabilitación y OBC.

Aunque las entidades socias externas no adoptaron plenamente la plantilla digital de derivación a pesar del seguimiento continuo, AHS integró el sistema en su práctica habitual. El responsable de MEAL y el equipo del proyecto lo utilizan para supervisar las trayectorias de las personas titulares de derechos, gestionar las visitas de seguimiento y elaborar informes. En las comunidades de acogida, las visitas de mentoría y la planificación conjunta con las OBC también reforzaron su papel en la identificación de casos, el apoyo al seguimiento y la incorporación de información comunitaria al sistema de gestión de casos de AHS. En general, el sistema no solo mejoró la gestión diaria de casos durante el proyecto, sino que también proporciona a AHS un marco más sólido para futuras intervenciones, que puede ampliarse o adaptarse a medida que otras entidades socias se involucran más.

C) Fortalecimiento de capacidades en materia de protección, VdG y salvaguardia

El proyecto, con el liderazgo técnico de Rescate, invirtió sustancialmente en fortalecer la capacidad interna de AHS en materia de discapacidad, protección y VdG. Se elaboró un manual completo sobre la detección del abuso y la violencia sexual contra infancia y McD (especialmente MNcD), que integra estándares internacionales y marcos legales jordanos, y proporciona orientación clara sobre enfoques centrados en las sobrevivientes, la comunicación con las PcD y los protocolos de derivación.

Sobre esta base, se impartió una capacitación de cinco días sobre VdG y discapacidad al personal de AHS, incluyendo fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, profesionales del trabajo social, una persona técnica en prótesis y ortesis, y personal de gestión de proyectos. Las pruebas previas y posteriores mostraron un aumento sustancial en el conocimiento y la confianza para identificar riesgos y realizar derivaciones seguras. Para garantizar que el aprendizaje se tradujera en práctica, se implementó un sistema de monitoreo, asesoramiento y apoyo: entre febrero y junio de 2025, una persona experta en VdG realizó seis visitas de seguimiento estructuradas al campo de Azraq, la ciudad de Azraq, Ramtha y Mafrq, observando las interacciones entre el personal y las personas titulares de derechos, analizando casos específicos y brindando retroalimentación y mentoría individual. Las observaciones indicaron un alto nivel de cumplimiento de los protocolos de derivación y comunicación, así como una mayor capacidad para reconocer los indicadores de VdG.

En conjunto, el manual, la capacitación y las visitas de mentoría sobre el terreno han fortalecido la capacidad institucional de AHS para integrar enfoques sensibles a la VdG y de protección en los servicios de rehabilitación. El manual y el paquete de capacitación siguen siendo recursos internos que pueden reutilizarse para el nuevo personal y adaptarse a proyectos futuros.

D) Mejora de las capacidades de medición de resultados y MEAL

El proyecto también contribuyó al fortalecimiento de los sistemas MEAL de AHS. Se desarrolló un diseño de encuesta específico para captar cambios en los resultados, como la calidad del servicio, la reducción de la dependencia, la integración social y la preparación de las personas cuidadoras, mediante una combinación de preguntas cuantitativas y cualitativas. Esto se materializó en una encuesta de seguimiento a gran escala para titulares de derechos, que abarcó a varios cientos de participantes y generó datos detallados sobre la satisfacción, los plazos, la idoneidad de los dispositivos, la calidad de vida percibida y los cambios en la dependencia y la integración comunitaria.

La responsable MEAL desempeñó un papel fundamental en la supervisión de la recopilación de datos, la verificación de la calidad, la elaboración de informes de seguimiento para las personas titulares de derechos y la integración de los hallazgos en la gestión del proyecto. Estas prácticas han fortalecido la capacidad de AHS para documentar los resultados, responder a la retroalimentación y comunicar la evidencia a donantes y autoridades, mejorando así la credibilidad institucional y su capacidad para abogar por un apoyo sostenido o ampliado.

E) Fortalecimiento de los roles de coordinación y posicionamiento externo

Gracias al proyecto, AHS profundizó su participación en las estructuras de coordinación a nivel de campo y gobernación. AHS participó activamente en las reuniones del Grupo de Trabajo sobre Discapacidad y Edad de Azraq, en las reuniones interinstitucionales de representantes comunitarios en el campo, en los grupos de trabajo de protección comunitaria y, en Mafrq, en los grupos de trabajo sobre protección infantil, VdG y derivación de casos, liderados por UNHCR. Estos espacios permitieron a AHS presentar actualizaciones del proyecto, contribuir al mapeo de servicios, debatir las

necesidades emergentes y explorar futuras estrategias, como la posible replicación del modelo de AHS en el campo de Zaatari.

Esta mayor visibilidad y participación ha reforzado la posición de AHS como entidad especializada en rehabilitación y protección dentro de la arquitectura humanitaria de Jordania, ha estrechado los vínculos entre sus servicios y sistemas de protección más amplios y ha abierto las puertas para una futura colaboración y ampliación.

F) Fundamentos para la sostenibilidad y su posterior fortalecimiento

Muchos de los logros institucionales impulsados por el proyecto se integran en la labor y las políticas centrales de AHS, lo que aumenta su probabilidad de sostenibilidad. El taller del campo de Azraq funciona ahora como una instalación permanente de AHS con protocolos establecidos y una persona voluntaria capacitada; el sistema de derivación y las herramientas MEAL están integrados en las operaciones regulares; y el manual sobre VdG y los materiales de capacitación forman parte de los recursos internos de AHS. Los informes trimestrales a los Ministerios de Salud y Desarrollo Social y las conversaciones sobre la replicación del modelo en el campo de Zaatari consolidan la intervención en los marcos nacionales y la programación futura.

Si se asegura la financiación plurianual, estos sistemas podrían fortalecerse aún más mediante cursos de actualización periódicos, la extensión del modelo de mentoría a nuevas ubicaciones y la expansión del uso de la plataforma de derivación por parte de socias externas. Sin este apoyo, algunos de los nuevos sistemas podrían quedar infrautilizados o funcionar a escala reducida, incluso si las capacidades básicas permanecen dentro de AHS.

E.3.1.3. Apreciación general

La evaluación concluye que el proyecto ha tenido un fuerte impacto institucional positivo en AHS, reforzando significativamente sus capacidades técnicas, de protección, de MEAL y de coordinación como entidad principal en la rehabilitación del campo de Azraq y las comunidades de acogida circundantes. Las inversiones en el taller de Azraq, el sistema de derivación y gestión de casos del DIBC, las herramientas y prácticas sensibles a la VdG, y el monitoreo orientado a resultados han generado mejoras tangibles en la capacidad de AHS para prestar y supervisar servicios de calidad, y también han contribuido a fortalecer el papel de las OBC socias en la identificación y el seguimiento de casos.

Estos avances no se limitan al plazo del proyecto: están ampliamente integrados en las estructuras, procedimientos y recursos humanos de AHS, por lo que sientan las bases para un fortalecimiento a largo plazo. Al mismo tiempo, su plena consolidación y expansión dependerá de la financiación continua, el uso activo del sistema de derivación por parte de las entidades socias y el apoyo técnico continuo en materia de protección y MEAL.

Considerando estos elementos en conjunto, el impacto institucional del proyecto sobre AHS se evalúa como alto, con perspectivas prometedoras de un fortalecimiento sostenido y futuro si se aseguran recursos y asociaciones adecuados.

E.3.2. ¿Se ha observado algún cambio de actitud entre la población titular de derechos durante el período de implementación analizado? ¿Qué efectos previstos a largo plazo del proyecto ya se han logrado o es probable que se logren? ¿Conoce el grupo destinatario los efectos logrados o los que podrían lograrse?

E.3.2.1. Introducción

Esta pregunta explora el impacto del proyecto en las personas titulares de derechos y sus cuidadoras, más allá de los resultados inmediatos del servicio. Examina si se han producido cambios en las actitudes, expectativas y comportamientos de las PcD, las personas mayores y las personas cuidadoras; qué elementos de los efectos previstos a largo plazo ya han surgido o es probable que se materialicen; y en qué medida el grupo destinatario es consciente de los efectos ya logrados y de los que podrían consolidarse en el futuro.

El análisis se basa principalmente en evidencia cualitativa de la documentación del proyecto y en los datos recopilados a través del trabajo de campo con las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras.

E.3.2.2. Hallazgos

A) Cambios en las actitudes y comportamientos entre las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras

En diferentes lugares, las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras informaron cambios notables en su percepción de la discapacidad, la rehabilitación y su propia capacidad de acción. Muchas participantes describieron que, antes del proyecto, percibían su situación como prácticamente estática e inmutable: el dolor y la inmovilidad se percibían como inevitables, y los dispositivos de asistencia no estaban disponibles, estaban mal adaptados o se consideraban estigmatizantes. Tras la intervención, una proporción significativa expresó una mayor confianza en su capacidad para moverse, cuidar de sí mismos, participar en las actividades cotidianas y, en algunos casos, reintegrarse a la educación, el trabajo o la vida comunitaria.

Estos cambios de actitud estuvieron estrechamente relacionados con la experiencia de mejoras tangibles. Las personas titulares de derechos relataron que, con sillas de ruedas, muletas u órtesis correctamente ajustadas, y tras recibir fisioterapia o terapia ocupacional, podían trasladarse con mayor seguridad, sentarse cómodamente, dormir mejor, realizar sus cuidados personales con menos ayuda y salir de casa con mayor frecuencia. Las personas cuidadoras observaron una reducción del miedo a lesionarse al levantar o mover a familiares y una mayor confianza en la utilidad de los ejercicios y dispositivos. En varios casos, las personas participantes recalcaron que habían recibido previamente dispositivos que no les encajaban o que no se les había explicado correctamente, lo que había reforzado su escepticismo; el enfoque más personalizado del proyecto ayudó a revertir esta tendencia.

El proyecto también contribuyó a cambios en el comportamiento de búsqueda de ayuda. Las personas titulares de derechos y cuidadoras informaron que estaban más dispuestas a acercarse a los servicios de salud alternativos o a las OBC con preguntas o inquietudes, y que era más probable que solicitaran ajustes o seguimiento en lugar de abandonar dispositivos que les causaban incomodidad. Algunas personas cuidadoras explicaron que se sentían menos solas y con más derecho a pedir apoyo, al ver que la rehabilitación y los servicios de PSS podían marcar la diferencia en su vida diaria. Al mismo tiempo, las limitaciones estructurales y el estigma profundamente arraigados no han desaparecido: algunas familias aún internalizan la discapacidad como un destino inevitable y se muestran reticentes a exponer a sus familiares en espacios públicos, en particular a las MNcD, y no todas las actitudes de la comunidad han cambiado en la misma medida que las de las personas beneficiarias directas.

B) Efectos emergentes y probables a largo plazo

Varios de los efectos previstos a largo plazo del proyecto ya se han materializado parcialmente, especialmente en relación con la autonomía funcional y la prevención de un mayor deterioro. La provisión y adaptación de ayudas de movilidad adecuadas, así como la capacitación sobre su uso, han creado las condiciones para mejoras sostenidas en el posicionamiento, la protección articular y la seguridad en los movimientos. Las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras describieron cómo la correcta posición sentada, el apoyo y el alivio de la presión redujeron el dolor, previnieron o mitigaron contracturas y úlceras por presión, y permitieron períodos más largos de comodidad al sentarse o estar de pie. Estos cambios, si se mantienen, pueden tener implicaciones duraderas para la salud, la comodidad y la independencia.

De igual manera, es probable que los conocimientos y habilidades adquiridos mediante sesiones de fisioterapia y terapia ocupacional —como ejercicios específicos, técnicas para transferencias seguras, adaptaciones ambientales y estrategias para estructurar las actividades diarias— sigan generando beneficios más allá de la duración del proyecto, si se mantienen los ejercicios y los dispositivos siguen funcionando. Algunas personas cuidadoras informaron haber integrado ejercicios en sus rutinas diarias y adaptado el entorno doméstico (por ejemplo, reorganizando los muebles, creando caminos más seguros, ajustando la altura de las camas), lo que puede consolidar los avances y reducir el riesgo de caídas o lesiones a largo plazo.

A nivel psicosocial, el proyecto ha contribuido a aumentar la autoestima, la dignidad y la valoración de muchas personas titulares de derechos, quienes señalaron que ser escuchadas, evaluadas individualmente y atendidas les hizo sentir menos marginados. Las personas cuidadoras también mencionaron sentirse más reconocidas en su rol y más optimistas sobre las capacidades de sus familiares. Estos cambios de actitud pueden favorecer resultados a largo plazo en términos de

participación e inclusión social, incluso si siguen siendo vulnerables a crisis económicas y una mayor discriminación social.

Sin embargo, la durabilidad de estos efectos no está garantizada. El corto plazo del proyecto y el número limitado de sesiones de terapia y PSS implican que algunas personas participantes completaron solo una fracción de lo que sería clínicamente ideal para enfermedades crónicas. Las dificultades económicas, los costos de transporte y las responsabilidades concurrentes podrían impedir el uso regular de los dispositivos o la asistencia a las citas de seguimiento en el futuro. Sin un mantenimiento continuo de las ayudas para la movilidad, la orientación de actualización y los servicios accesibles, existe el riesgo de que algunas mejoras funcionales disminuyan con el tiempo. No obstante, el proyecto ha establecido una plataforma —en términos de dispositivos, habilidades, relaciones con AHS y OBC, y una mayor concienciación— desde la cual se puede construir un cambio a largo plazo si se asegura un mayor apoyo.

C) Conciencia de los efectos logrados y potenciales

La mayoría de las personas titulares de derechos y personas cuidadoras entrevistadas mostraron una clara conciencia de las mejoras que habían experimentado durante el proyecto. Pudieron describir cambios específicos en la movilidad, el dolor, el sueño, las actividades cotidianas y el bienestar emocional, y relacionar estas mejoras con el uso de dispositivos, ejercicios o sesiones psicosociales. Muchas también explicaron, al menos en términos generales, qué se necesitaría para mantener o potenciar estos logros: ejercicios continuos en casa, ajuste y mantenimiento periódicos de los dispositivos, y acceso a apoyo de seguimiento cuando surjan problemas.

Al mismo tiempo, se observaron indicios de una comprensión parcial o desigual de los límites del proyecto y de lo que se podría lograr realísticamente a largo plazo. Algunas personas participantes esperaban una prestación prolongada o indefinida de terapia, PSS o apoyo material (como pañales, leche o transporte), y expresaron su decepción cuando los servicios finalizaron o no pudieron extenderse. Esto indica una tensión entre el creciente reconocimiento de los beneficios de la rehabilitación y el PSS, y las limitaciones de una intervención humanitaria de un año con recursos limitados.

La concienciación sobre los efectos de la VdG y la protección fue más indirecta. Si bien pocas personas titulares de derechos mencionaron espontáneamente la VdG, algunas personas informaron sentirse más cómodas al hablar con el personal de AHS, tener mayor confianza en la confidencialidad de las conversaciones y percibir que el personal prestaba más atención a los aspectos emocionales y relacionales, especialmente con las MNcD. Esto sugiere que las personas titulares de derechos están empezando a percibir cambios en las prácticas del personal, incluso si la comunidad en general aún no es plenamente consciente del papel potencial de los servicios de rehabilitación como puntos de acceso seguros para la protección y las derivaciones por VdG. En general, el grupo objetivo parece ser consciente de los efectos concretos logrados en la movilidad, la autonomía y la vida cotidiana, y parcialmente consciente del potencial de mejora y protección continuas, con expectativas que a veces van más allá de lo que un proyecto a corto plazo puede ofrecer.

E.3.2.3. Apreciación general

La evaluación concluye que el proyecto ha generado cambios positivos significativos en las actitudes y expectativas de muchas personas titulares de derechos y cuidadores. Las personas participantes perciben cada vez más la discapacidad no solo como una condición fija, sino como una situación que puede mitigarse mediante dispositivos, rehabilitación y apoyo adecuados, y se sienten más seguras de su capacidad para actuar y buscar ayuda. Los primeros efectos a largo plazo son visibles en la mejora de la autonomía funcional, el manejo del dolor, la prevención de un mayor deterioro y el fortalecimiento de la autoestima y la dignidad. Existe una base sólida para que estos avances persistan si se ofrece un seguimiento y mantenimiento adecuados.

El grupo objetivo demuestra un alto nivel de conciencia de los beneficios inmediatos obtenidos y, en cierta medida, de lo que se requiere para mantenerlos. Sin embargo, esta conciencia coexiste con una comprensión limitada de las limitaciones estructurales y la naturaleza temporal de los proyectos humanitarios, lo que a veces genera expectativas incumplibles en cuanto a la duración de los servicios y el apoyo económico. Por lo tanto, los cambios de actitud y funcionales observados son significativos, pero frágiles, y su consolidación dependerá del acceso continuo a la rehabilitación, el mantenimiento de los dispositivos, el refuerzo de los ejercicios y una comunicación más clara sobre las opciones y los límites disponibles.

E.3.3. ¿Qué impacto en materia de género ha tenido el proyecto?

E.3.3.1. Introducción

Esta pregunta examina cómo el proyecto afectó a mujeres, hombres, niñas y niños, tanto como titulares de derechos con discapacidad o en edad avanzada como cuidadoras. Examina los patrones de género en el acceso a los servicios, los resultados percibidos, los cambios en los roles y las expectativas, y en qué medida el proyecto contribuyó a prácticas más seguras y con mayor perspectiva de género, incluyendo la protección y los riesgos de la VdG.

El análisis se basa en datos desglosados de la documentación del proyecto, así como del trabajo de campo con las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras, el personal de AHS y Rescate sobre la incorporación de la perspectiva de género y la VdG en la prestación de servicios.

E.3.3.2. Hallazgos

A) Patrones de acceso y cobertura según el género

Los datos de monitoreo indican que el proyecto llegó a un mayor número de mujeres que de hombres en general, tanto como titulares de derechos como cuidadoras. Entre las personas titulares directas de derechos, las mujeres y las niñas representaron una ligera mayoría de las personas evaluadas y atendidas, y las metas para las titulares de derechos femeninas generalmente se cumplieron o superaron, mientras que la cobertura masculina estuvo más cerca o por debajo de la meta en varios componentes. Este patrón es particularmente marcado en PSS, donde las mujeres y las niñas estuvieron abrumadoramente representadas entre las personas participantes, lo que refleja tanto sus mayores niveles reportados de angustia como la mayor aceptabilidad social de las mujeres que participan en actividades de PSS. En fisioterapia y terapia ocupacional, así como en el acceso a ayudas para la movilidad y prótesis y órtesis, el uso de los servicios fue algo más equilibrado, pero la participación femenina todavía tendió a ser mayor que la masculina.

Las personas cuidadoras involucradas en el proyecto fueron predominantemente mujeres (madres, esposas, hijas), en consonancia con los roles de cuidado definidos por género en los contextos jordano y sirio. Las cuidadoras participaron activamente en sesiones de capacitación, entrevistas de seguimiento y visitas domiciliarias, y a menudo lideraron la implementación de ejercicios en casa y el manejo de dispositivos. Un número menor de hombres cuidadores (padres, esposos, hermanos) también participó, especialmente en la gestión del transporte, el acompañamiento de familiares a las sesiones y el apoyo en las tareas físicas, pero su presencia fue menor en las sesiones estructuradas para cuidadores y las actividades de apoyo psicológico.

Estos patrones sugieren que, en la práctica, el proyecto resultó más accesible y atractivo para las mujeres que para los hombres, especialmente en los componentes de PSS y de apoyo a las personas cuidadoras. Si bien esto contribuyó a abordar la alta carga de cuidados y el estrés psicosocial de las mujeres, también indica que algunas barreras de género (como las normas en torno a la masculinidad, la búsqueda de ayuda y la expresión emocional) podrían haber limitado la participación masculina, especialmente en los componentes de PSS y de apoyo a las personas cuidadoras.

B) Cambios en la movilidad, autonomía y roles de cuidado desde una perspectiva de género

Para las MNcD o en la tercera edad, el impacto del proyecto en la movilidad y la autonomía tuvo importantes dimensiones de género. Muchas participantes describieron cómo la movilidad restrictiva, el dolor y la dependencia limitaban su capacidad para moverse dentro y fuera del hogar, participar en la vida familiar, asistir a actividades sociales o religiosas y, en algunas, buscar educación o trabajo. Gracias a las ayudas adaptadas para la movilidad y la rehabilitación, varias mujeres informaron poder salir de casa con mayor frecuencia, sentarse cómodamente durante períodos más largos, asistir a reuniones familiares, ir al mercado o a centros de salud y, en algunos casos, retomar actividades generadoras de ingresos. Estos cambios se describieron a menudo como la restauración de la dignidad y la visibilidad, contrarrestando las expectativas de género de que las McD debían permanecer ocultas o confinadas al ámbito doméstico.

Para las cuidadoras, los efectos del proyecto en la tensión física y el bienestar emocional fueron significativos. La capacitación y la orientación práctica redujeron el miedo a lesionar a familiares durante los traslados, ayudaron a distribuir

el esfuerzo físico de forma más segura y proporcionaron estrategias para integrar el ejercicio en las rutinas diarias, aliviando la sensación de crisis constante. Algunas mujeres comentaron sentirse más competentes y seguras en su rol de cuidadoras, y experimentar momentos de alivio y reconocimiento durante las sesiones y las visitas de seguimiento. Sin embargo, la carga subyacente del cuidado, vinculada al género —la expectativa de que las mujeres asuman la responsabilidad principal de los cuidados intensivos a largo plazo— se mantuvo prácticamente sin cambios, y las presiones económicas continuaron afectándolas considerablemente.

El proyecto también facilitó algunos cambios en los roles masculinos, aunque estos fueron menos pronunciados y más desiguales. Varios hombres cuidadores se involucraron más activamente en aspectos prácticos del cuidado (por ejemplo, ajustar dispositivos, asistir en traslados y transportar a familiares) y en las interacciones con el personal de AHS. Algunos hombres afirmaron haber adquirido una mejor comprensión de las necesidades de sus familiares y de la importancia de la rehabilitación, lo que podría contribuir a un reparto más equitativo de responsabilidades a largo plazo. Sin embargo, las normas arraigadas y la limitada participación masculina en los servicios de PSS y las sesiones para cuidadoras sugieren que la capacidad del proyecto para transformar los roles de género en el cuidado fue parcial y requerirá un esfuerzo deliberado a largo plazo para consolidarse.

C) Dimensiones de género, protección y VdG

A nivel institucional, el proyecto tuvo un claro impacto en la perspectiva de género mediante el fortalecimiento de las capacidades del personal de AHS en materia de género, discapacidad y VdG. La elaboración de un manual para la detección del abuso y la violencia sexual contra niñas, niños y McD (en particular, MNcD), la capacitación de cinco días y las posteriores visitas de mentoría contribuyeron a aumentar la concienciación del personal sobre cómo el género, la edad y la discapacidad se interrelacionan para crear riesgos específicos de violencia y explotación. El personal afirmó sentirse mejor capacitado para comunicarse con MNcD, reconocer posibles indicadores de VdG y responder de forma más centrada en la persona sobreviviente, confidencial y respetuosa.

Desde la perspectiva de las personas titulares de derechos, estos cambios se reflejaron menos en referencias explícitas a la VdG y más en la percepción de seguridad, respeto y confianza. Las MNcD describieron sentir que el personal de AHS las escuchaba, les explicaba los procedimientos con mayor claridad y las trataba con dignidad. Algunas personas titulares de derechos expresaron mayor comodidad al plantear inquietudes delicadas y la sensación de que el personal protegería su privacidad. Para las personas cuidadoras, especialmente las mujeres, se valoró la oportunidad de hablar sobre el estrés, los conflictos y la dinámica familiar en un entorno de apoyo, incluso cuando las conversaciones no se centraban explícitamente en la violencia. Estas percepciones sugieren que las prácticas con perspectiva de género y con conciencia de la VdG están comenzando a moldear la forma en que se prestan los servicios de rehabilitación, convirtiéndolos en espacios más seguros y receptivos para las MNcD.

Al mismo tiempo, el alcance del impacto relacionado con la VdG se vio necesariamente limitado por el mandato y los recursos del proyecto. La intervención no incluyó la prevención integral de la VdG ni la gestión de casos; las derivaciones a servicios especializados fueron relativamente escasas, limitadas por el estigma, el miedo a las repercusiones, la limitada disponibilidad de servicios adecuados y el corto plazo. No hay evidencia de que las normas comunitarias relacionadas con el género y la violencia hayan cambiado sustancialmente durante el período de implementación. Por lo tanto, el principal impacto relacionado con el género reside en la mejora de las prácticas del personal, interacciones más seguras y una mayor concienciación de los riesgos, más que en cambios mensurables en la incidencia de la VdG o en las normas sociales en general.

D) Restricciones y riesgos persistentes

A pesar de estos impactos positivos en materia de género, persisten importantes limitaciones. Las MNcD y las mujeres mayores siguen enfrentándose a mayores barreras para la movilidad, la participación y el acceso a los servicios que los hombres, debido a una combinación de pobreza, responsabilidades de cuidado, preocupaciones por la seguridad y normas restrictivas. La pesada carga de cuidados que soportan las mujeres se alivió, pero no se redujo estructuralmente, y sin intervenciones complementarias en los programas de medios de vida, protección social e igualdad de género, es probable que la dependencia económica y las expectativas sociales sigan limitando sus opciones.

Los hombres y niños, en particular aquellos socializados con normas de autosuficiencia y control emocional, podrían aún recibir un PSS y de cuidadores insuficiente. La escasa participación masculina en estos componentes corre el riesgo de no abordar sus factores de estrés específicos y, además, puede limitar la posibilidad de un reparto más equitativo de las responsabilidades de cuidado y del hogar. Abordar estas deficiencias requeriría estrategias más explícitas para involucrar a los hombres y niños, tanto como titulares de derechos como cuidadores, de maneras que reflejen sus experiencias y desafíen las normas perjudiciales sin exponerlos a ellos ni a otras personas a riesgos adicionales.

E.3.3.3. Apreciación general

La evaluación concluye que el proyecto ha tenido un impacto significativo en la perspectiva de género, en particular al mejorar el acceso a la rehabilitación y los servicios de PSS para MNcD, reducir la carga física y emocional de las cuidadoras y fortalecer las capacidades del personal de AHS para brindar servicios con perspectiva de género y VdG. Las MNcD y las personas mayores han ganado movilidad, autonomía y visibilidad, mientras que las cuidadoras han adquirido habilidades, confianza y, en cierta medida, alivio psicosocial. El personal es más consciente de los riesgos de género y está mejor preparado para responder éticamente a situaciones delicadas, lo que contribuye a entornos de servicio más seguros y respetuosos.

Al mismo tiempo, la capacidad del proyecto para transformar las desigualdades de género más profundas y la dinámica de la VdG se vio necesariamente limitada por su alcance, duración y mandato. La pesada carga del trabajo de cuidados no remunerado que recae sobre las mujeres, la menor participación de los hombres en los componentes psicosociales y centrados en el cuidado, y la persistencia de barreras estructurales y normas restrictivas implican que el impacto en materia de género, si bien positivo, sigue siendo parcial y frágil. Consolidar y ampliar este impacto requerirá esfuerzos sostenidos para integrar las consideraciones de género y VdG en las fases futuras, fortalecer los vínculos con entidades especializadas en VdG e igualdad de género, y abordar los factores económicos y sociales que determinan cómo las mujeres y los hombres experimentan la discapacidad, el cuidado y la protección.

Más allá de los cambios previstos descritos anteriormente, el proyecto también generó algunos efectos imprevistos. Como aspecto positivo, las mejoras visibles en la movilidad y la autonomía funcional parecen haber fortalecido la confianza en AHS y las OBC asociadas más allá del círculo inmediato de las personas titulares de derechos. Varias personas participantes animaron a personas vecinas y familiares a buscar evaluación y apoyo. El trabajo conjunto en torno al sistema de derivación y las prácticas sensibles a la VdG también contribuyó a una colaboración más estrecha entre AHS, las OBC y otras entidades del campo de Azraq y las comunidades de acogida, creando vínculos de coordinación informales que trascienden los límites estrictos del proyecto. Al mismo tiempo, la calidad e intensidad del apoyo recibido por algunas familias generó expectativas que no siempre se pudieron cumplir en una intervención de un año con recursos limitados. Las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras solicitaron con frecuencia terapia continua, dispositivos adicionales o ayuda económica (por ejemplo, para pañales, leche o transporte), y algunas personas expresaron su frustración al comprender que no se les podía proporcionar. El proyecto también hizo visibles necesidades previamente "invisibles", incluidos los riesgos de VdG, al no poder abordar todos los casos dentro de su mandato y recursos, y generó una mayor presión emocional y de trabajo sobre el personal de AHS. Si bien no hay evidencia de que el proyecto haya perjudicado a otros grupos, estos efectos no deseados subrayan la importancia de una gestión explícita de las expectativas, una comunicación clara sobre el alcance y los límites y una planificación realista del apoyo y seguimiento del personal en cualquier fase futura.

La evaluación concluye que el Impacto del proyecto es ALTO

E.4. Eficiencia

E.4.1. ¿Se dispuso de fondos dentro de los plazos previstos? ¿Hubo alguna desviación del diseño del proyecto aprobado?

E.4.1.1. Introducción

Esta pregunta examina dos aspectos relacionados de la eficiencia: la disponibilidad y el uso de los fondos a lo largo del tiempo, y el grado en que la ejecución se ajustó al diseño del proyecto aprobado. Analiza si los recursos financieros se pusieron a disposición dentro de los plazos previstos, cómo las limitaciones presupuestarias y la presión de los costes afectaron la ejecución, y si hubo desviaciones significativas respecto del marco lógico y el plan de actividades originales.

El análisis se basa en la documentación del proyecto y en la información recopilada durante el trabajo de campo por el personal de AHS y FPS.

E.4.1.2. Hallazgos

A) Disponibilidad y flujo de fondos a lo largo del tiempo

En la documentación disponible, no se observan indicios de retrasos importantes en los desembolsos de las entidades donantes ni en la transferencia interna de fondos que hubieran bloqueado sistemáticamente la implementación. AHS preparó informes narrativos y financieros trimestrales, que fueron revisados por FPS, y el proyecto pudo iniciar actividades en todas las áreas de resultados principales (AT1-AT5, Resultado 1 y Resultado 2) dentro del plazo previsto de 12 meses. El informe final señala que el proyecto se mantuvo alineado con el marco lógico y las regulaciones de las entidades donantes, y que se cumplieron los requisitos de los informes narrativos y financieros trimestrales, con un seguimiento de los gastos y su comunicación al donante.

Los retrasos y cuellos de botella que afectaron los plazos se debieron principalmente a problemas administrativos, de adquisiciones e infraestructura, más que a la falta de fondos en sí. En el informe trimestral 1, los retrasos en las políticas y la administración, en particular la lentitud en la firma de MoU y los procesos de aprobación con algunas entidades socias, ralentizaron la coordinación e integración de los servicios. La adquisición de ayudas para la movilidad también demoró en ocasiones más de lo previsto, lo que requirió una mejor comunicación y seguimiento con las entidades proveedoras, así como el establecimiento de medidas de contingencia.

Un desafío particularmente significativo fue el mantenimiento y la rehabilitación del taller del campo de Azraq en la Aldea 2. Cuando la NHF se retiró y las caravanas fueron transferidas a AHS, el espacio se encontró en malas condiciones (tanques rotos, ventanas dañadas, vandalismo), y el presupuesto de mantenimiento inicialmente asignado al proyecto fue insuficiente para cubrir los costos reales. AHS y sus socias locales solicitaron contribuciones adicionales (incluido apoyo parcial de UNHCR) y priorizaron las reparaciones críticas dentro de las líneas disponibles. Esto permitió que el taller entrara en funcionamiento, pero requirió una reasignación cuidadosa y una gestión financiera rigurosa en lugar de nuevas inyecciones de fondos oportunas.

Además, el presupuesto del proyecto no incluía una línea dedicada a algunos costos operativos de las sesiones de rehabilitación (consumibles como electrodos, gel y TheraBands), que debían cubrirse con el propio *stock* de AHS para mantener la prestación del servicio.

Esto refleja una limitación en el diseño del presupuesto más que un retraso en la disponibilidad de fondos, pero afectó la eficiencia con la que se podían utilizar los recursos y aumentó la carga implícita de cofinanciamiento para AHS.

En general, la evidencia disponible sugiere que los fondos estuvieron ampliamente disponibles dentro de los plazos previstos y que la implementación no se retrasó significativamente por desembolsos tardíos. Más bien, los problemas de eficiencia se debieron a partidas presupuestadas por debajo de lo previsto, costos imprevistos de infraestructura en el campo de Azraq y el tiempo necesario para gestionar los procedimientos administrativos y los problemas en la cadena de suministro.

B) Desviaciones y adaptaciones relativas al diseño del proyecto aprobado

En cuanto a la fidelidad del diseño, el proyecto implementó en gran medida el conjunto de actividades aprobadas en la propuesta original. Los componentes principales —creación y funcionamiento del proyecto y de los comités directivos, mapeo inicial y participación de las OBC, establecimiento y operación del sistema de derivación de la DIBC, rehabilitación y mantenimiento del taller del campo de Azraq, suministro y personalización de ayudas para la movilidad y prótesis, impartición de sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y PSS, capacitación de personas cuidadoras,

actividades de comunicación y sensibilización, y desarrollo e implementación de herramientas y capacitación sobre VdG y discapacidad— se llevaron a cabo según lo previsto.

Sin embargo, se produjeron varias adaptaciones y desviaciones operativas en respuesta a desafíos contextuales y consideraciones de seguridad:

- Alcance y funcionamiento del sistema de derivación: el proyecto invirtió en una plantilla digital de derivación e intentó recopilar datos estructurados de múltiples socias, pero varias organizaciones no la adoptaron o proporcionaron información incompleta a pesar del seguimiento continuo. Como resultado, el sistema de derivación se limitó progresivamente a las entidades socias que participaban eficazmente, y los canales más informales (listas de espera, comunicación directa con las entidades socias) siguieron desempeñando un papel importante.
- Modalidades de seguimiento de la VdG: la intención original de realizar un seguimiento más amplio de la VdG se reconsideró debido a las restricciones de seguridad. Tras un debate en el comité del proyecto, las visitas de seguimiento de la VdG se limitaron a los centros asociados en lugar de las visitas domiciliarias, para mitigar los riesgos para las sobrevivientes y el personal. Esta adaptación afectó significativamente la forma en que se podía implementar el apoyo en materia de VdG, pero no modificó los objetivos generales del proyecto ni la función del apoyo técnico de Rescate.
- Rehabilitación del taller del campo de Azraq: el mal estado de las caravanas del taller tras la retirada de la NHF y el consiguiente déficit presupuestario obligaron a reorganizar las prioridades de mantenimiento y rehabilitación del lugar, considerando las líneas existentes y las contribuciones externas. Esto retrasó la plena puesta en funcionamiento del taller en comparación con las expectativas iniciales y obligó al equipo a escalonar las reparaciones, centrándose primero en la seguridad y la funcionalidad mínima.
- Reprogramación de algunos productos: algunos productos de comunicación y sensibilización (como el conjunto de folletos) se finalizaron e imprimieron más tarde de lo previsto inicialmente, y su distribución se concentró en los trimestres 3 y 4. Asimismo, el trabajo preparatorio para la evaluación externa final (desarrollo de los TdR, acuerdo sobre el alcance) se realizó en el tercer trimestre, con trabajo de campo previsto para el cuarto trimestre. Estos cambios reflejan una reprogramación más que cambios sustanciales en el diseño.

A pesar de estos ajustes, el informe final señala explícitamente que el proyecto se mantuvo alineado con su marco lógico y las regulaciones de las entidades donantes, y que las inversiones temáticas (taller, sistema de derivación, manual y capacitación sobre VdG, comunicación, planificación y MEAL) se tradujeron en los productos y resultados esperados. No se reportan cambios importantes en el OG/OE, los resultados esperados ni los grupos de actividades principales, y las metas cuantitativas se cumplieron en gran medida o se acercaron a su cumplimiento.

E.4.1.3. Apreciación general

Desde una perspectiva de eficiencia, los fondos parecen haber estado disponibles en general dentro de los plazos previstos, y el consorcio, en particular AHS, demostró una sólida capacidad para mantener la ejecución a pesar de los retrasos administrativos, los problemas de infraestructura y las partidas subpresupuestadas. Las principales limitaciones financieras se relacionaron con la subestimación de los costos (mantenimiento de talleres, consumibles de rehabilitación) y la alta demanda en relación con los recursos, más que con el desembolso tardío de los fondos. Estas limitaciones se gestionaron mediante la reordenación de prioridades, las contribuciones de las entidades socias y el uso de las propias existencias de AHS, a costa de una mayor presión sobre el socio implementador.

En cuanto a la fidelidad del diseño, el proyecto se adhirió estrictamente al marco lógico y al plan de actividades aprobados. Se implementaron todos los componentes principales, y las adaptaciones fueron, en gran medida, respuestas pragmáticas a las limitaciones contextuales y de seguridad (como limitar el seguimiento de la VdG a los centros asociados, reducir el alcance efectivo del sistema de derivación digital y reprogramar ciertos productos). Estos ajustes no alteraron los objetivos ni la estructura general del proyecto; más bien, reflejan una gestión adaptativa destinada a preservar la eficacia y los estándares de protección dentro del diseño y el presupuesto existentes.

En conjunto, estos elementos respaldan una evaluación positiva de la eficiencia en relación con la disponibilidad de fondos y la adhesión al diseño aprobado, al tiempo que reconocen que la subestimación del presupuesto para algunas categorías de costos y los desafíos de infraestructura en el campo de Azraq crearon tensiones que podrían mitigarse en fases futuras mediante estimaciones de costos más conservadoras, una presupuestación explícita para los consumibles operativos y una planificación temprana de contingencias.

E.4.2. ¿Se cumplieron los plazos establecidos en el diseño del proyecto? ¿Qué factores internos o externos contribuyeron a los retrasos?

E.4.2.1. Introducción

Esta pregunta examina la puntualidad de la implementación en relación con el diseño del proyecto de 12 meses y la secuenciación planificada de actividades. Examina si los componentes clave se implementaron dentro del plazo previsto e identifica los factores internos y externos que contribuyeron a los retrasos o la reprogramación. Se presta especial atención a la cronología de los hitos principales, como la rehabilitación del taller del campo de Azraq, la implementación del sistema de derivación de PcD (DIBC), la prestación de servicios de rehabilitación y PSS, y la capacitación y mentoría en materia de VdG y discapacidad.

El análisis se basa en la documentación del proyecto, así como en los datos recopilados por el personal de AHS, FPS y Rescate.

E.4.2.2. Hallazgos

A) Cumplimiento de los plazos generales

En general, el proyecto se implementó dentro del plazo previsto de 12 meses y los principales componentes previstos en el diseño se completaron a tiempo. El mapeo inicial y la colaboración con las OBC, la constitución del proyecto y los comités directivos, la identificación y evaluación de casos, el suministro de ayudas para la movilidad y prótesis, la impartición de sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y PSS, la capacitación de cuidadoras, las actividades de comunicación y el desarrollo de herramientas sobre VdG y discapacidad se llevaron a cabo durante el período de implementación.

La secuencia se respetó en general: el mapeo comunitario y la participación de las entidades socias comenzaron con anticipación, los servicios de rehabilitación y PSS se ejecutaron durante la mayor parte del período, y las actividades de desarrollo de capacidades y comunicación se implementaron una vez iniciada la prestación de los servicios básicos. Algunas actividades, en particular las relacionadas con el fortalecimiento de sistemas y la capacitación, se concentraron en la segunda mitad del proyecto debido a dificultades administrativas y de infraestructura previas, pero aun así se llevaron a cabo antes del cierre del proyecto.

B) Factores externos que contribuyen a los retrasos

Varios factores externos influyeron en la implementación oportuna de actividades específicas. En primer lugar, los procedimientos políticos y administrativos con las partes interesadas externas tardaron más de lo previsto. La firma de MoU y las aprobaciones formales con algunas organizaciones comunitarias e instituciones públicas fue más lenta de lo previsto, lo que retrasó la implementación del sistema de derivación y el inicio de algunas actividades de campo, especialmente en las comunidades de acogida.

En segundo lugar, las limitaciones de infraestructura en el campo de Azraq afectaron directamente el plazo de rehabilitación y puesta en funcionamiento del taller. Cuando NHF se retiró y las caravanas de la Aldea 2 fueron entregadas a AHS, se encontraban en mal estado, con tanques de agua rotos, ventanas dañadas y señales de vandalismo. El presupuesto de mantenimiento previsto inicialmente en el proyecto no fue suficiente para cubrir los costes reales de hacer que el espacio fuera seguro y funcional. Se necesitó tiempo para evaluar los daños, movilizar contribuciones complementarias (incluido el apoyo de UNHCR) y realizar las reparaciones por etapas. Esto retrasó el pleno funcionamiento del taller en comparación con las expectativas iniciales.

En tercer lugar, el contexto operativo y de suministro más amplio también afectó los plazos. La adquisición de ayudas para la movilidad y consumibles se vio ocasionalmente ralentizada por los tiempos de respuesta de las entidades proveedoras, la necesidad de adaptar los pedidos a casos complejos que requerían dispositivos personalizados y las limitaciones logísticas asociadas a la amplia cobertura geográfica del proyecto (campo de Azraq, ciudad de Azraq, Ramtha y Mafraq). El mal tiempo y las barreras de transporte en determinados momentos complicaron aún más los desplazamientos del personal y las personas titulares de derechos, dificultando el cumplimiento de los horarios previstos para las visitas domiciliarias y el seguimiento. El equipo mitigó estas limitaciones optimizando las rutas de viaje, combinando las visitas y utilizando la comunicación telefónica o en línea siempre que fuera posible. Sin embargo, algunos retrasos en la entrega de los dispositivos y el seguimiento fueron inevitables.

C) Factores internos y gestión adaptativa

Factores internos también contribuyeron a la reprogramación de algunas actividades, aunque en general se gestionaron bien. La capacitación sobre VdG y discapacidad para el personal de AHS, planificada inicialmente en una etapa anterior del proyecto, se impartió con más retraso de lo previsto para adaptar la disponibilidad de las personas formadoras y la coordinación con Rescate, así como para garantizar que el manual y los materiales de capacitación estuvieran completamente listos. Esto redujo el tiempo disponible para la consolidación posterior a la capacitación, pero se compensó con visitas de mentoría específicas durante los meses restantes.

De igual manera, el desarrollo y la puesta en marcha del sistema de derivación del DIBC tardaron más de lo previsto, no solo por retrasos de las entidades socias externas, sino también por el tiempo que AHS necesitó para perfeccionar las herramientas, configurar el formulario en línea e integrar el sistema en la práctica habitual. En la práctica, el equipo se adaptó concentrando sus esfuerzos en las entidades socias más dispuestas a interactuar con la herramienta y manteniendo algunos canales de comunicación informales (listas de espera, coordinación directa) en paralelo.

En el ámbito operativo, la subpresupuestación de ciertos gastos (como algunos consumibles de rehabilitación) obligó a AHS a cubrir las deficiencias con sus propias existencias. Si bien esto no detuvo las actividades, añadió un esfuerzo adicional de gestión interna y contribuyó a la sensación de trabajar bajo una presión constante de recursos, lo que en ocasiones limitó la rapidez con la que se podían iniciar nuevos ciclos de sesiones.

En estas áreas, el equipo del proyecto y las entidades socias aplicaron medidas de mitigación, como la revisión de los cronogramas de actividades, la intensificación del seguimiento con las entidades socias, la reordenación de las tareas y el uso de soluciones provisionales (por ejemplo, utilizando el taller de Amman y los servicios móviles mientras se rehabilitaba el taller de Azraq). Los retrasos se documentaron generalmente en informes trimestrales y se debatieron en los comités del proyecto y de dirección, donde se tomaron decisiones para proteger los resultados principales y adaptar los plazos sin modificar los objetivos.

E.4.2.3. Apreciación general

La evaluación concluye que, a pesar de varios retrasos y reprogramaciones específicos, el proyecto cumplió con los plazos previstos. Las actividades principales se completaron dentro del plazo previsto de 12 meses y, en general, siguieron la secuencia prevista, lo que permitió que el proyecto alcanzara su OE y la mayoría de las metas de resultados.

Los retrasos se debieron principalmente a factores externos (lentitud en los procedimientos administrativos, problemas inesperados de infraestructura en el taller del campo de Azraq, dificultades en las adquisiciones y la logística), más que a la demora en el desembolso de fondos o a importantes cuellos de botella internos. Factores internos, como el tiempo necesario para finalizar los materiales de capacitación y las herramientas operativas, también influyeron, pero se gestionaron mediante una reprogramación adaptativa y una mentoría específica.

Dada la magnitud de estas limitaciones contextuales y estructurales, la forma en que el consorcio mantuvo el impulso, ajustó los cronogramas y protegió los resultados principales respalda la evaluación de que la puntualidad de la implementación fue alta, al tiempo que resalta la importancia de una planificación más conservadora para la rehabilitación de infraestructura, las adquisiciones y la coordinación de las entidades socias en cualquier fase futura.

La evaluación concluye que la Eficiencia del proyecto es ALTA

E.5. Sostenibilidad

E.5.1. ¿Las personas e instituciones involucradas han sido claras respecto de sus responsabilidades?

E.5.1.1. Introducción

Esta pregunta explora la claridad con la que se definieron y comprendieron los roles y responsabilidades entre las diferentes entidades involucradas en el proyecto, y cómo esto contribuye a la apropiación institucional y la sostenibilidad. Se examinan los acuerdos formales (comités, MoU, políticas), así como su aplicación en la práctica diaria de los equipos de AHS, el personal de FPS y Rescate, las OBC socias y las partes interesadas a nivel de campo.

El análisis se basa en los documentos del proyecto, junto con el trabajo de campo con el personal y las personas representantes de AHS, FPS, Rescate y OBC.

E.5.1.2. Hallazgos

A) Formalización de roles a nivel de consorcio y comité

A nivel de consorcio, se definieron las responsabilidades: AHS como organismo implementador principal, FPS como principal socia técnica y de coordinación, y Rescate como socia especializada en VdG y protección. Esta división del trabajo se refleja en la documentación del proyecto y las estructuras de los comités: AHS preside el Comité Coordinador del Proyecto, el cual tiene la autoridad para tomar decisiones sobre las actividades, la documentación y las comunicaciones públicas del proyecto, y lidera la prestación de servicios y la gestión de datos; FPS aporta orientación técnica, y se relaciona con el donante y participa en reuniones estratégicas; Rescate lidera el contenido sobre VdG/discapacidad, el desarrollo del manual, la capacitación y la mentoría del personal.

Los TdR del Comité Coordinador del Proyecto establecen claramente su función de asesoramiento y coordinación, su composición y la distinción entre las funciones de apoyo del comité y la responsabilidad ejecutiva de AHS. La directora ejecutiva de AHS preside el comité y la gerente de proyecto actúa como relatora, con reuniones bimensuales para revisar el progreso, dar seguimiento a las acciones y a los asuntos de referencia y colaboración. Este marco ha contribuido a clarificar las responsabilidades institucionales: AHS lidera la implementación y la supervisión del sistema, mientras que FPS, Rescate, UNHCR y las OBC contribuyen según su mandato y experiencia, sin desdibujar los límites de responsabilidad.

B) Claridad en los MoU y políticas detalladas con las OBC socias

A nivel local, una serie de MoU entre AHS y las OBC en el norte de Azraq, Mafray y Ramtha definen las funciones de las entidades socias en términos concretos. En estos acuerdos, AHS es responsable de las evaluaciones, la prestación de servicios de rehabilitación y dispositivos de asistencia, la implementación del sistema de derivación alineado con el DIBC y la gestión de los datos y la documentación de las personas titulares de derechos. Las OBC se encargan de la difusión y la identificación de las personas titulares de derechos, la prestación de apoyo logístico e instalaciones, la coordinación con otras entidades proveedoras de servicios para evitar la duplicación de tareas y, en algunos casos, la designación de representantes para participar en las reuniones de coordinación.

Los MoU enfatizan sistemáticamente que AHS mantiene la autoridad exclusiva para tomar decisiones sobre las actividades, las comunicaciones y la documentación del proyecto, mientras que las entidades socias son reconocidas como facilitadores y promotores. El Anexo A, sobre políticas detalladas, refuerza esto al especificar la propiedad de los datos (AHS), los protocolos de intercambio de datos, los estándares de documentación y las normas de visibilidad, así como la supervisión de las derivaciones por parte de AHS y el requisito de que las disputas o incertidumbres sobre las

derivaciones se escalen a AHS. Este paquete de MoU y políticas proporciona una articulación clara y escrita de "quién hace qué", especialmente en lo que respecta a las derivaciones, los datos, la comunicación y la prestación de servicios.

En el contexto del campo, la coordinación con UNHCR y otras entidades se basa en el sistema unificado de derivación de campos, y AHS integra su herramienta de identificación de necesidades (DIBC) en dicho marco y respeta las normas del campo. Las responsabilidades de mantenimiento de la infraestructura y movilización de personal en el taller de Azraq (por ejemplo, mediante el mecanismo de Voluntariado Basado en Incentivos) se definieron en colaboración con UNHCR, mientras que AHS mantuvo la responsabilidad técnica y de supervisión de los servicios prestados en el taller.

C) Asignación de roles dentro de AHS y equipos de entidades socias

Dentro de AHS, las funciones se diferencian entre la gestión (directora ejecutiva, gerente de proyecto, coordinadora de proyecto), el personal técnico (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, técnicas en prótesis y ortesis, personal psicosocial) y las funciones de MEAL. Los informes trimestrales y las herramientas internas muestran que las responsabilidades de identificación de casos, evaluación, prestación de servicios, seguimiento y documentación se distribuyen entre este equipo multidisciplinario, con coordinadores de derivación designados para coordinar los asuntos relacionados con la VdG y las derivaciones externas.

La capacitación sobre VdG/discapacidad y el manual correspondiente aclaran con más detalle las responsabilidades individuales en cuanto a la identificación segura, el consentimiento informado, la documentación y la derivación de casos sensibles. El personal recibe capacitación sobre lo que puede y no puede hacer (servicios de PSS básicos y derivación segura, pero no sobre la gestión especializada de casos de VdG), así como sobre cómo usar el formulario de derivación y seguir los protocolos del proyecto. El sistema de supervisión de seguimiento, dirigido por la experta en VdG, refuerza estas expectativas en la práctica mediante la observación, la retroalimentación y la mentoría basada en casos.

Las OBC socias también informaron una comprensión relativamente clara de su función como facilitadores: ayudar a identificar y movilizar a las personas titulares de derechos, proporcionar espacios para actividades, organizar actividades de divulgación y contribuir al sistema de mapeo y derivación, a la vez que delegan en AHS las decisiones clínicas y los estándares técnicos. Las actas de los comités y los MoU confirman que se espera que las OBC eviten la duplicación de derivaciones, se coordinen con otras entidades proveedoras y respeten los procedimientos de aprobación de AHS para la documentación y la comunicación pública.

D) Áreas en las que la claridad sigue siendo parcial

A pesar de esta claridad general, la evaluación identificó algunas áreas en las que las responsabilidades, si bien estaban definidas en el papel, aún no estaban plenamente internalizadas ni se aplicaban de manera consistente en la práctica.

En primer lugar, la adopción del sistema de derivación digital ha sido desigual. Si bien la responsabilidad de AHS en el diseño, la supervisión y la gestión de datos del sistema es clara, algunas entidades socias han tardado más en proporcionar datos actualizados o en utilizar sistemáticamente la plantilla estándar. Esto ha limitado el grado en que todas las instituciones asumen plenamente la responsabilidad del uso activo de la herramienta, en lugar de simplemente tenerla disponible.

En segundo lugar, sobre el terreno, los límites entre la "derivación" y la "resolución directa de problemas" a veces pueden difuminarse para el personal y las personas voluntarias, especialmente en contextos de alta necesidad y servicios limitados. Si bien los protocolos enfatizan que AHS no puede brindar asistencia económica ni una gestión integral de casos de VdG, algunas personas integrantes del equipo aún sienten la presión de responder directamente a las solicitudes de apoyo material o de "solucionar" problemas que exceden su mandato. Esto refleja la tensión entre las responsabilidades formales claras y el impulso humanitario de ayudar, más que una falta de información.

En tercer lugar, si bien las estructuras de los comités y los MoU claramente posicionan a AHS como líder y a las entidades socias como facilitadoras, algunas OBC desearían un reconocimiento más explícito de su papel en el mantenimiento de los mecanismos locales de divulgación y rendición de cuentas más allá del período del proyecto. Esto no indica confusión sobre las responsabilidades actuales, sino que señala la necesidad de aclarar cómo evolucionarán las funciones si el proyecto se extiende o se transforma en un modelo de financiación o asociación diferente.

E.5.1.3. Apreciación general

En general, las personas e instituciones involucradas en el proyecto han sido claramente informadas sobre sus responsabilidades, las cuales, en general, se comprenden y respetan adecuadamente en la práctica. La combinación de un Comité Coordinador del Proyecto formal con TdR detallados, MoU específicos de cada institución, políticas anexas sobre datos y derivaciones, y protocolos de protección contra la VdG proporciona un marco sólido para la claridad de roles tanto a nivel institucional como individual.

El liderazgo de AHS como organismo implementador, las funciones de apoyo de FPS y Rescate, las funciones de facilitación y divulgación de las OBC, y las funciones de coordinación de UNHCR y otras entidades se reflejan consistentemente en los documentos y entrevistas del proyecto. Cuando surgen ambigüedades o tensiones, se relacionan principalmente con el grado de adopción de herramientas específicas por parte de las entidades socias (como el sistema de referencia digital), la tendencia del personal de primera línea a ir más allá de su cometido formal en contextos de alta vulnerabilidad y las preguntas abiertas sobre la futura evolución de las funciones en una posible siguiente fase.

Sobre esta base, la claridad de los roles y responsabilidades se evalúa como alta y proporciona una base sólida para la sostenibilidad: los mandatos institucionales están bien definidos, las entidades socias locales se posicionan como facilitadores clave y AHS conserva el liderazgo y la gestión del sistema necesarios para mantener y desarrollar aún más los servicios y mecanismos de coordinación iniciados en el marco de este proyecto.

E.5.2. Si parte del costo de mantener los resultados debe cubrirse institucionalmente una vez finalizado el proyecto, ¿han manifestado las instituciones públicas su compromiso de asumir estos costos? ¿Tienen la capacidad financiera para hacerlo?

E.5.2.1. Introducción

Esta pregunta analiza si las instituciones públicas —principalmente el Ministerio de Salud (MdS), el Ministerio de Desarrollo Social (MdDS) y, en el contexto del campo, UNHCR como principal titular de responsabilidades— han expresado compromisos concretos para asumir parte de los costos necesarios para sostener los resultados del proyecto, y si tienen la capacidad financiera para hacerlo.

El análisis se basa en los documentos del proyecto y los datos del trabajo de campo recopilados con el personal de AHS, FPS y Rescate, las OBC y las partes interesadas en la coordinación, así como en la revisión de la documentación de los foros de coordinación como el Grupo de Trabajo sobre Discapacidad y Edad de Azraq.

E.5.2.2. Hallazgos

A) Compromisos formales y prácticas actuales de las instituciones públicas

El proyecto buscó posicionar la labor de AHS dentro de los marcos nacionales y humanitarios existentes, en lugar de como un sistema paralelo. Se presentaron informes trimestrales al MdS y al MdDS, de conformidad con la normativa nacional, y AHS participó activamente en los mecanismos de coordinación en materia de discapacidad, protección y VdG a nivel de campos y gobernaciones. Esto refleja cierto grado de reconocimiento institucional: las autoridades públicas y UNHCR conocen la función del proyecto, consideran a AHS una entidad especializada y aceptan la obligación de presentar informes como parte de una supervisión más amplia.

Sin embargo, la documentación disponible no indica que ni el MdS ni el MdDS se hayan comprometido formalmente a asumir los costos recurrentes del modelo desarrollado a través del proyecto (por ejemplo, financiación para ayudas de movilidad, sesiones de rehabilitación continuas o talleres de Azraq) una vez finalizada la financiación de las entidades donantes. La sección de sostenibilidad del informe final destaca la colaboración continua con UNHCR y las agencias gubernamentales y la alineación con los marcos nacionales, pero no informa sobre compromisos específicos, partidas presupuestarias ni acuerdos de cofinanciación de instituciones públicas.

En el campo de Azraq, UNHCR ha brindado apoyo limitado y específico —por ejemplo, contribuyendo a algunos aspectos de la rehabilitación del taller (como la instalación de un tanque de agua)— y participa activamente en la

coordinación y la priorización de casos. Sin embargo, este apoyo se presenta como una asistencia parcial, limitada al proyecto, en lugar de un compromiso para cubrir la totalidad de los costos recurrentes de funcionamiento y mantenimiento del taller o financiar dispositivos de asistencia y servicios de rehabilitación a largo plazo.

Las recomendaciones de sostenibilidad del informe final subrayan además que la situación actual no alcanza el objetivo de compartir costos institucionalmente. Una de las recomendaciones clave es planificar para la sostenibilidad mediante el desarrollo de una estrategia de financiación con diversas fuentes, que incluya explícitamente los presupuestos gubernamentales y promueva la integración de servicios de ayuda a la movilidad modificados en los sistemas nacionales de seguro médico. El hecho de que dicha promoción se presente como una prioridad futura indica que aún no se dispone de financiación pública sistemática.

B) Capacidad financiera y contexto de financiación más amplio

El contexto general de financiación en Jordania, y en particular en el campo de Azraq, se caracteriza por restricciones y reducciones presupuestarias. Las actas del Grupo de Trabajo sobre Discapacidad y Edad de Azraq describen los esfuerzos para reducir costes mediante la unificación de comités, la concentración de servicios bajo una única entidad socia por servicio siempre que sea posible y la creación de una base de datos unificada para evitar duplicaciones, en respuesta explícita a los recortes presupuestarios generalizados. Las entidades de coordinación subrayan repetidamente que una sola organización no puede cubrir toda la asistencia al 100%, y los debates se centran en cómo racionalizar los recursos humanitarios existentes en lugar de ampliar la financiación pública.

De igual manera, algunas entidades socias reportan déficits de financiación o la suspensión temporal de actividades debido a la falta de recursos, y la contribución de UNHCR a la infraestructura del campo de Azraq (por ejemplo, el taller) se describe como de alcance limitado. Esto sugiere que las entidades humanitarias y públicos ya están trabajando bajo una fuerte presión financiera, con un margen limitado para absorber nuevos costos recurrentes, como los asociados con la rehabilitación especializada y la tecnología de asistencia.

En este contexto, el proyecto se ha basado principalmente en la financiación de donantes y en los propios recursos institucionales de AHS. AHS ha cubierto artículos con presupuesto insuficiente (en particular, algunos consumibles de rehabilitación) con sus propias existencias para mantener los servicios en funcionamiento, y ha asumido una parte significativa de la carga operativa y de gestión del mantenimiento del taller de Azraq y la prestación de servicios en las comunidades de acogida. Si bien esto demuestra un fuerte compromiso local, también pone de relieve que la sostenibilidad depende actualmente más de la capacidad de AHS y de la futura financiación externa que de los presupuestos públicos.

C) Probabilidad de compartir costos institucionales después de finalizado el proyecto

Dada la ausencia de compromisos públicos explícitos y el limitado entorno fiscal y humanitario, la probabilidad de que las instituciones públicas asuman, a corto plazo, una parte sustancial de los costos recurrentes del proyecto parece limitada. Las autoridades y UNHCR reconocen el valor de la labor de AHS, la integran en las estructuras de coordinación y reciben informes periódicos, pero no hay constancia de asignaciones presupuestarias específicas para asumir la financiación de ayudas para la movilidad, sesiones rutinarias de rehabilitación ni la realización de talleres una vez finalizada la fase actual financiada por donantes.

Al mismo tiempo, el proyecto ha contribuido a sentar las bases para una posible institucionalización a medio y largo plazo. La presentación de informes al MdS y al MdDS, la integración de actividades en grupos de trabajo sectoriales y la recomendación explícita de promover la inclusión de ayudas a la movilidad modificadas en los sistemas nacionales de seguro médico, posicionan a AHS para impulsar una participación pública gradual en los costos en el futuro. Sin embargo, esto sigue siendo un objetivo, más que un compromiso alcanzado dentro del plazo del proyecto en revisión.

E.5.2.3. Apreciación general

En relación con esta pregunta, la evaluación concluye que, hasta la fecha, las instituciones públicas no han asumido compromisos claros y concretos para asumir los costos recurrentes necesarios para mantener los principales resultados del proyecto una vez finalizada la financiación externa, ni existe evidencia sólida de que actualmente tengan la capacidad

financiera para hacerlo a gran escala. Las autoridades y UNHCR reconocen la relevancia de la intervención, integran AHS en los marcos de coordinación y presentación de informes, y brindan un apoyo limitado y específico; sin embargo, aún no se ha materializado la distribución sistémica de costos ni la absorción presupuestaria de los servicios.

Por lo tanto, la sostenibilidad financiera depende principalmente de la resiliencia institucional de AHS y de su capacidad, junto con FPS y otras entidades socias, para conseguir nueva financiación de donantes y promover la integración progresiva de los servicios de rehabilitación y dispositivos de asistencia en los presupuestos nacionales y los sistemas de seguros. A corto plazo, esto representa una vulnerabilidad significativa: si bien las perspectivas de sostenibilidad técnica y organizativa son relativamente sólidas, la sostenibilidad financiera más allá del ciclo del proyecto sigue siendo incierta y depende de la movilización de recursos externos y de cambios en las políticas, más que de compromisos públicos firmes.

La evaluación concluye que la Sostenibilidad del proyecto es MEDIA

F. Conclusiones

F.1. Relevancia

La intervención se considera muy relevante para la situación de las PcD, las personas mayores y sus cuidadoras en el campo de Azraq y las comunidades de acogida de Azraq, Mafray y Ramtha. Se concibió e implementó en un contexto de desplazamiento prolongado, escasez crónica de fondos para servicios de rehabilitación especializados y disponibilidad limitada de dispositivos de asistencia asequibles. En este contexto, los OG y OE del proyecto —mejorar el acceso a la salud y la rehabilitación, y mejorar la calidad de vida de las personas en situación de extrema vulnerabilidad— responden directamente a las principales deficiencias identificadas por las partes interesadas durante la evaluación.

La evidencia de los GFD con PcD y personas mayores, así como de la encuesta y los cuestionarios de seguimiento, muestra que la movilidad, la reducción del dolor y la autonomía funcional se encuentran entre las principales prioridades para las personas titulares de derechos. Las personas participantes describieron sistemáticamente cómo las limitaciones físicas, la falta de dispositivos adecuados y el dolor crónico limitaban su capacidad para moverse, trabajar, participar en la vida familiar y mantener la dignidad. Por lo tanto, los servicios prestados a través del proyecto (dispositivos de asistencia, prótesis y ortesis, fisioterapia y terapia ocupacional) están estrechamente alineados con estas prioridades. Muchas personas entrevistadas informaron mejoras concretas en la movilidad y la independencia, mejor sueño, reducción del dolor y mayor participación en las actividades diarias.

El enfoque del proyecto está en las personas cuidadoras. También coincide con un área de necesidad crítica, y a menudo descuidada. Las personas cuidadoras describieron las elevadas cargas físicas, emocionales y financieras asociadas con los cuidados a largo plazo, en particular para las PcD y familiares mayores con necesidades de apoyo complejas. La formación y el asesoramiento ofrecidos por el personal de AHS, junto con la orientación práctica sobre el uso de dispositivos y ejercicios en casa, se percibieron como muy útiles y directamente relacionados con sus responsabilidades diarias. Al mismo tiempo, las personas cuidadoras expresaron su deseo de sesiones más frecuentes, PSS a largo plazo y mayor alivio económico, lo que ilustra tanto la pertinencia del enfoque elegido como la magnitud de las necesidades insatisfechas que quedan fuera del alcance de un proyecto humanitario de corta duración.

Desde una perspectiva institucional, el énfasis en fortalecer las capacidades técnicas y organizativas de AHS, consolidar el taller de Azraq y mejorar los mecanismos de derivación y coordinación está plenamente justificado. Las entidades nacionales y locales han destacado reiteradamente a AHS como una de las pocas organizaciones capaces de ofrecer rehabilitación especializada y asequible en las zonas de intervención. Por lo tanto, las inversiones en formación del personal, herramientas, protocolos y estructuras de coordinación abordan un verdadero obstáculo sistémico y contribuyen a mejorar la oferta general disponible para las personas titulares de derechos, tanto en los campos como en las comunidades de acogida.

La integración de prácticas de protección y sensibles a la VdG en un proyecto de rehabilitación no especializado en VdG también responde a las deficiencias documentadas en la intersección de la discapacidad, la edad y la violencia. Gracias al

apoyo de Rescate, el personal de AHS adquirió mayor conciencia sobre los riesgos de la VdG y las opciones de derivación, lo cual es especialmente relevante dados los altos niveles de vulnerabilidad y dependencia reportados por las personas participantes. Sin embargo, el mandato y los recursos del proyecto no permitieron una programación integral de prevención y respuesta a la VdG, y persisten algunas necesidades insatisfechas en este ámbito.

A pesar de su gran relevancia general, la evaluación identificó varias áreas con una alineación parcial entre las necesidades y el alcance del proyecto. Las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras priorizaron con frecuencia el acceso continuo y a largo plazo a terapia y dispositivos de asistencia, mientras que el proyecto solo pudo brindar apoyo temporal a un número limitado de participantes. Las dificultades económicas, la solicitud de oportunidades de subsistencia y el apoyo material (por ejemplo, el pago de pañales, leche y transporte) surgieron como preocupaciones transversales, pero quedaron en gran medida fuera de los objetivos del proyecto. De igual manera, si bien se valoró el PSS, la intensidad y la duración de las actividades de PSS fueron insuficientes para satisfacer todas las necesidades expresadas.

En resumen, el diseño y la implementación del proyecto están estrechamente alineados con las prioridades clave expresadas por las PcD, las personas mayores, las personas cuidadoras y las entidades locales. Las discrepancias observadas se relacionan principalmente con la profundidad y amplitud del apoyo que se puede ofrecer en una intervención humanitaria de un año y con las necesidades (en particular, económicas y de apoyo psicológico a largo plazo) que requerirían una programación complementaria o multisectorial.

F.2. Eficacia

La intervención se considera altamente eficaz en el logro de su OEy la mayoría de los resultados planificados en un plazo humanitario de un año. Los objetivos de resultados para la provisión y adaptación de ayudas para la movilidad, prótesis y órtesis, y sesiones de rehabilitación se cumplieron o superaron en gran medida, y los servicios llegaron a un número considerable de titulares de derechos en el campo de Azraq, la ciudad de Azraq, Ramtha y Mafrq. Los datos de monitoreo, los informes de seguimiento y las entrevistas con las partes interesadas indican consistentemente mejoras percibidas en la movilidad, la autonomía funcional, la reducción del dolor y la participación diaria de muchas personas participantes.

El paquete integral de rehabilitación, que combina evaluación técnica, dispositivos de asistencia personalizados, fisioterapia, terapia ocupacional y orientación para cuidadoras, se tradujo en resultados concretos a corto plazo. Las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras describieron una mejor postura, traslados más seguros, menor esfuerzo físico, mayor independencia en las actividades de la vida diaria y, en algunos casos, una renovada participación en la educación, el trabajo o la vida social. El taller de rehabilitación en el campo de Azraq y los equipos técnicos en los diferentes lugares fueron ampliamente reconocidos por las partes interesadas como técnicamente competentes, receptivos y capaces de adaptar el apoyo a las necesidades individuales.

La eficacia se vio reforzada aún más gracias al enfoque orientado a la DIBC y a los esfuerzos de coordinación. Las alianzas con OBC y otras entidades, formalizadas mediante MoU, mejoraron la identificación de casos y el seguimiento en las comunidades. La documentación de casos, las visitas domiciliarias y el seguimiento telefónico permitieron al personal de AHS ajustar los dispositivos, reforzar los ejercicios y abordar los problemas emergentes. La contribución de Rescate a la integración de la perspectiva de género, la VdG y la protección fortaleció la calidad ética de la prestación de servicios y la capacidad del personal para responder de forma más segura a posibles problemas de protección, incluso si el número de derivaciones relacionadas con la VdG se mantuvo bajo.

Al mismo tiempo, varios factores limitaron la profundidad y la continuidad de los resultados. La corta duración del proyecto y la escasez de recursos hicieron que los ciclos de terapia y las actividades de PSS fueran, en ocasiones, más cortos de lo clínicamente ideal, y la continuidad una vez finalizada el proyecto fue difícil de garantizar, especialmente en el caso de afecciones complejas o crónicas. Las dificultades económicas y los costos de transporte limitaron la asistencia de algunas personas titulares de derechos, a pesar de la gratuidad de los servicios. Las barreras de accesibilidad física, las responsabilidades domésticas concurrentes y la alta carga de trabajo de las personas cuidadoras también influyeron en la participación. Además, la falta de una línea de base formal y el uso limitado de medidas de resultados estandarizadas redujeron la capacidad de cuantificar el cambio a lo largo del tiempo, aunque la evidencia cualitativa de mejora es sólida.

En general, dentro de estas limitaciones, el proyecto puede considerarse muy eficaz para lograr mejoras significativas a corto plazo en la movilidad, la autonomía, el dolor y la participación de un número significativo de titulares de derechos, al tiempo que fortalece la capacidad técnica de AHS y los sistemas de derivación locales.

F.3. Impacto

El proyecto ha generado un fuerte impacto positivo, tanto a nivel institucional como de titulares de derechos, en el marco de una intervención humanitaria de un año. A nivel institucional, la intervención fortaleció significativamente a AHS como entidad nacional especializado en rehabilitación y protección inclusivas para PcD. La rehabilitación y puesta en marcha del taller del campo de Azraq, el desarrollo de un sistema de derivación y gestión de casos orientado a la discapacidad, la creación e implementación de un manual sobre VdG y discapacidad, con la correspondiente capacitación y mentoría, y la mejora de las herramientas y prácticas de MEAL, han fortalecido las capacidades técnicas, de protección y de monitoreo de AHS. Estos avances están en gran medida integrados en las estructuras y sistemas centrales de AHS y, por lo tanto, es probable que se mantengan, siempre que se disponga de suficientes recursos y alianzas para mantenerlos y expandirlos.

A nivel de titulares de derechos y personas cuidadoras, el proyecto ha contribuido a cambios significativos en las actitudes, expectativas y vida cotidiana. Muchas PcD y personas mayores pasaron de percibir su situación como estática e inmutable a reconocer que la movilidad, el dolor y la dependencia pueden mitigarse mediante dispositivos, rehabilitación y apoyo adecuados. Se reportaron mejoras tangibles en la autonomía funcional, el manejo del dolor, la postura, el sueño y la participación en las actividades diarias, y algunas personas cuidadoras integraron ejercicios y adaptaciones ambientales en sus rutinas, sentando las bases para beneficios a largo plazo. A nivel psicosocial, la intervención mejoró la autoestima, la dignidad y la sensación de valor entre muchas personas titulares de derechos, y brindó a las personas cuidadoras un mayor sentido de competencia y reconocimiento.

Desde una perspectiva de género, el proyecto tuvo un impacto especialmente notable en las MNcD y las mujeres mayores, quienes ganaron movilidad, autonomía y visibilidad, así como en las cuidadoras, cuya carga física y emocional se alivió parcialmente gracias a la capacitación y el PSS. El personal de AHS ahora cuenta con mayor capacidad para brindar servicios con perspectiva de género y VdG, lo que hace que los espacios de rehabilitación sean más seguros y receptivos, especialmente para las MNcD. También se observaron algunos cambios en los roles masculinos como cuidadores, aunque de forma más moderada.

Al mismo tiempo, el impacto observado es parcial y frágil. La pesada carga del trabajo de cuidados no remunerado que recae sobre las mujeres, las persistentes dificultades económicas, las barreras de transporte, la inaccesibilidad física y las normas de género restrictivas siguen limitando el alcance y la durabilidad del cambio. La corta duración del proyecto y el número limitado de sesiones de terapia y PSS implican que muchas personas participantes no pudieron recibir la intensidad del apoyo clínicamente ideal, y la continuidad a largo plazo no está garantizada. Los hombres titulares de derechos y cuidadores siguen estando subrepresentados en los componentes psicosociales y centrados en el cuidado, y no hay evidencia de cambios significativos en las normas comunitarias en torno al género y la VdG durante el período de implementación.

En general, el impacto del proyecto es sustancial en términos de fortalecimiento institucional, avances funcionales y psicosociales tempranos para titulares de derechos y cuidadoras, y una mejor atención a las prácticas con perspectiva de género y VdG. Estos efectos proporcionan una sólida base para un cambio a largo plazo, pero su consolidación y expansión dependerán de una inversión sostenida en las capacidades de los servicios de salud ambiental y las OBC, rehabilitación plurianual y PSS, vínculos más sólidos con los programas de VdG e igualdad de género, y una comunicación más clara sobre lo que se puede lograr y mantener de forma realista a lo largo del tiempo.

F.4. Eficiencia

El proyecto demuestra un alto nivel general de eficiencia en el uso de recursos para entregar los resultados planificados dentro del plazo previsto, adaptándose pragmáticamente a las limitaciones del contexto. Los fondos se pusieron a disposición en general dentro de los plazos previstos, y no hay evidencia de retrasos sistemáticos en el desembolso que hubieran obstaculizado la implementación. AHS y FPS mantuvieron informes financieros y narrativos periódicos,

supervisaron los gastos en relación con el presupuesto y cumplieron con los requisitos de las entidades donantes. Los principales componentes de la intervención —incluido el mapeo y la participación de las entidades socias, los servicios de rehabilitación y PSS, el fortalecimiento del taller del campo de Azraq, el desarrollo del sistema de derivación, la capacitación sobre VdG y discapacidad, y las actividades de comunicación— se implementaron en el período de 12 meses, con solo una moderada reestructuración de algunas actividades de desarrollo de capacidades y fortalecimiento de sistemas.

Cuando se vio afectada la eficiencia, esto se debió menos a los flujos financieros que a la subestimación de ciertas categorías de costos, problemas imprevistos de infraestructura y el tiempo necesario para gestionar los procesos administrativos y de adquisición. El presupuesto de mantenimiento inicialmente asignado al taller del campo de Azraq resultó insuficiente debido al mal estado de las caravanas en el momento de la entrega, y fue necesario movilizar apoyo adicional mientras se escalonaban y priorizaban las reparaciones. De igual manera, la ausencia de una partida presupuestaria específica para algunos consumibles de rehabilitación obligó a AHS a cubrirlos con sus propias existencias. Estos factores presionaron a la organización socia implementadora e implicaron una cofinanciación implícita, incluso cuando los servicios continuaron sin interrupción.

En cuanto al cumplimiento del diseño aprobado, el proyecto se mantuvo en estrecha conformidad con su marco lógico y plan de actividades. La estructura central de la intervención no se modificó, y las desviaciones se debieron principalmente a ajustes adaptativos para gestionar riesgos y limitaciones: la reducción del alcance efectivo del sistema de derivación digital a las entidades socias más comprometidos, la limitación del seguimiento de la VdG a los centros asociados en lugar de las visitas domiciliarias por motivos de seguridad, y la reprogramación de algunos productos de comunicación y actividades de capacitación. Estas adaptaciones no alteraron los objetivos ni los resultados esperados; en cambio, se utilizaron para proteger la eficacia y los estándares de protección dentro del presupuesto existente.

Con un presupuesto total de 393.390 Euros, el proyecto prestó servicios a 583 titulares de derechos, proporcionó 719 ayudas de movilidad modificadas y 130 prótesis, e impartió 664 sesiones de rehabilitación y psicosociales, además de importantes inversiones en la formación del personal, el taller del campo de Azraq y los sistemas de derivación y MEAL. En este sentido, la escala y la combinación de resultados se consideran adecuadas para la dotación financiera disponible, si bien esto requirió que AHS absorbiera algunos costes operativos subpresupuestados con sus propios recursos.

En conjunto, la evidencia sugiere que el proyecto logró un buen equilibrio entre la entrega puntual, la fidelidad al diseño y la adaptación ágil. La eficiencia fue alta dado el contexto, pero se basó en parte en la disposición y capacidad de AHS para absorber costos subpresupuestados, reasignar recursos internamente e invertir un esfuerzo de gestión significativo en la resolución de problemas. Las fases futuras podrían mejorar aún más la eficiencia integrando estimaciones de costos más conservadoras para la infraestructura y los consumibles operativos, incorporando contingencias explícitas en el presupuesto y la planificación, y aclarando desde el principio el alcance de la cofinanciación prevista por las entidades socias.

F.5. Sostenibilidad

El proyecto ha sentado bases sólidas para la sostenibilidad técnica y organizativa, especialmente dentro de AHS y su red de socias comunitarias, pero enfrenta vulnerabilidades significativas en términos de sostenibilidad financiera a largo plazo y costos compartidos institucionales. Las funciones y responsabilidades entre AHS, FPS, Rescate, OBC y UNHCR están claramente definidas a través de los TdR, los MoU y las políticas detalladas del Comité Coordinador del Proyecto, y estos acuerdos son generalmente bien comprendidos y respetados en la práctica. AHS se ha convertido en la líder reconocida para la rehabilitación especializada y los dispositivos de asistencia, con las OBC actuando como facilitadoras clave para la divulgación, la identificación de titulares de derechos y las actividades de acogida, y Rescate proporcionando desarrollo estructurado de capacidades en VdG/protección y mentoría. Esta claridad de mandatos y la integración de nuevas herramientas (sistema de referencia, manual de VdG, instrumentos MEAL) en el trabajo rutinario de AHS proporcionan una base sólida para sostener los enfoques y las prácticas más allá de la vida del proyecto.

Al mismo tiempo, no hay evidencia de que las instituciones públicas se hayan comprometido aún a absorber una parte sustancial de los costos recurrentes asociados con el modelo, como la financiación de ayudas para la movilidad, sesiones rutinarias de rehabilitación, servicios de PSS u operación y mantenimiento del taller de Azraq. Si bien AHS informa

regularmente al MdS y al MdDS y participa activamente en los mecanismos de coordinación, este reconocimiento no se ha traducido en asignaciones presupuestarias ni en acuerdos formales de reparto de costos. En el contexto de los campos, UNHCR ha contribuido selectivamente a las mejoras y la coordinación de la infraestructura, pero no se compromete a cubrir la totalidad de los costos operativos. El entorno de financiación más amplio se caracteriza por restricciones y reducciones presupuestarias, y las entidades humanitarias ya se ven presionados para racionalizar los servicios en lugar de ampliarlos.

En la práctica, la sostenibilidad de los resultados depende actualmente de la resiliencia institucional de AHS y de su capacidad, junto con FPS y otras entidades socias, para movilizar nuevos recursos de donantes y promover la integración progresiva de los servicios de rehabilitación y dispositivos de asistencia en los sistemas nacionales. AHS ya ha absorbido costos subpresupuestados (por ejemplo, consumibles de rehabilitación) y ha asumido una parte significativa de la responsabilidad administrativa y operativa, lo que demuestra una sólida implicación, pero también pone de relieve el riesgo de una dependencia excesiva de una única entidad nacional. En general, las perspectivas de mantener los avances técnicos y organizativos se consideran buenas, mientras que la sostenibilidad financiera sigue siendo incierta y depende de la financiación futura y de la evolución de las políticas, más que de compromisos públicos firmes en esta fase.

G. Lecciones aprendidas

G.1. Relevancia

- Los paquetes de rehabilitación integral son muy valorados. La combinación de dispositivos, terapia y seguimiento produce cambios que las personas titulares de derechos perciben como significativos en su vida diaria (movilidad, reducción del dolor, autocuidado, participación).
- El apoyo a las personas cuidadoras no es opcional, sino fundamental para su relevancia. La formación, el asesoramiento y la orientación práctica para las personas cuidadoras influyen directamente en el uso eficaz de los dispositivos y ejercicios en casa y se consideran un beneficio clave del proyecto.
- El fortalecimiento de la capacidad institucional aumenta la relevancia sistémica. Invertir en los talleres, los equipos técnicos y los sistemas de derivación de AHS beneficia no solo a las personas participantes del proyecto, sino también a la población general atendida por AHS más allá del período del proyecto.
- Las prácticas de protección y atención a la VdG pueden integrarse en los servicios de rehabilitación. Esto funciona cuando el personal recibe capacitación personalizada, herramientas prácticas y mentoría continua, y cuando existen vías de derivación claras a entidades especializadas en VdG y protección.
- Los plazos humanitarios cortos están en conflicto con las necesidades crónicas. Los proyectos de un año son muy pertinentes, pero no pueden abordar plenamente las necesidades de rehabilitación y PSS a largo plazo; es necesario gestionar las expectativas y priorizar las estrategias de continuidad.
- La vulnerabilidad económica determina cómo las personas priorizan sus necesidades. Las solicitudes de pañales, leche, transporte y oportunidades de subsistencia muestran que, si bien la rehabilitación es gratuita, los costos asociados y la pobreza de los hogares influyen considerablemente en el acceso y la utilidad percibida.

G.2. Eficacia

- Los paquetes integrados y personalizados generan resultados. La combinación de evaluación, dispositivos personalizados, terapia y seguimiento genera mejoras mensurables en la movilidad, la autonomía y el dolor en muchas personas participantes; las distribuciones o sesiones independientes probablemente habrían tenido un efecto mucho menor.
- La continuidad y el seguimiento son fundamentales para consolidar los logros. Las visitas domiciliarias, el seguimiento telefónico y las visitas de mentoría a las OBC fueron clave para ajustar los dispositivos, reforzar los ejercicios y mantener la motivación, pero requieren muchos recursos y son difíciles de mantener en proyectos cortos.

- La participación de las personas cuidadoras influye considerablemente en los resultados. Cuando reciben orientación clara, capacitación y apoyo emocional, los dispositivos y ejercicios se utilizan de forma más adecuada en casa y es más probable que se mantengan las mejoras funcionales.
- La coordinación orientada al desarrollo comunitario aumenta la eficacia. Los MoU y la colaboración con OBC, comités locales y otras entidades proveedoras de servicios mejoraron la identificación, el seguimiento y la derivación de casos, especialmente en entornos comunitarios de acogida.
- Las barreras económicas y de acceso limitan el pleno potencial de la rehabilitación. Incluso cuando los servicios son gratuitos, los costos de transporte, la pérdida de ingresos diarios, las responsabilidades del cuidado doméstico y los entornos inaccesibles reducen la asistencia a las sesiones y diluyen el impacto.
- Los plazos humanitarios cortos limitan los resultados para las enfermedades crónicas. Los proyectos de un año permiten avances significativos a corto plazo, pero no pueden abordar plenamente las necesidades psicosociales y de rehabilitación a largo plazo; las expectativas y los protocolos clínicos deben adaptarse en consecuencia.
- Los datos de resultados deben integrarse desde el principio. La ausencia de una línea de base estructurada y de herramientas de resultados sencillas dificultó la demostración del cambio a lo largo del tiempo, a pesar de que la evidencia cualitativa era sólida.
- Las prácticas sensibles a la VdG pueden integrarse de forma generalizada, pero las derivaciones requieren colaboradores especializados. El personal puede integrar una comunicación más segura, habilidades psicosociales básicas y la respuesta inicial a las revelaciones en la rehabilitación, pero la gestión integral de casos de VdG queda fuera del mandato y la capacidad de una organización de rehabilitación por sí sola.

G.3. Impacto

- La inversión institucional multiplica el impacto. El fortalecimiento de los talleres, el sistema de derivación, la capacidad de respuesta ante la VdG y las prácticas de MEAL de AHS tiene efectos que trascienden a las personas titulares de derechos individuales y la duración del proyecto, mejorando la capacidad de la organización para brindar rehabilitación y protección de calidad en futuras intervenciones.
- El cambio de actitud se basa en mejoras tangibles. La actitud de las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras cambió al experimentar mejoras concretas en movilidad, reducción del dolor y autonomía; las actividades puramente informativas o de concienciación habrían tenido un impacto mucho menor sin cambios visibles en la vida cotidiana.
- Los avances funcionales y psicosociales son significativos, pero frágiles. Las mejoras en el posicionamiento, la movilidad, el autocuidado y la autoestima pueden tener efectos a largo plazo, pero son vulnerables a las crisis económicas, la interrupción de los servicios, el deterioro de los dispositivos y las barreras ambientales persistentes.
- El empoderamiento de las personas cuidadoras sustenta un impacto sostenido. Cuando las personas cuidadoras se sienten competentes, apoyadas y reconocidas, es más probable que continúen con los ejercicios, mantengan los dispositivos y aboguen por sus familiares, lo que aumenta la probabilidad de que los beneficios persistan más allá del proyecto.
- Las estructuras comunitarias amplían el alcance del impacto. Las OBC y los comités locales desempeñan un papel fundamental en la identificación de casos, el seguimiento y la retroalimentación comunitaria, y pueden contribuir al mantenimiento de las relaciones y las prácticas tras el cierre del proyecto, especialmente en las comunidades anfitrionas.
- Las prácticas con perspectiva de género mejoran la seguridad y la calidad, incluso en proyectos que no abordan la VdG. La capacitación, los manuales y la mentoría sobre género, discapacidad y VdG mejoraron la comunicación, la confidencialidad y la capacidad de respuesta del personal, lo que convirtió a los servicios de

rehabilitación en puntos de acceso más seguros para las MNcD, incluso cuando no es posible implementar una programación integral sobre VdG.

- Las profundas desigualdades de género y la dinámica de la VdG requieren una participación multisectorial a largo plazo. Si bien el proyecto alivió algunas cargas para las mujeres y mejoró las prácticas del personal, no modificó fundamentalmente las pesadas responsabilidades de cuidado que recaen sobre ellas, la menor participación de los hombres en los servicios de PSS y el apoyo a las personas cuidadoras, ni las normas comunitarias en torno al género y la violencia.
- Las expectativas deben gestionarse con cuidado en proyectos humanitarios de corta duración. A medida que las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras ven lo que la rehabilitación y el PSS pueden lograr, las expectativas de continuidad, intensidad y apoyo adicional (incluida la asistencia económica) aumentan naturalmente. Sin una comunicación clara y una planificación realista, esto puede socavar el impacto percibido al finalizar los servicios.

G.4. Eficiencia

- La subestimación de los costos de infraestructura y operación socava la eficiencia. El mal estado inicial del taller del campo de Azraq y la falta de una partida presupuestaria específica para algunos consumibles demostraron que incluso una intervención bien planificada puede verse afectada por la eficiencia si se subestiman las categorías de costos clave.
- Los fondos oportunos no son suficientes por sí solos. Si bien los fondos estuvieron disponibles en general a tiempo, los procedimientos administrativos, los retrasos en las adquisiciones y las limitaciones de infraestructura siguieron afectando los plazos, lo que demuestra que la eficiencia depende tanto de los sistemas y el contexto como de los calendarios de desembolso.
- La gestión adaptativa puede proteger los resultados, pero tiene un costo de gestión. La reprogramación de actividades, la revisión de los planes de adquisiciones, la reducción del alcance del sistema de derivación y el ajuste de las modalidades de seguimiento de la VdG permitieron que el proyecto se mantuviera en marcha, pero exigieron mucho tiempo y flexibilidad por parte del personal de AHS, FPS y Rescate.
- El uso de las estructuras existentes es eficiente si se comprenden plenamente su estado y requisitos. Aprovechar el taller existente en el campo de Azraq y las redes de OBC ayudó a reducir la duplicación y a capitalizar las inversiones previas, pero solo una vez que se reconocieron y abordaron plenamente el estado real de las caravanas y las necesidades de las entidades socias.
- Es necesario reconocer y gestionar la cofinanciación implícita. Cubrir partidas con presupuesto insuficiente, como los consumibles de rehabilitación, con los recursos propios de AHS permitió la continuidad de los servicios, pero también transfirió parte del riesgo y la carga financiera a la organización implementadora.
- Las herramientas digitales requieren expectativas realistas y la aceptación de las entidades socias. La experiencia con el sistema de referencias demuestra que invertir en plantillas en línea y la recopilación de datos estructurados puede contribuir a la eficiencia, pero solo si las entidades socias tienen la capacidad y la motivación para usarlas; de lo contrario, persistirán los canales informales paralelos.
- La dispersión geográfica y las limitaciones de acceso afectan el costo de llegar a las personas. Atender a las personas titulares de derechos en el campo de Azraq, la ciudad de Azraq, Ramtha y Mafrq incrementó el tiempo de viaje y la complejidad logística, y requirió una planificación cuidadosa de las visitas y el seguimiento para optimizar el tiempo del personal y los recursos de transporte.

G.5. Sostenibilidad

- Los roles claros y los acuerdos formales respaldan la sostenibilidad institucional. Las responsabilidades bien definidas en los TdR, MoU y políticas ayudan a consolidar las prácticas y los sistemas en los mandatos institucionales, facilitando su mantenimiento más allá de un solo proyecto.
- La sostenibilidad depende tanto de los sistemas como de los proyectos individuales. El mecanismo de derivación del DIBC, el manual sobre VdG, las herramientas MEAL y los procedimientos de los talleres son recursos que pueden reutilizarse y adaptarse, independientemente de los ciclos de financiación específicos, siempre que las instituciones mantengan su compromiso con ellos.
- La propiedad local puede cubrir las necesidades, pero tiene límites. La disposición de AHS a absorber costos subpresupuestados y asumir amplias responsabilidades operativas ha sido crucial para mantener los servicios; sin embargo, también expone a la organización a presiones financieras y de carga de trabajo.
- El reconocimiento público no implica automáticamente la compartición de costos. Ser visible en los espacios de coordinación, presentar informes y obtener el reconocimiento de los ministerios y de UNHCR son importantes, pero no garantizan por sí solos que las instituciones públicas financien los servicios.
- La sostenibilidad financiera es la dimensión más débil. Si bien los aspectos técnicos y organizativos muestran buenas perspectivas de continuidad, la financiación a largo plazo para la rehabilitación especializada y los dispositivos de asistencia sigue dependiendo en gran medida de donantes externos y de los recursos propios de AHS.
- Las OBC son pilares importantes para la continuidad a nivel comunitario. Las organizaciones socias locales pueden continuar la difusión, el seguimiento básico y la retroalimentación tras la finalización de un proyecto, pero requieren un apoyo mínimo, información y expectativas claras para su papel en las fases futuras.
- La promoción de cambios en las políticas y la financiación debe planificarse desde el principio. Integrar recomendaciones sobre cobertura de seguros, financiación pública e institucionalización de servicios solo al final de un proyecto limita el tiempo disponible para influir en los procesos de políticas y presupuestos.

H. Recomendaciones^{6,7}

H.1. Relevancia

Recomendaciones estratégicas

- Consolidar y ampliar el modelo de rehabilitación orientado al desarrollo comunitario. Utilizar la evidencia de este proyecto para promover ante GVA y otras entidades donantes un apoyo plurianual que combine la rehabilitación directa, el apoyo a las personas cuidadoras y el fortalecimiento institucional de los AHS y las OBC.
- Posicionar la rehabilitación y los dispositivos de asistencia como servicios esenciales de salud y protección. En diálogo con las autoridades nacionales y las plataformas de coordinación, promover el reconocimiento de la rehabilitación como un componente fundamental de las respuestas inclusivas de salud y protección para las personas refugiadas y las comunidades de acogida.
- Profundizar las alianzas estratégicas para la VdG y el PSS. Con base en la contribución de Rescate, formalizar o fortalecer los acuerdos con entidades especializadas en VdG y SMPSS para que las personas titulares de derechos identificadas a través de los servicios de AHS tengan acceso seguro y predecible a un apoyo integral.

⁶ Cuando fue relevante y/o conveniente, el EE proporcionó algunas recomendaciones o sugerencias específicas a lo largo del documento.

⁷ Para más información, consultar Anexo 5 – Resumen de la tabla de recomendaciones.

- Vincular la rehabilitación con los medios de vida y la protección social cuando sea posible. Explorar alianzas y vías de derivación con organismos que brindan apoyo económico, protección social o medios de vida para abordar las barreras económicas que limitan el impacto y la relevancia percibida de los avances en rehabilitación.
- Invertir en un seguimiento orientado a resultados desde el principio. Para las fases futuras, incluir indicadores de resultados sencillos, definidos por las personas titulares de derechos (movilidad, independencia, participación, carga para las personas cuidadoras), y herramientas que permitan monitorear los cambios a lo largo del tiempo, incluso sin una línea de base formal.

Recomendaciones operativas

- Priorizar la continuidad del apoyo a los casos más vulnerables. Dentro de los límites de recursos, considerar criterios transparentes para extender los ciclos de terapia o el seguimiento de quienes presentan afecciones complejas, dolor intenso o autonomía muy limitada, y documentar la justificación.
- Fortalecer y sistematizar las actividades centradas en el cuidador. Ampliar las sesiones estructuradas para cuidadoras (incluyendo apoyo grupal cuando corresponda), asegurar que se programen en horarios convenientes e integrar ejercicios prácticos que puedan replicarse fácilmente en casa.
- Implementar en mayor medida las prácticas sensibles a la VdG en el trabajo diario. Continuar con las capacitaciones de actualización y la mentoría basada en casos para el personal de AHS sobre divulgación segura, habilidades psicosociales básicas y protocolos de derivación, garantizando que las consideraciones de protección se apliquen sistemáticamente en las evaluaciones y el seguimiento.
- Mejorar la comunicación sobre el alcance y los límites del proyecto. Durante la inscripción y el seguimiento, explicar claramente la duración de los servicios, qué se puede y qué no se puede proporcionar (por ejemplo, apoyo económico) y las opciones de derivación externa disponibles para reducir la frustración generada por expectativas incumplidas.
- Facilitar el acceso físico y financiero a los servicios. Siempre que sea posible, coordinar el apoyo al transporte con otras entidades, agrupar las citas para reducir los costos de viaje y explorar opciones de extensión o equipos móviles para las personas con mayores restricciones de movilidad.
- Simplificar y adaptar los mecanismos de retroalimentación. Mantener cuestionarios breves, administrados oralmente o con asistencia, para personas con baja alfabetización e integrar algunas preguntas clave sobre satisfacción y resultados en las sesiones rutinarias para aumentar las tasas de respuesta.
- Documentar y compartir casos ilustrativos. Con el consentimiento informado, recopilar ejemplos de casos anonimizados que muestren cómo una mayor movilidad, autonomía y capacidad de las personas cuidadoras se traduce en una mejor calidad de vida, para apoyar futuras iniciativas de incidencia política y recaudación de fondos.

G.2. Eficacia

Recomendaciones estratégicas

- Proteger y ampliar la continuidad del apoyo a la rehabilitación. Para fases futuras o proyectos similares, negociar financiación plurianual siempre que sea posible, de modo que los ciclos de terapia, el mantenimiento de los dispositivos y el PSS puedan continuar más allá de un año y el seguimiento no se interrumpa bruscamente.
- Consolidar el modelo de rehabilitación integral como enfoque principal. Utilizar la evidencia de este proyecto para promover la combinación de dispositivos personalizados, terapia multidisciplinaria y apoyo a las personas cuidadoras como un estándar de buenas prácticas en la salud y protección humanitarias que inclusivas para la discapacidad.
- Fortalecer las alianzas formales para las derivaciones en casos de VdG y SMPSS. Aprovechar la contribución de Rescate estableciendo o reforzando acuerdos escritos y protocolos de derivación con entidades

especializadas en VdG y SMPSS para que los casos identificados en los servicios de rehabilitación tengan acceso oportuno a apoyo integral.

- Incorporar herramientas sencillas de monitoreo orientadas a resultados. Desarrollar, junto con el personal de AHS y las personas titulares de derechos, un conjunto reducido de indicadores funcionales, de dolor y de participación, así como herramientas fáciles de usar (por ejemplo, escalas breves o preguntas de calificación) que puedan aplicarse al ingreso y al alta para demostrar el cambio.
- Promover medidas que reduzcan las barreras de acceso. Junto con las autoridades locales y las plataformas de coordinación humanitaria, promover apoyo complementario (subsidios de transporte, infraestructura accesible, horarios flexibles) que permita a las personas titulares de derechos asistir a las sesiones con regularidad.

Recomendaciones operativas

- Aplicar criterios transparentes para la priorización y el seguimiento prolongado. Dentro de los límites de recursos, definir y comunicar criterios para identificar casos de alta prioridad (por ejemplo, limitaciones funcionales graves, dolor intenso, afecciones complejas, cuidadores muy vulnerables) que podrían beneficiarse de ciclos de terapia más largos o de un seguimiento adicional.
- Planificar ciclos de rehabilitación con expectativas claras. Al momento de la inscripción, acordar con las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras el establecimiento de objetivos realistas, el número de sesiones y las responsabilidades esperadas en casa, y revisarlos periódicamente para mantener la motivación y gestionar las expectativas.
- Sistematizar las modalidades de seguimiento. Aclarar el paquete mínimo de seguimiento (llamadas telefónicas, visitas domiciliarias, revisiones en el taller) para las diferentes categorías de casos y registrar sistemáticamente los contactos de seguimiento para facilitar la toma de decisiones clínicas y el aprendizaje.
- Mejorar la coordinación con las OBC y las entidades locales. Continuar la mentoría y el apoyo técnico a las OBC que participan en la identificación y el seguimiento, incluyendo la planificación conjunta de jornadas comunitarias y ciclos de retroalimentación para que las observaciones comunitarias orienten las decisiones clínicas.
- Mitigar las barreras económicas y de acceso a nivel de proyecto siempre que sea posible. Agrupar las citas para familias que viajan desde lejos, coordinar el apoyo de transporte con otras agencias cuando sea posible y explorar la posibilidad de realizar visitas móviles o de alcance limitado para las personas con mayores restricciones de movilidad.
- Integrar algunas preguntas clave sobre resultados y satisfacción en la práctica habitual. Utilizar preguntas breves y orales en momentos clave del proceso de rehabilitación para captar cambios en la movilidad, la autonomía, el dolor y la carga del cuidador, y para informar sobre los ajustes en tiempo real.

G.3. Impacto

Recomendaciones estratégicas

- Consolidar y financiar el fortalecimiento institucional como una estrategia de impacto deliberada. Para las fases futuras, priorizar las inversiones en el sistema de talleres, derivaciones y gestión de casos de AHS, la capacidad de protección contra la VdG y las herramientas MEAL como vías de impacto fundamentales, y buscar financiación plurianual para mantener y profundizar estos logros institucionales.
- Aprovechar las mejoras funcionales tempranas para fomentar la autonomía a largo plazo. Utilizar los dispositivos, las habilidades y las relaciones establecidas en este proyecto como plataforma para intervenciones posteriores que refuercen los ejercicios, ajusten los dispositivos con el tiempo y aborden las barreras del entorno, especialmente para las personas titulares de derechos con enfermedades crónicas o complejas.

- Integrar las consideraciones de género y VdG de forma más explícita en la planificación a largo plazo. Garantizar que los diseños de proyectos futuros incorporen sistemáticamente el análisis de género, la mitigación del riesgo de VdG y las alianzas con entidades especializadas en VdG e igualdad de género, para que los servicios de rehabilitación funcionen como puntos de acceso más seguros y eficaces a un apoyo integral.
- Fortalecer los vínculos con los medios de vida y la protección social para estabilizar el impacto. Desarrollar o reforzar las vías de derivación con organismos que brindan asistencia económica, protección social y oportunidades de subsistencia, reconociendo que la inseguridad económica afecta directamente la sostenibilidad de la rehabilitación y los avances psicosociales.
- Apoyar a las OBC como pilares comunitarios permanentes. Seguir invirtiendo en las capacidades de las OBC que participan en el proyecto para que puedan mantener la identificación de casos, el seguimiento comunitario, la consejería básica y los canales de retroalimentación una vez finalizadas las fases del proyecto, especialmente en Azraq Town, Mafraq y Ramtha.
- Promover evidencia orientada a resultados para la incidencia política. Utilizar las herramientas MEAL centradas en resultados que se han puesto a prueba en este proyecto (por ejemplo, encuestas de seguimiento, indicadores funcionales y psicosociales sencillos, casos prácticos) para documentar el impacto y promover ante donantes y autoridades una programación plurianual de rehabilitación y protección que incluya a las PcD.

Recomendaciones operativas

- Planificar la continuidad y la transferencia del apoyo desde el principio. Al iniciar nuevos ciclos de proyecto, definir con antelación cómo se gestionará el seguimiento, el mantenimiento de los dispositivos y las derivaciones tras la finalización de la financiación, comunicándolo claramente a las personas titulares de derechos y cuidadoras para gestionar las expectativas mientras explora opciones realistas de continuidad.
- Mantener y reforzar las funciones de taller y mantenimiento. Asegurarse de que el taller del campo de Azraq cuente con los recursos mínimos, la supervisión y el apoyo técnico necesarios para continuar brindando mantenimiento y ajustes, y considerar la posibilidad de ampliar capacidades de mantenimiento similares en las comunidades anfitrionas cuando sea posible.
- Apoyar sistemáticamente la resiliencia y la responsabilidad compartida de las personas cuidadoras. Ampliar las sesiones estructuradas para cuidadoras, incluyendo espacios grupales cuando sea aceptable, para abordar el estrés emocional, la resolución de problemas y el apoyo mutuo, y explorar maneras de involucrar más activamente a los hombres en el cuidado y los componentes psicosociales.
- Involucrar de forma más deliberada a hombres y niños en los procesos psicosociales y de rehabilitación. Desarrollar estrategias específicas (por ejemplo, actividades de divulgación centradas en los hombres, formatos de sesión adaptados, modelos a seguir) para aumentar la participación de los hombres titulares de derechos y cuidadores en el PSS y apoyo a las personas cuidadoras, abordando las normas que desalientan la búsqueda de ayuda por parte de los hombres.
- Continuar implementando prácticas con perspectiva de género y VdG en el trabajo diario. Mantener la formación de actualización y la mentoría basada en casos para el personal de AHS, con especial atención a la comunicación con las MNcD, la confidencialidad, la divulgación segura y los procedimientos de derivación, e integrar recordatorios sencillos en las herramientas de evaluación y seguimiento para recordar al personal estas dimensiones.
- Utilizar una comunicación sencilla y accesible para las personas titulares de derechos sobre el impacto y las limitaciones. Durante las evaluaciones, sesiones y contactos de seguimiento, explicar con un lenguaje accesible los beneficios realistas que se pueden esperar, qué pueden hacer las personas titulares de derechos y las personas cuidadoras para mantener los avances (por ejemplo, ejercicios, cuidado de dispositivos) y qué opciones existen para obtener más apoyo a través de AHS, OBC o servicios especializados.

- Documentar y compartir historias de impacto con perspectiva de género. Con consentimiento informado y sólidas garantías, recopilar ejemplos de casos anónimos que ilustren cómo la mejora de la movilidad, la autonomía y la capacidad de cuidado han transformado la vida de mujeres y hombres, y cómo el fortalecimiento institucional ha mejorado los servicios para apoyar el aprendizaje, la rendición de cuentas y la recaudación de fondos.

G.4. Eficiencia

Recomendaciones estratégicas

- Integrar estimaciones de costos conservadoras y fondos para imprevistos en los presupuestos futuros. Para cualquier nueva fase, asegurarse de que los presupuestos incluyan asignaciones realistas para la rehabilitación y el mantenimiento de la infraestructura (en particular, en instalaciones existentes con condiciones inciertas), así como partidas específicas para consumibles esenciales de rehabilitación y operaciones de taller, con un fondo para imprevistos moderado para absorber costos imprevistos.
- Aclarar las expectativas de cofinanciación con las entidades socias desde el principio. Si se espera que AHS u otras entidades socias cubran ciertos costos operativos o aporten recursos en especie, indíquelo explícitamente en el diseño y los acuerdos del proyecto, para que las mejoras de eficiencia no se logren a costa de una presión financiera no reconocida sobre las entidades locales.
- Considerar el fortalecimiento de sistemas y capacidades como inversiones esenciales para la eficiencia. El apoyo continuo al taller de Azraq, al sistema de derivación y a las herramientas MEAL debe considerarse fundamental para la prestación eficiente de servicios, no como complementos, y debe contar con los recursos necesarios en la planificación plurianual.
- Equilibrar la ambición y la viabilidad en la cobertura geográfica. Al diseñar futuras intervenciones, deben considerarse las ventajas y desventajas de alcanzar múltiples ubicaciones y los costos de viaje y logística involucrados, y explorar modelos que agrupen servicios o utilicen equipos móviles para reducir la duplicación y el tiempo de viaje.

Recomendaciones operativas

- Realizar evaluaciones tempranas y detalladas de la infraestructura existente. Antes de definir los presupuestos y los plazos, realizar evaluaciones técnicas exhaustivas de las instalaciones que se utilizarán (como talleres o centros de OBC) para identificar costos ocultos y reparaciones necesarias, y ajustar los planes en consecuencia.
- Fortalecer la planificación de las compras y las relaciones con las entidades proveedoras. Desarrollar o actualizar planes de compras que consideren los plazos de entrega, prioricen los artículos críticos y, cuando sea posible, establezcan acuerdos marco o acuerdos con proveedores preferentes para reducir los retrasos en la obtención de dispositivos y consumibles.
- Establecer partidas presupuestarias para consumibles explícitas y supervisadas. Incluir partidas claras y visibles para consumibles de fisioterapia y terapia ocupacional, así como materiales básicos de reparación, en presupuestos futuros, y supervisar sistemáticamente su uso para anticipar la escasez y evitar la cobertura improvisada con las existencias de las entidades socias.
- Planificar cronogramas con márgenes de maniobra explícitos para la coordinación y las aprobaciones. Al establecer los cronogramas de actividades, incluir un tiempo realista para la negociación de MoU, la coordinación con instituciones públicas y la incorporación de entidades socias, de modo que los retrasos leves no se traduzcan en períodos de implementación reducidos para la capacitación y el fortalecimiento de los sistemas.
- Continuar utilizando y perfeccionando los mecanismos de gestión adaptativa. Mantener reuniones periódicas del proyecto y del comité directivo como espacios para revisar el progreso, analizar los retrasos, acordar

reprogramaciones y documentar las medidas de mitigación, de modo que los ajustes sean transparentes, oportunos y estén alineados con los objetivos.

- Optimizar las estrategias de viaje y seguimiento. Continuar agrupando las visitas, combinando las visitas domiciliarias con otras tareas de campo cuando sea necesario y utilizando el seguimiento remoto (teléfono, internet) cuando el contacto presencial no sea esencial, para reducir el tiempo y los costos de viaje sin comprometer la calidad del apoyo.

G.5. Sostenibilidad

Recomendaciones estratégicas

- Desarrollar una estrategia de sostenibilidad y financiación a medio plazo, centrada en AHS. Diseñar conjuntamente con AHS una estrategia plurianual que establezca escenarios realistas para el mantenimiento de los servicios y sistemas clave (talleres, rehabilitación, PSS, derivación y prácticas sensibles a la VdG), combinando la financiación de donantes, posibles contribuciones públicas, mecanismos de seguridad social y recursos propios de AHS.
- Involucrar a las instituciones públicas en un diálogo estructurado sobre la distribución de costos. Ir más allá del intercambio de información hacia una promoción específica con el MdS, el MdDS y las entidades aseguradoras pertinentes, buscando medidas graduales como la cobertura parcial de dispositivos de asistencia específicos, la inclusión de servicios de rehabilitación definidos en los paquetes de seguros o partidas presupuestarias reducidas en los programas pertinentes.
- Posicionar a AHS como centro de referencia dentro de los sistemas nacionales. Apoyar a AHS para que formalice su rol como centro de excelencia especializado en rehabilitación y tecnología de asistencia, lo que puede fortalecer sus posibilidades de obtener financiación pública, alianzas formales e integración en los planes nacionales.
- Consolidar y ampliar el papel de las OBC como socias comunitarias. Seguir invirtiendo en las capacidades de las OBC para identificar casos, apoyar el seguimiento, brindar PSS básico y mantener mecanismos locales de rendición de cuentas, de modo que puedan actuar como conectores duraderos entre las personas titulares de derechos y los servicios de salud ambiental u otros servicios.
- Integrar consideraciones de sostenibilidad en el diseño de cualquier fase futura. Desde el inicio del siguiente proyecto, definir objetivos, indicadores y actividades de sostenibilidad explícitos (diálogo sobre políticas, planificación conjunta con los ministerios, transferencia gradual de ciertos costos), en lugar de tratar la sostenibilidad como un añadido de última hora.

Recomendaciones operativas

- Visibilizar y monitorear los costos de mantenimiento de las funciones clave. Identificar y cuantificar los costos recurrentes del taller de Azraq, las sesiones de rehabilitación, el PSS, el mantenimiento del sistema de derivación y la mentoría en materia de VdG, y monitorearlos periódicamente para orientar el diálogo con donantes e instituciones públicas.
- Acordar de antemano el alcance de la contribución institucional de AHS. Aclarar, en futuros acuerdos, qué categorías de costes puede cubrir AHS de forma realista con sus propios recursos y dónde es esencial la financiación externa, para evitar una cofinanciación implícita insostenible.
- Mantener y actualizar periódicamente las herramientas y protocolos básicos. Asegurarse de que el sistema de derivación, el manual de VdG, los procedimientos de protección y las herramientas MEAL se mantengan actualizados, accesibles para el personal e integrados en la formación inicial y de actualización, para que las prácticas no se deterioren con el tiempo.

- Fortalecer la sucesión y la transferencia de conocimientos dentro de AHS y las OBC. Documentar los procesos y lecciones clave, y asegurar que más de una persona miembro del personal o punto focal esté familiarizada con los sistemas críticos (referencia, funcionamiento de talleres, protocolos de VdG), reduciendo así la dependencia de personas específicas.
- Explorar las opciones para la diversificación y movilización de recursos. Apoyar a AHS para identificar y buscar una combinación de fuentes de financiación (donantes bilaterales, fundaciones, contribuciones de responsabilidad social corporativa, recuperación de costos a pequeña escala cuando sea apropiado y equitativo) que complementen la financiación pública y reduzcan la dependencia de un solo donante.
- Mantener informadas a las personas titulares de derechos sobre los límites y las posibilidades de continuidad. Comunicar claramente con las personas titulares de derechos y cuidadoras qué se puede sostener de forma realista tras el cierre del proyecto, qué apoyo seguirá disponible a través de AHS y las OBC, y qué vías existen para acceder a otros servicios, a fin de reducir la frustración y respaldar expectativas informadas.