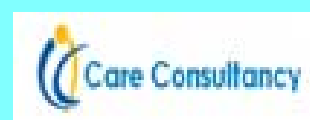




**EVALUACIÓN FINAL
DEL
PROYECTO
AMREF ESPAÑA
FINANCIADO POR AECI /KECHENE**

8 DE JUNIO 2011



ÍNDICE

LISTA DE TABLAS	v
LISTA DE DATOS	vi
RESUMEN	viii
1.INTRODUCCIÓN	1
2.ANTECEDENTES	2
3.DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	3
4.PARTICIPACIÓN DE LOS SOCIOS/PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS	5
5.DIFUSIÓN DEL RESULTADO.....	6
6.OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN	6
6.1.PREGUNTAS DE EVALUACIÓN.....	6
6.2.OBJETIVO GENERAL.....	6
6.3.OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
7.METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN.....	7
7.1.ÁREA DE ESTUDIO	7
7.2.DISEÑO DEL ESTUDIO	7
7.3.POBLACIÓN DEL ESTUDIO.....	7
7.4.TAMAÑO DE LAS MUESTRAS Y MÉTODOS DE MUESTREO.....	8
7.4.1.CUANTITATIVO	8
7.4.2.PARTE CUALITATIVA /REVISIÓN DE LOS REGISTROS DE LAS INSTALACIONES	9
7.5.INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS	10
7.5.1.HERRAMIENTA DE RECOGIDA DE DATOS	10

7.5.2.RECOPILADORES DE DATOS.....	10
7.5.3.PROCEDIMIENTOS	11
7.5.4.MEDICIÓN E INDICADORES	11
7.6.TRANSFERENCIA Y ALMACENAJE DE DATOS.....	12
7.7.ANÁLISIS DE LOS DATOS	12
7.8.CONSIDERACIÓN ÉTICA.....	13
8.RESULTADO..	14
8.1.APORTACIÓN DE LOS PROYECTOS Y PROCESO DURANTE EL PERÍODO DE IMPLEMENTACIÓN	14
8.2.CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA.....	18
8.3.PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	19
8.3.1.CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN Y COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	19
8.3.2.USO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	20
8.4.ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	21
8.5.COMPARACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE ALGUNOS INDICADORES	21
8.6.ACTIVIDADES AGI.....	24
8.7.BENEFICIARIOS HNV	27
8.8.PERSPECTIVAS DE LOS PARTICIPANTES CUALITATIVOS RESUMIDAS POR ÁREAS TEMÁTICAS CLAVE.....	29
8.8.1.IMPORTANCIA DEL PROYECTO PARA LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD.....	29
8.8.2.¿QUÉ HA HECHO EL PROYECTO POR LA COMUNIDAD? ¿HA VALIDO LA PENA?/ CONTRIBUTIÓN/.....	30
8.8.3.ACEPTACIÓN DE LOS VOLUNTARIOS POR PARTE DE LA COMUNIDAD.....	32
8.8.4.SOSTENIBILIDAD DE LAS ACTIVIDADES TRAS LA FINALIZACIÓN DEL PROYECTO	33
8.8.5.PUNTOS FUERTES Y DÉBILES DEL PROYECTO SEGÚN LOS PARTICIPANTES.....	33
9.DISCUSIÓN...	35

10.CONCLUSIONES	38
11.RECOMENDACIONES.....	38

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: MODELO LÓGICO DEL PROYECTO	5
TABLA 2: MÉTODOS DE MUESTREO PARA ENFOQUES CUANTITATIVOS	8
TABLA 3: PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO/GRUPOS PARA LA PARTE CUALITATIVA DE LA EVALUACIÓN.....	10
TABLA 4: INDICADOR DE MATRIZ PARA EL PROYECTO DE KECHENE.....	11
TABLA 5: LOGROS GENERALES EN EL RENDIMIENTO DEL PROYECTO DURANTE EL PERÍODO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO. 2010	14
TABLA 6: ACTIVIDADES PLANEADAS VS ACTIVIDADES CONSEGUIDAS EN EL PERÍODO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO. 2009.....	15
TABLA 7: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO. ÁREA DE KECHENE. MARZO 2011	16
TABLA 8: USO DE PF DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA. KECHENE MARZO 2011	20
TABLA 9: COOPERATIVOS AGI Y ACTIVIDADES PRINCIPALES	24
TABLA 10: EVALUACIÓN DE LOS FACTORES INTERNOS DE LOS COOPERATIVOS DE AGI	26
TABLA 11: ANTECEDENTES Y ESTADO DE LOS BENEFICIARIOS OVC SELECCIONADOS. KECHENE MARZO, 2011.	28
TABLA 12: RESUMEN DE PARTICIPANTES EN LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO AMREF KECHENE VIH/SIDA.....	29

LISTA DE DATOS

DATO 1: NIVEL DE ÉXITO DE LAS ACTIVIDADES PLANEADAS EN EL AUMENTO DEL CONOCIMIENTO DE LAS COMUNIDADES A TRAVÉS DE IEC/BCC. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO DURANTE EL PERÍODO DE IMPLEMENTACIÓN.....	15
DATO 2: FUENTE DE INFORMACIÓN ACERCA DEL VIH. KECHENE, MARZO 2011.....	18
DATO 3: CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN DEL VIH. ÁREA DE KECHENE. MARZO 2011.	18
DATO 4: CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS VCT. CAPTACIÓN Y FUENTE DE INFORMACIÓN EN VCT.	19
DATO 5: CONOCIMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS ESPECÍFICOS	20
DATO 6: MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADOS POR TIPO, MARZO 2011	21
DATO 7: SÍNTOMAS DE LAS ETS RECONOCIDOS POR LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	21
DATO 8: COMPARACIÓN ENTRE EL DHS DE 2005 (QUINTIL DE RIQUEZA INFERIOR) Y EL ESTUDIO FINAL UTILIZANDO LOS INDICADORES SELECCIONADOS.	22
DATO 9: COMPARACIÓN ENTRE LA EVALUACIÓN DE 2008 Y 2011.....	23
DATO 10: CAMBIOS EN LA CAPITAL TRAS EL ESTABLECIMIENTO DE LAS COOPERATIVAS.....	25

LISTA DE ACRÓNIMOS

SIDA.....	Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
TAV.....	Terapia antiretroviral
AMREF.....	African Medical Research Foundation
VIH.....	Virus de Inmunodeficiencia Humana
AGI.....	Actividad Generadora de Ingresos
HNV.....	Huérfanos y niños vulnerables

RESUMEN

Antecedentes: Kechene es una de las zonas más marginales de Addis Abeba. Debido al alto porcentaje de prevalencia del VIH/SIDA en la comunidad, muchas casas están dirigidas por mujeres y más de 800 niños se han convertido en huérfanos, a veces incluso por partida doble. Muchas personas de la comunidad no tienen la suerte de poder recibir un tratamiento antirretroviral (TAV) u otros tratamientos contra enfermedades infecciosas debido a la falta de servicios médicos y a la falta de educación acerca de las enfermedades infecciosas. Por este motivo, AMREF Etiopía ha puesto en marcha el proyecto Reducir el riesgo de resultados adversos en la sanidad reproductiva, incluyendo la infección por VIH entre los jóvenes de los barrios pobres de Lideta, Addis Ketema y Gullele de Addis Abeba. Ya anteriormente se había puesto en marcha un proyecto del 2006 al 2008 en Kebele 08/16; el proyecto actual aumenta su cobertura a Kebele 07/17. El objetivo de esta evaluación fue dictaminar la eficacia, la relevancia y la sostenibilidad de este proyecto.

Metodología de evaluación: Se emplearon métodos tanto cuantitativos como cualitativos. Se realizó el seguimiento de familias para evaluar los conocimientos, la actitud y el comportamiento de los beneficiarios relacionados con la intervención del RH/VIH llevada a cabo en la zona. Se crearon grupos de discusión y se hicieron entrevistas e informes minuciosos. Los datos cuantitativos se introdujeron y se analizaron mediante el software estadístico SPSS. Los datos cualitativos se transcribieron, tradujeron, codificaron y resumieron utilizando diferentes áreas temáticas debidamente identificadas.

Resultado: Casi todas las actividades planificadas se implementaron durante la duración del proyecto. Se visitó a un total de 605 familias durante el estudio. Ha habido una mejora en los indicadores de resultados seleccionados relacionados con el uso del preservativo, el conocimiento de las rutas y la prevención del VIH y los métodos de planificación familiar. Muchos grupos HNV se han beneficiado del programa. Las entrevistas/evaluación revelaron que la población a la que iba dirigida se ha beneficiado de la intervención. La mayoría calificó el servicio como muy bueno, la mayoría de los grupos AGI han mostrado mejoras en su

capital y los beneficiarios de estos grupos han informado de su capacidad de mantenerse a sí mismos y a sus familias. Las actividades AGI se catalogaron como las más viables.

Conclusiones y recomendaciones: Se concluyó que el proyecto había sido pertinente y eficaz. Se alcanzaron resultados muy notables a través de AGI e intervenciones conductuales. Las lecciones del proyecto Kechene se deben transferir de manera efectiva a organizaciones comunitarias locales y al programa de extensión urbana.

1. INTRODUCCIÓN

La propagación del VIH/SIDA es uno de los desafíos mundiales más difíciles de nuestro tiempo. Aunque la pandemia no discrimina en base a raza, edad, sexo, religión u otras variables demográficas, su expansión ha sido alarmante en los países en desarrollo, particularmente en el África subsahariana y ha obstaculizado el progreso de la región de diversas maneras (UNAIDS, 2008). Etiopía es uno de los países del África subsahariana, donde el problema del VIH ha afectado a toda la esfera de la vida de la sociedad. La epidemia era fundamentalmente un problema urbano en el país. Sin embargo, hace casi una década, también se convirtió en cuestión candente en la comunidad rural. Según los últimos datos del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2006:13), se estima que 1.320.000 personas viven con el virus. De estos, 686.000 vivían en zonas urbanas y 634.000 en zonas rurales. Como resultado de ello, su efecto se vuelve fuerte y desenfrenado.

La African Medical and Research Foundation (AMREF) es una organización internacional sin fines de lucro fundada en 1957 en el este de África, cuyo objetivo es mejorar la sanidad, asunto de gran importancia en África. Su sede está en Nairobi, Kenia, AMREF, asimismo tiene oficina en Etiopía, Kenia, Uganda, Tanzania, Sudáfrica y el sur de Sudán. AMREF realiza varias actividades en otros países como Senegal, Somalia, etc. AMREF está convencida de que existe una brecha aguda entre las comunidades vulnerables y el resto del sistema sanitario. Para cerrar la brecha, la estrategia de AMREF está diseñada para crear una cultura de base más amplia que promueva la salud, la prevención y la atención en África, en el área de salud. Por su período de la estrategia 2007-2017, AMREF ha elegido actuar de una manera holística e integrada y, por lo tanto, se ha centrado en tres áreas temáticas interrelacionadas. (1) Asociación con la Comunidad para mejorar la sanidad, (2) Fortalecimiento de Capacidades para Comunidades y Fortalecimiento de la respuesta del sistema sanitario e (3) Investigación de Sistemas Sanitarios para la Política y Práctica. A pesar de que AMREF fue registrada formalmente en Etiopía en 1998, se inició en el año 2002 un programa nacional completo con una oficina en el país. Desde entonces, el programa del país ha pasado de ser un proyecto en Addis Abeba, a ser más de 20 proyectos en cuatro regiones (Addis Abeba, Afar, Oromiya y la Nación del Sur, Nacionalidades y Pueblo). AMREF en Etiopía (AMREF ET) está trabajando en el desarrollo de la sanidad con el lema de ofrecer una mejor sanidad para el pueblo de Etiopía.

2. ANTECEDENTES

Kechene se encuentra entre las áreas más marginales de Addis Abeba. La población total del área es de aproximadamente 56.000 de la cual las mujeres representaron el 54%. La proporción de jóvenes de la población total se estima en un 30%. La comunidad de Kechene tiene varios problemas relacionados con la sociedad, la economía, la psicología y la sanidad. Debido a la alta tasa de prevalencia del VIH/SIDA en la comunidad, muchos hogares están encabezados por mujeres y más de 800 niños se han convertido en huérfanos por parte de un progenitor o de ambos progenitores. Muchas personas en la comunidad pierden la oportunidad de recibir tratamiento antirretroviral (TAV) así como servicios y tratamiento de otras enfermedades infecciosas debido a la falta de instalaciones sanitarias suficientes y a la poca educación existente en lo referente a enfermedades infecciosas. La comunidad se caracteriza también por la falta de una educación de calidad y formación empresarial, la alta incidencia de deserción escolar y el abuso del trabajo infantil. Debido a la falta de educación y formación, hay una alta tasa de desempleo entre los jóvenes, dando lugar a problemas como el consumo de drogas y otras prácticas poco saludables. El área también sufre de la falta de saneamiento y la superpoblación, con muchas familias obligadas a mantener de 6 a 10 personas por hogar.

Con el fin de contribuir a la mitigación de estos problemas, AMREF Etiopía, en colaboración con las subciudades de Gullele, Ketema Addis Lideta, ha diseñado e implementado proyectos relacionados con la sanidad en la zona desde 2005. El proyecto titulado «Reducción del riesgo de resultados adversos en la sanidad reproductiva, incluyendo la infección del VIH entre los jóvenes en los barrios pobres de Addis Ketema, Lideta y Gullele en Addis Abeba», es por tanto parte de la intervención de AMREF en la zona. Se ejecutó un proyecto anterior de la primera fase de este mismo de 2006 a 2008 y esta segunda fase (funciona en 08/16 and 07/17 en Kebele y Kechene) cuyas operaciones se iniciaron en noviembre de 2008 y terminaron el 26 de octubre de 2010. El proyecto fue financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID) a través de AMREF España.¹

¹ TOR. AMREF ETIOPÍA.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Objetivo general del proyecto: Contribuir a reducir el impacto del VIH/SIDA en Addis Abeba (Etiopía).

Objetivo específico: Aumentar la cobertura y calidad del sistema sanitario para proporcionar Servicios de Salud Reproductiva en Addis Ketema, Lideta y Gullele, subciudades de Addis Abeba.

Nota: *las actividades comunitarias, así como el Centro de Salud Juvenil se implementaron en Kechene, aunque las otras dos subciudades también se incluyeron, básicamente para formar a profesionales sanitarios, tener equipamiento y provisiones para las instalaciones médicas (bajo el resultado 1)*

Beneficiarios del proyecto

Jóvenes de entre 15 a 24 años, infectados por el VIH y mujeres afectadas, huérfanos, niños vulnerables y miembros comunitarios son los principales beneficiarios del proyecto. Más específicamente, 47.250 mujeres, 600 niños huérfanos y 2.000 PLWHA² fueron el objetivo del proyecto para poder obtener educación, más movilización, sensibilización, formación, suministro de medicinas, actividades clínicas, APV, AGI y formación vocacional.

Objetivo específico:

- Aumentar la cobertura y calidad del sistema sanitario para proporcionar Servicios de Salud Reproductiva en Addis Ketema, Lideta y Gullele, subciudades de Addis Abeba y el uso de los servicios de la comunidad en Kechene (Kebele 08/16 y 07/17), Gullele subciudad de Addis Abeba.

Indicadores: resultados esperados

- Aumento del número de clientes asistidos
- Proporción de grupos objetivo con conocimientos acerca del VIH/SIDA

² N. de la T.: PLWHA – People living with AIDS, Personas que viven con el SIDA en español.

- Proporción de grupos objetivo que utilizan servicios APT, TAV, prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, infecciones de transmisión sexual y planificación familiar
- Proporción de los grupos de jóvenes que usan condón con parejas no habituales en la última relación sexual durante los últimos 3 meses

Resultado 1: Reforzar la capacidad del sistema sanitario para proporcionar servicios más cercanos a los jóvenes (SSR y VIH/SIDA)

Indicadores

Número de TS / Trabajadores sanitarios/ formados

Número de IS/ Instalaciones sanitarias / servicios equipados

Número de clientes que han sido servidos

Resultado 2: Aumento del conocimiento y la conciencia de las comunidades mediante IEC/BCC, alcance y actividades de movilización (enfocado a los jóvenes y personas en riesgo).

Indicadores

- Número de educadores comunitarios formados
- Número de grupos objetivo contactados por los educadores comunitarios

Resultado 3: Capacidades reforzadas de las comunidades

Indicadores

- Número de jóvenes y mujeres vulnerables educados en formación profesional y competencias básicas de gestión.
- Proporción de jóvenes y mujeres vulnerables formados que han encontrado un trabajo o realizan una actividad generadora de ingresos después de 24 meses.
- Ingresos mensuales de los beneficiarios.
- Número de huérfanos y niños vulnerables a los que se les proporcionan materiales escolares y respaldo nutricional.
- Porcentaje de asistencia de los estudiantes a la escuela.

TABLA 1: MODELO LÓGICO DEL PROYECTO

Input	Proceso	Output	Resultado	Impacto
Presupuesto	Preparación de materiales de entrenamiento para trabajadores sanitarios	resultado 1		Impacto reducido del VIH
Personal del proyecto	Provisión del equipo y suministros	Número de trabajadores sanitarios entrenados	Aumento del número de clientes atendidos	
Materiales de entrenamiento		Número de instalaciones sanitarias/ servicios equipados	Proporción de grupos objetivo con gran conocimiento	
		Número de clientes atendidos	Proporción de grupos objetivo que usan el servicio	
		resultado 2	Proporción de los grupos de jóvenes que usan condón con parejas no habituales en la última relación sexual durante los últimos 3 meses	
	Formación para los educadores	Número de formadores comunitarios entrenados		
	Provisión de programas educativos comunitarios	Número de equipos objetivo contactados mediante educadores comunitarios	Proporción de jóvenes y mujeres vulnerables entrenados que han encontrado un trabajo o llevan a cabo actividades que generan beneficios después de 24 meses.	
			Ingresos mensuales de los beneficiarios.	
		resultado 3	Porcentaje de asistencia de los estudiantes a la escuela.	
	Provisión de entrenamiento en habilidades básicas de AGI	Número de jóvenes y mujeres vulnerables educados en formación profesional y competencias básicas de gestión.		
		Número de huérfanos y niños vulnerables a los que se les proporcionan materiales escolares y respaldo nutricional.		

4. PARTICIPACIÓN DE LOS SOCIOS/PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS

Los organismos donantes y los socios gubernamentales como las administraciones de Kebele (Kebele 08/16 y 07/17), la asociación de mujeres de la subciudad de Gullele, la oficina de

sanidad, la oficina cooperativa y la HAPCO de la subciudad tomaron parte en el proceso de evaluación final de este proyecto. El donante revisa los términos de referencia, se reúne con el consultor ganador antes de que el trabajo de campo actual se inicie y se participe en el trabajo de campo real y el taller de presentación de los resultados. Del mismo modo, los socios del gobierno fueron invitados a participar en el trabajo de campo y en el taller de presentación de resultados.

5. DIFUSIÓN DEL RESULTADO

Como se ha indicado en secciones anteriores, el consultor presenta el resultado de los hallazgos a los socios, incluyendo a los donantes y el personal ET de AMREF. La confidencialidad del resultado de la evaluación se mantendrá, sólo se revelarán datos a los socios más importantes.

6. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

6.1. PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

A raíz de la evaluación han surgido las tres preguntas siguientes:

- 1) ¿El proyecto se ha implementado como se diseñó?
- 2) ¿Hay pruebas que muestren el valor añadido del proyecto para la vida de los beneficiarios?
- 3) ¿Qué lecciones se han aprendido?

6.2. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de esta evaluación final consistió en evaluar los resultados e impactos del proyecto, teniendo en cuenta sus objetivos contra el proyecto de marco lógico. Los resultados de la evaluación de la primera fase del proyecto y los resultados de la encuesta de referencia inicial se utilizaron como punto de referencia para medir los cambios realizados. La evaluación proporciona un informe sobre las lecciones aprendidas.

6.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La evaluación resaltó los resultados e impactos del proyecto a través de la evaluación las siguientes áreas principales de intervención:

- Servicios RH , VIH/SIDA y APV;
- Actividades de alcance (educación comunitaria, movilización, sensibilización, abogacía) mediante educadores, CBO y consejeros comunitarios) ; y
- Actividades generadoras de ingresos (AGI) y/o Cooperativas.

7. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

7.1. *ÁREA DE ESTUDIO*

Los servicios de salud en las tres subciudades de Addis Abeba: Gullele, Ketema Addis y Lideta eran las unidades estudio para la evaluación de las instalaciones. Kechene (Kebele 08/16 y 17/07) en la subciudad Gullele de Addis Abeba fue un área de orientación para el hogar y la evaluación del nivel de intervención en la comunidad.

7.2. *DISEÑO DEL ESTUDIO*

La evaluación usó métodos de encuesta tanto cuantitativos como cualitativos.

7.3. *POBLACIÓN DEL ESTUDIO*

Los siguientes sujetos constituyeron la fuente de información de la evaluación.

- Jóvenes, mujeres, informes de servicio /informes, instalaciones
- Beneficiarios AGI, educadores formados, consejero comunitario, trabajadores sanitarios formados, oficinas sanitarias de la subciudad y del distrito y administración de Kebele, CBO
- Centros de juventud

7.4. TAMAÑO DE LAS MUESTRAS Y MÉTODOS DE MUESTREO

7.4.1. CUANTITATIVO

TABLA 2: MÉTODOS DE MUESTREO PARA ENFOQUES CUANTITATIVOS

<i>Población del estudio</i>	<i>Diseño</i>	<i>Enfoque de la muestra</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>
Jóvenes y adultos	Encuesta transversal	El tamaño de la muestra se distribuyó a los subcomponentes del Kebele proporcional a su población. Se utilizó una técnica de muestreo sistemática al azar.	<p>Se utilizó una fórmula de proporción dos para estimar el tamaño de la muestra para la encuesta. Se hizo la siguiente hipótesis para calcular el tamaño de la muestra</p> <p>Efecto del diseño = 2</p> <p>P1 = el nivel estimado de un indicador, medido como proporción en un momento de la primera encuesta. (Con un conocimiento amplio sobre el VIH (35,2% de línea de base)</p> <p>P2 + nivel esperado de conocimiento sobre el VIH: 50%</p> <p>Poder = 90%</p> <p>Nivel de confianza = 95%</p> <p>Calculado mediante el tamaño de la muestra de los hogares = 568 multiplicado por la tasa estimada por la falta de respuesta = 10%</p> <p>Tamaño de la muestra final de 625</p> <p>Personas de entre 15-49 se entrevistaron en cada HH. Seleccionados al azar.</p> <p>Entre los beneficiarios seleccionados se incluyó a huérfanos y niños vulnerables (se entrevistará a todos los beneficiarios de los programas HNV que hayan visitado su punto de contacto).</p>
HNV	Encuesta transversal	Se utilizará una técnica de muestreo sistemático	

7.4.2. PARTE CUALITATIVA /REVISIÓN DE LOS REGISTROS DE LAS INSTALACIONES

El muestreo intencional se utilizó para el estudio cualitativo. Los participantes fueron invitados a participar en el estudio hasta que se alcanzó el nivel de saturación /redundancia. Por el bien de la asignación de recursos y el tiempo, se calculó modestamente el número de los participantes.

TABLA 3: PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO/GRUPOS PARA LA PARTE CUALITATIVA DE LA EVALUACIÓN

<i>Sujetos del estudio</i>	<i>Tipo de entrevista</i>	<i>Número de participantes /grupos</i>
Jóvenes que usan el servicio	FGD	2
Jóvenes que no usan el servicio	FGD	2
Mujeres	IDI	4
Informes del servicio	Formatos de abstracción	
Instalaciones sanitarias	Formatos de abstracción	
Beneficiarios de actividades que generan benef.	IDI	2
Educadores formados, consejero comunitario y trabajadores sanitarios formados	IDI	1 de cada =3
Oficinas e instalaciones sanitarias de la subciudad y el distrito y administración de Kebele	Entrevista a informantes clave	1 de cada /2
CBO	IDI	2
Centros de juventud	IDI	1
PLWHA	IDI	2
	TOTAL	20

7.5. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

7.5.1. HERRAMIENTA DE RECOGIDA DE DATOS

Encuesta de hogares: Se elaboró para los jóvenes y adultos un cuestionario estructurado poniendo a prueba el instrumento utilizado para la encuesta de referencia.

Revisión de los informes: La revisión de los informes empleó una lista de verificación y plantillas para la extracción de datos. Los revisores eran personas con primer grado y, preferiblemente, debían tener experiencia laboral en estadísticas de servicios sanitarios.

HNV/Beneficiarios: Se elaboró un cuestionario estructurado para evaluar el carácter socio-demográfico, los efectos / beneficios del programa y la clasificación de los beneficiarios.

Guías FGD: estaban preparadas para guiar a los grupos focales. Se empleó una grabadora cuando se consideró oportuno.

IDI. Se preparó una guía para el tema del estudio específico.

7.5.2. RECOPIADORES DE DATOS

Se realizaron encuestas de hogares y se reclutó a graduados universitarios en ciencias sociales y a sanitarios con experiencia en la recopilación de datos para la recolección de los mismos.

Tuvieron una formación en el campo de dos días. Entrevistadores FGD e IDI con experiencia fueron reclutados. Debían poseer un primer grado en ciencias de la salud / o ciencias sociales.

7.5.3. PROCEDIMIENTOS

La entrevista se realizó en un lugar separado para asegurar la confidencialidad y mejorar la discusión. Únicamente se utilizó una grabadora cuando los participantes estuvieron de acuerdo. El encargado de tomar notas también participó en los FGD.

7.5.4. MEDICIÓN E INDICADORES

Las siguientes variables/indicadores se emplearon para la evaluación.

Indicador de matriz

TABLA 4: INDICADOR DE MATRIZ PARA EL PROYECTO DE KECHENE.

Indicadores	Tipo de indicador	Fuentes de información	Sujetos del estudio	Otros comentarios
Aumento del número de clientes atendidos	Resultado	Informes de las instalaciones sanitarias	Instalaciones sanitarias	Instalaciones sanitarias en las subciudades
Proporción de grupos objetivo con amplio conocimiento de VIH/SIDA		Encuesta a hogares /cuantativo	Jóvenes y mujeres	
Proporción de grupos objetivo que usan servicios VCT, ART, PMTCT, STI y FP.		Encuesta a hogares /cuantativo	Jóvenes Mujeres	
Proporción de los grupos de jóvenes que usan condón con parejas no habituales en la última relación sexual durante los últimos 3 meses		Encuesta a hogares	Jóvenes /	
Resultado 1: Aumentar la capacidad del sistema sanitario para proporcionar servicios cercanos a los jóvenes (SSR & VIH/SIDA)				
Indicadores				
Número de trabajadores sanitarios formados		Revisión de los informes/ Entrevistas en profundidad	Instalaciones	
Número de instalaciones sanitarias equipadas que ofrecen servicios		Revisión de los informes	Informes	
Número de clientes atendidos		Informes de instalaciones sanitarias	Libros e informes de registro	
Resultado 2: Aumento del conocimiento de las comunidades a				

<i>través de IEC/BCC, actividades de movilización y alcance (relacionadas con los jóvenes y las personas en riesgo)</i>				
Número de educadores comunitarios formados		Informes/proyecto		
Número de grupos objetivo contactados por los educadores comunitarios		Informes del proyecto/entrevistas en profundidad	Educadores	
Resultado 3: Capacidades aumentadas de las comunidades				
Número de jóvenes y mujeres vulnerables formados formación profesional y competencias básicas de gestión.		Informes del proyecto	Informes	
Proporción de jóvenes y mujeres vulnerables formados que han encontrado un trabajo o realizan una actividad que genera ingresos después de 24 meses.		Informes del proyecto, Evaluación cuantitativa		
Ingresos mensuales de los beneficiarios		Métodos cuantitativos	Beneficiarios de AGI	
Número de huérfanos y niños vulnerables a los que se les proporcionan materiales escolares y respaldo nutricional.		Informes del proyecto, Evaluación cualitativa /IDI		
Porcentaje de asistencia de los estudiantes a la escuela.		Informe del proyecto		

7.6. TRANSFERENCIA Y ALMACENAJE DE DATOS

Los datos de evaluación que se recogen en los sitios identificados fueron trasladados a la consultora por el supervisor del sitio designado tan pronto como la recopilación de datos se completó. La introducción de datos, la limpieza y la preparación se realizó mediante un sistema de gestión de datos computarizada. En todos los puntos del proceso, se mantuvieron las precauciones adecuadas para garantizar la seguridad física de los datos contra pérdida de los mismos o el acceso de personal no autorizado.

7.7. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El plan apropiado para el análisis de los datos se elaboró en base a los objetivos de la evaluación. A continuación, los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS versión de 16 paquetes para producir estadísticas descriptivas y multivariadas que fueran relevantes con el objetivo de responder a las preguntas específicas de la evaluación. Además, los datos cualitativos y otras formas de datos recogidos para el estudio se analizaron

mediante técnicas temáticas. El software de código abierto se utilizó para el procesamiento de los datos cualitativos.

7.8. CONSIDERACIÓN ÉTICA

La autorización ética se obtuvo desde de AMREF Etiopía. La empresa fue responsable de la conducta ética de la evaluación de acuerdo con el protocolo acordado. La participación en la evaluación se produjo con el consentimiento tras obtener la información pertinente.

Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado de todos los individuos que participan en el estudio. Toda la información recogida es confidencial. La participación en el estudio es estrictamente voluntaria. Se obtuvo el permiso de los sitios de sub-proyecto de la ciudad seleccionados antes de comenzar la recolección de datos. Los participantes podrán retirar en cualquier etapa del proceso de recopilación de datos. No hay beneficios directos para los participantes del estudio.

Riesgos/Beneficios para los sujetos

El beneficio para los sujetos que participan en el estudio les proporcionará la oportunidad de compartir sus puntos de vista y prácticas relacionadas con el VIH y el SIDA. El estudio propuesto se considera un riesgo mínimo para los participantes, se limita a los trastornos psicológicos que pueden estar asociados con la discusión de las percepciones personales de los riesgos y las experiencias relacionadas con el VIH y el SIDA. No habrá remuneración en efectivo por dicha participación.

Confidencialidad

Toda la información obtenida durante el estudio se llevó a cabo de forma segura y se almacenó en papel y en ficheros informáticos. No se registraron nombres relacionados con los resultados de la encuesta. Nadie fuera del equipo del estudio tenía acceso a ninguna de la información recogida.

8. RESULTADO

8.1. APORTACIÓN DE LOS PROYECTOS Y PROCESO DURANTE EL PERÍODO DE IMPLEMENTACIÓN

La mayor parte de los resultados esperados se alcanzó, a excepción de los trabajadores de salud capacitados, la formación de actualización para los trabajadores de la escuela y el apoyo escolar para los huérfanos y niños vulnerables. (Véase la Tabla 5)

Cuando el informe del proyecto de 2009 fue revisado con respecto a uno de los objetivos estratégicos del proyecto (el fortalecimiento de la capacidad del sistema sanitario para mejorar el servicio de la juventud entre las comunidades). Este nivel de desempeño deseado se alcanzó en el servicio de APV (92%) con respecto a la mejora de las capacidades de las comunidades, los resultados más deliberados alcanzaron más del 100% de los logros. ³(Véase la Tabla 7)

TABLA 5: LOGROS GENERALES EN EL RENDIMIENTO DEL PROYECTO DURANTE EL PERÍODO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO. 2010

<i>Elemento</i>	<i>Plan</i>	<i>Logro</i>	<i>% Logro</i>
Aumentar la capacidad del sistema sanitaria para proporcionar servicios cercanos (SSR & VIH/SIDA)			
Entrenar a los trabajadores sanitarios según los estándares	120	38	32
Entrega del servicio de SSR/VIH	3000	2760	92
Instalaciones del equipo	3	3	100
Aumento del conocimiento de las comunidades mediante IEC BCC			
Formar a un nuevo consejero comunitario	40	40	100
Conducir reuniones de sensibilización para las comunidades	10	12	120
Formar a nuevos educadores	20	20	100
Participar en eventos de gran sensibilización	6	6	100
Dar apoyo a clubes anti SIDA en las escuelas	4	4	100
Actualizar la formación de los educadores	90	33	37
Aumentar las capacidades de las comunidades			
Aporte nutricional para huérfanos y niños desfavorecidos	50	80	160
Apoyo escolar para los huérfanos	800	236	30
Formar a jóvenes vulnerables en formación profesional	60	80	133
Puesta en marcha de la asociación de capital a 3	3	6	200

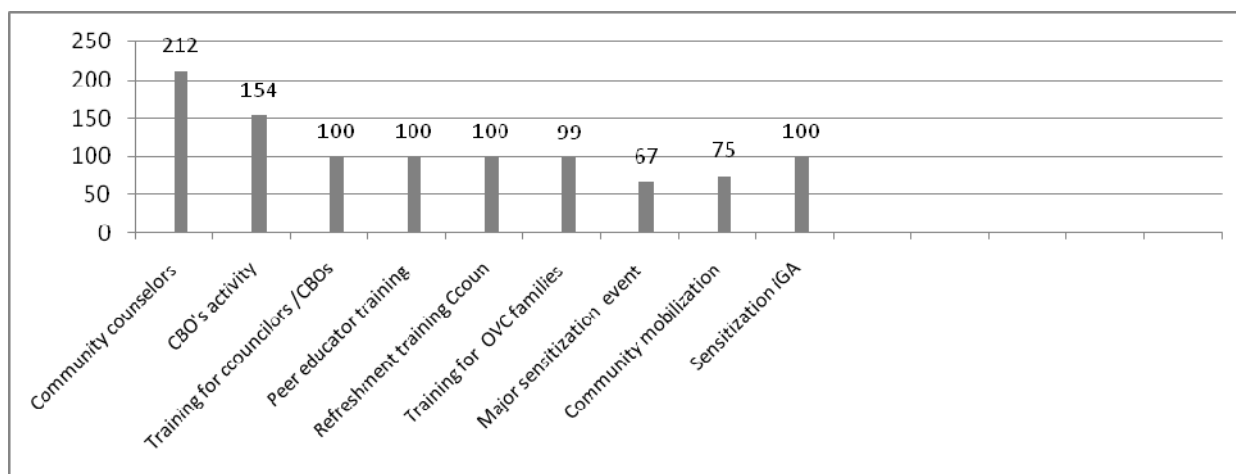
³ AMREF ETIOPÍA. Informe de actividad anual. Diciembre 2009.

Apoyar iniciativas de negocio de jóvenes y mujeres	10	13	130
--	----	----	-----

Fuente del proyecto e informe⁴

TABLA 6: ACTIVIDADES PLANEADAS VS ACTIVIDADES CONSEGUIDAS EN EL PERÍODO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO. 2009

<i>Actividad</i>	<i>Unidades de medida</i>	<i>Plan (Anual)</i>	<i>Logro</i>	
			<i>Cantidad</i>	<i>Cantidad</i>
Mejorar el sistema sanitario para mejorar el servicio				
Servicios de medicina reproductiva	Clientes	1236	660	53
Servicio VCT	Clientes	720	667	92
Mejorar la capacidad de las comunidades				
Entrenamiento de las capacidades Basic Business	Aprendices	54	54	100
Entrenamiento vocacional – Peluquería	Aprendices	30	33	110%
Materiales para el ahorro en la oficina y crédito y transferencia de préstamos	Asociación	2	2	100
Préstamo para la asociación de crédito Hulu Bakul y Melewot Sero, incluyendo el alquiler de oficinas para Hulun Bekul	Asociación	2	2	100
Material educativo de apoyo OVC para la escuela	Estudiantes	300	236	85.35
Material de apoyo para la biblioteca	Escuelas	1	1	100



DATO 1: NIVEL DE ÉXITO DE LAS ACTIVIDADES PLANEADAS EN EL AUMENTO DEL CONOCIMIENTO DE LAS COMUNIDADES A TRAVÉS DE IEC/BCC. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO DURANTE EL PERÍODO DE IMPLEMENTACIÓN

⁴ AMREF Etiopía. Borrador del proyecto e informe.2010

Un total de 605 personas respondió con una tasa de no respuesta de 20/625. Casi el 37% de los sujetos del estudio eran menores de 24 años. Más del 50% de los encuestados eran cónyuges. Alrededor del 41 % de los participantes en el estudio nunca se casaron. Una proporción significativa de los participantes del estudio era viuda.

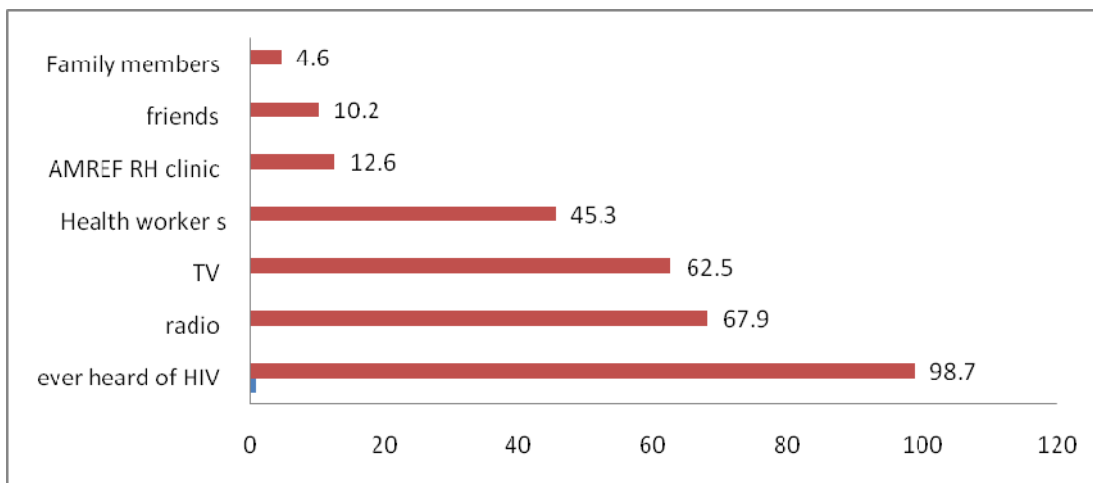
TABLA 7: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO. ÁREA DE KECHENE. MARZO 2011

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
Categoría de edad	menores de 15	5	0.8	
	16-24	219	36.3	
	25-34	209	34.7	
	35-49	160	26.5	
	50+	10	1.7	
	Cabeza de familia	21	3.5	
	Pariente	21	3.5	
	Esposa	330	54.5	
	Hijo/Hija	215	35.5	
	otros	18	3	
Estado civil	No casado	251	41.5	
	Casado	14	2.3	
	Viudo	258	42.6	
	Divorciado	46	7.6	
	Separado	35	5.8	
	Otros	1	0.2	
	Sin estudios	53	8.8	
Educación	Sabe leer y escribir	42	6.9	
	Educación primaria	198	32.7	
	Grado 9 -10	141	23.3	
	Grado 11-12	119	19.7	
	Educación superior	52	8.6	
	Religión	Cristiano ortodoxo	552	91.2
Musulmán		20	3.3	
Protestante		24	4	
otro		9	1.5	
Ocupación	Sin empleo	142	23.5	
	Tejedor	36	6	
	Pequeño comerciante	15	2.5	
	Alfarero	36	6	
	Comerciante	13	2.1	
	Conductor	3	0.5	
	Ama de casa	129	21.3	
	Empleado del gobier.	33	5.5	
	Estudiante	108	17.9	
	Jornalero	31	5.1	
	Empleado privado	59	9.8	
	Número de miembros de la familia en AGI (Generación de ingresos)	0	211	34.9
		1	218	36
2		131	21.7	
3		31	5.1	
4+		14	2.3	
Tamaño familiar	1	6	1	

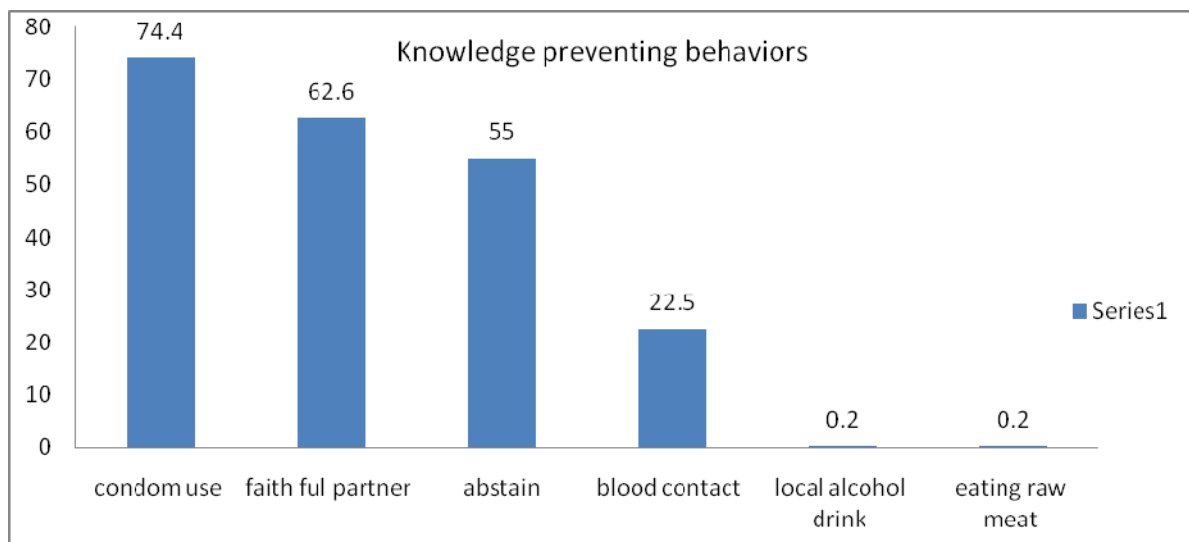
	2-5	345	57
	6-9	210	34.7
	10+	44	7.3
	Total	605	100

8.2. CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Más del 98% de los participantes han informado haber recibido noticias del VIH. La radio (67,9%) y la televisión (62,5%) eran las principales fuentes de información sobre el VIH. Los trabajadores sanitarios fueron capaces de llegar a casi la mitad de los sujetos del estudio. La contribución de los miembros de la familia (4,6%) como fuente de información era muy limitada. (Véase el Dato 2)



DATO 2: FUENTE DE INFORMACIÓN ACERCA DEL VIH. KECHENE, MARZO 2011

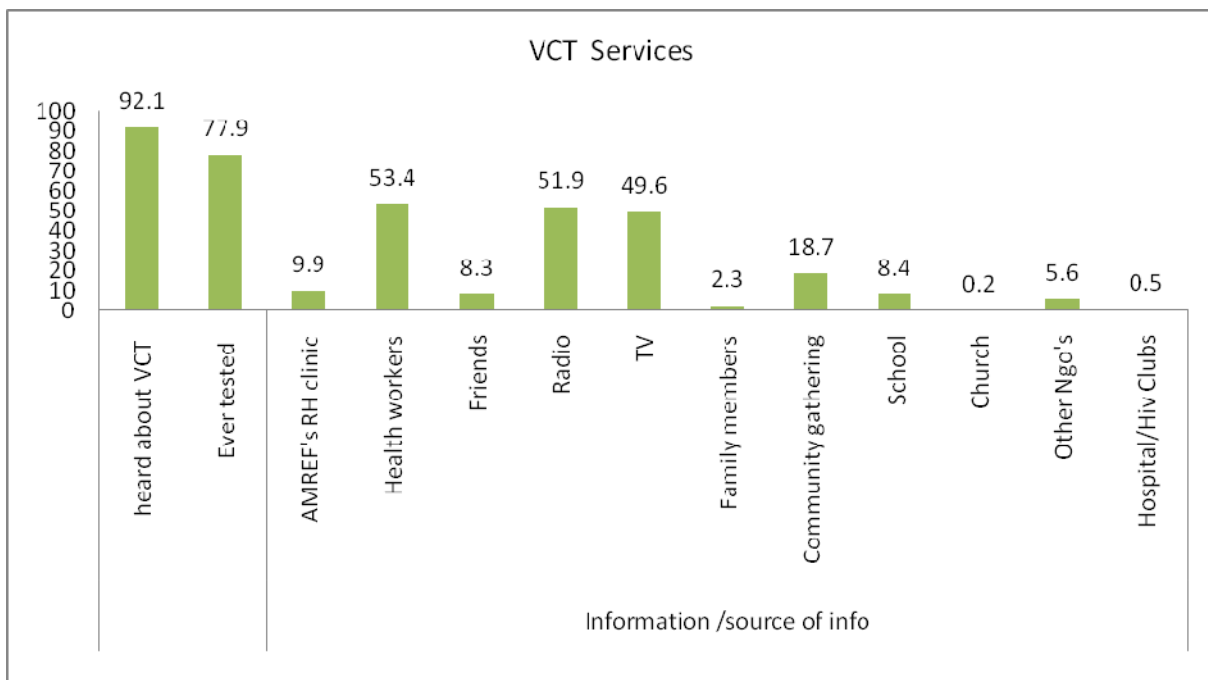


DATO 3: CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN DEL VIH. ÁREA DE KECHENE, MARZO 2011.

El uso del preservativo (74%) tiene la calificación más alta con respecto al conocimiento sobre el comportamiento preventivo, seguido por la fidelidad (62,8%) la abstinencia (55%) y, por último, evitar el contacto sanguíneo (22,5%).

Servicios VCT

Más del 90% de los participantes había oído hablar de los servicios de APV. La mayoría había recibido información a través de la televisión (49,6%), la radio (51,6%) y de los trabajadores de la sanitarios (53,4%). Miembros de la familia, escuelas e iglesias habían contribuido menos como medio de comunicación. Más del 75% de los participantes se realizó la prueba del VIH.



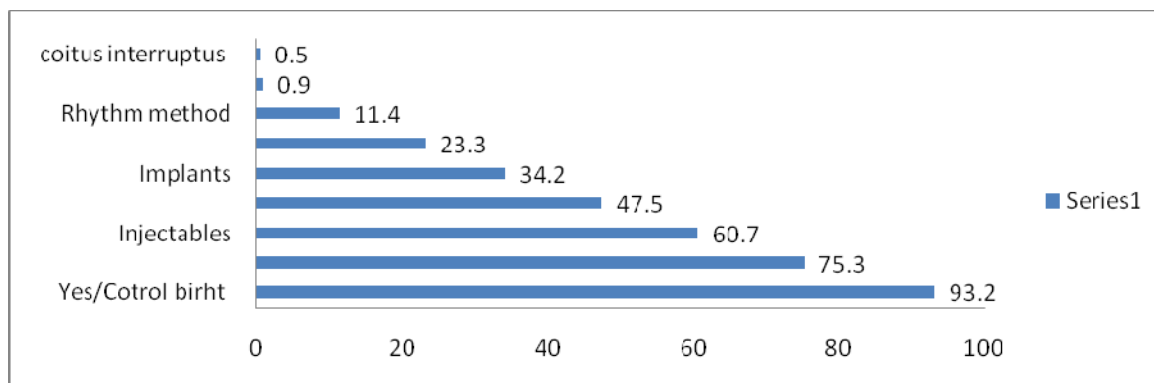
DATO 4: CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS VCT, CAPTACIÓN Y FUENTE DE INFORMACIÓN EN VCT.

8.3. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

8.3.1. CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN Y COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Más del 92% de los participantes conocía que los embarazos pueden prevenirse. La mayoría conocía que las pastillas (75,3%), seguidas por los inyectables (60,7%) y los preservativos (47,5) eran métodos para prevenir el embarazo.

Una proporción relativamente pequeña de los participantes conocía los IU y los implantes, lo que implicaba que, a largo plazo, los métodos eran menos conocidos por los participantes.



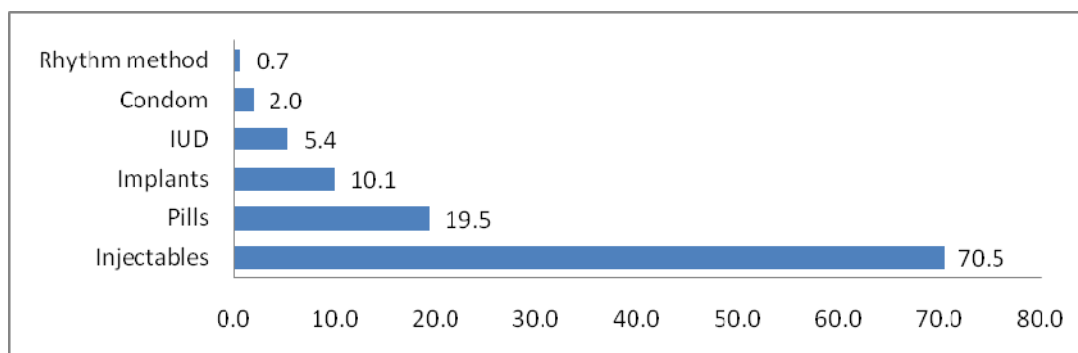
DATO 5: CONOCIMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS ESPECÍFICOS

8.3.2. USO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Sobre el 53,8 % de las madres informaron haber utilizado métodos de planificación familiar. De todos los que utilizan anticonceptivos, el 27,4% los usaba actualmente. La tasa global de uso de anticonceptivos fue de 27. El método más utilizado eran los anticonceptivos inyectables (70,5%). Las pastillas (19,5) y los implantes (10%) se situaban segundo y tercero por el número de clientes.

TABLA 8: USO DE PF DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA. KECHENE MARZO 2011

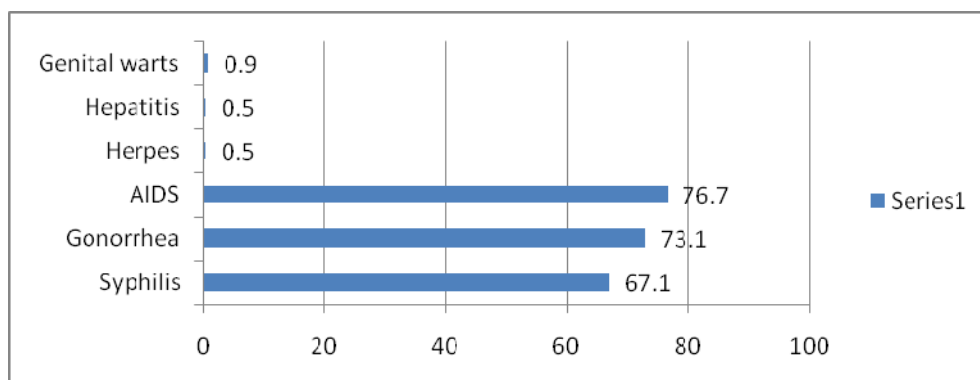
<i>Variable</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Uso de métodos de planificación familiar	Sí	289	53.8
	No	248	46.2
	Total	537	100
Uso de los servicios de la clínica AMREF	Sí	19	3.5
	No	263	48.5
	Total	282	52
Uso actual de métodos de planificación familiar	Sí	149	27.5
	No	133	72
	Total	282	



DATO 6: MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADOS POR TIPO, MARZO 2011

8.4. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El VIH/SIDA resultó ser la ETS más frecuente precedida por la gonorrea (73%) y la sífilis (67.3%). Una proporción limitada de los participantes tenía conocimientos acerca de las verrugas genitales, la hepatitis los herpes como causas de ETS.

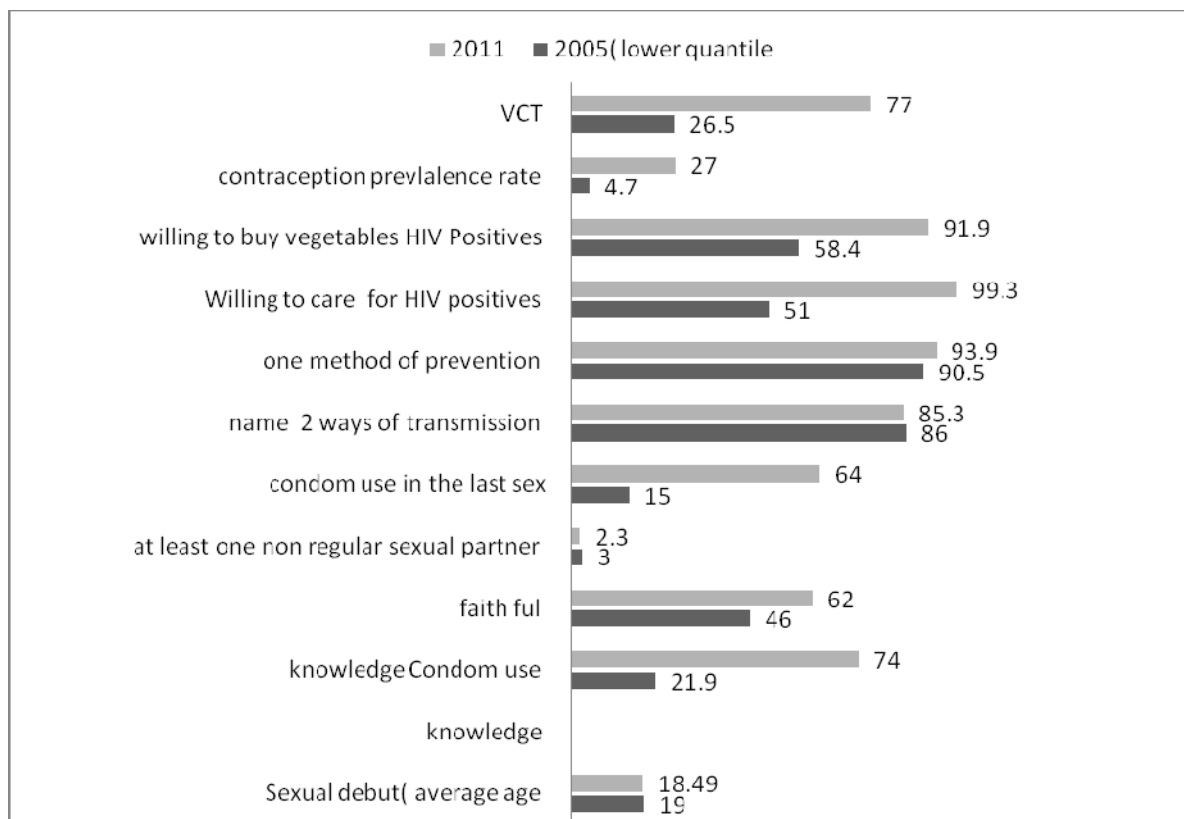


DATO 7: SÍNTOMAS DE LAS ETS RECONOCIDAS POR LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.

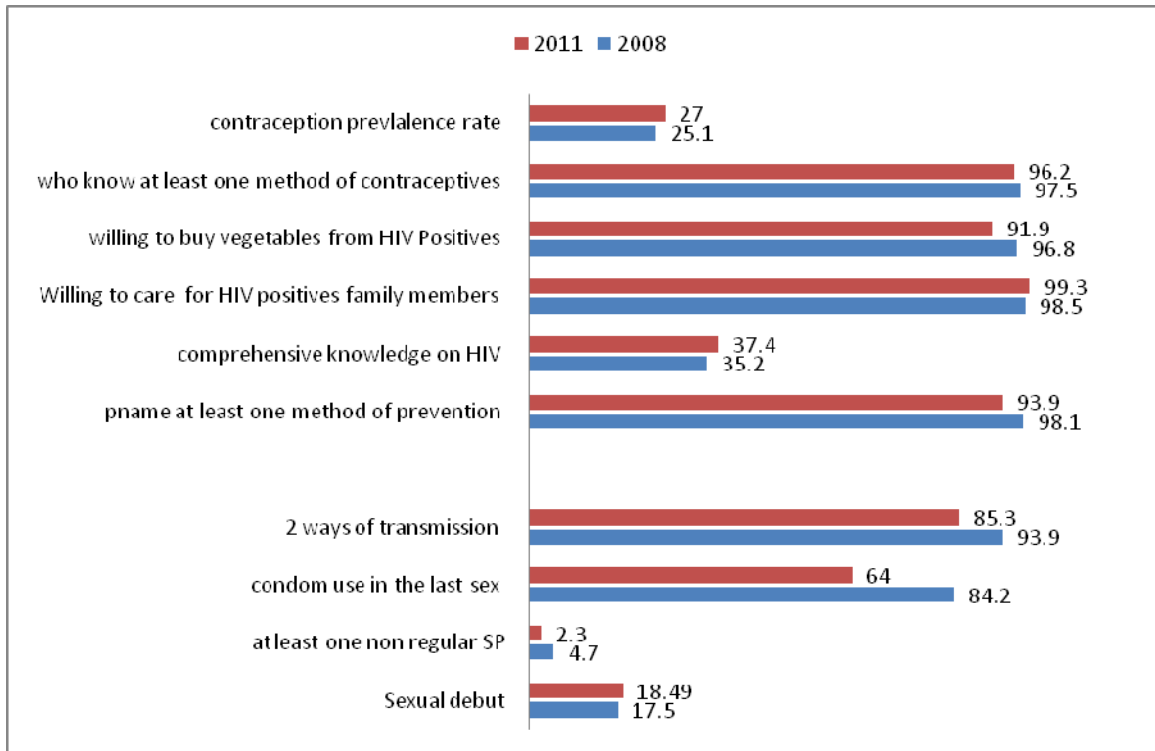
8.5. COMPARACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE ALGUNOS INDICADORES

Las comparaciones se hicieron con el DHS 2005 y los indicadores de mitad de trimestre de la evaluación. Se debe tener precaución al interpretar el hallazgo con la evaluación de mitad de período, la población de origen para el año 2008 se limitó a 08/16 Kebele que fue zona de intervención para la primera fase. Se observó una mejora en la utilización de métodos anticonceptivos y la APV. La actitud hacia el VIH también mejoró. El uso del preservativo en la última relación sexual (15 a 64%) también mejoró significativamente.

En comparación a la encuesta de 2008 (Kebele 8/16) revisada, la interacción sexual con una pareja estable no parece declinar del 4,7 al 2,3. El uso de anticonceptivos ha mostrado un incremento de 25 a 27 %. Los resultados comparables se observa en algunos indicadores de conocimiento seleccionado.



DATO 8: COMPARACIÓN ENTRE EL DHS DE 2005 (QUINTIL DE RIQUEZA INFERIOR) Y EL ESTUDIO FINAL UTILIZANDO LOS INDICADORES SELECCIONADOS.

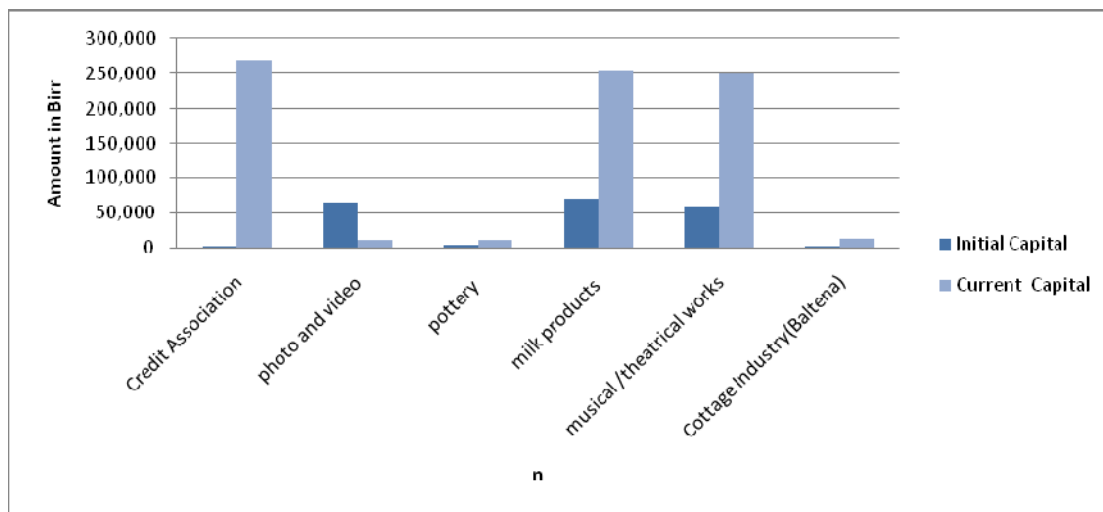


DATO 9: COMPARACIÓN ENTRE LA EVALUACIÓN DE 2008 Y 2011

8.6. ACTIVIDADES AGI

TABLA 9: COOPERATIVOS AGI Y ACTIVIDADES PRINCIPALES

Asociación de crédito	Miembro inicial masculino	Miembro inicial femenino	Miembro inicial	Capital inicial	Membresía actual masculina	Membresía actual femenina	Membresía actual total	Capital actual	Dinero total ahorrado	Préstamo total
Asociación de crédito		55	55	1.750		220	230	270.000	166,462	
Foto y vídeo	9	4	13	65.000	3		3	10.000	1500	6500
Alfarería		25	25	3.000		24	24	10.000		4000
Productos lácteos	7	7	14	70.000	9	4	13	254.000		70000
Trabajos musicales/teatrales	10	6	16	60.000	7	5	12	250.000	7000	35000
Industria tradicional (Baltena)		17	17	1.700		12	12	12.000		
Total	26	114	143	201.450	19	265	294	806.000	174.962	115.500



DATO 10: CAMBIOS EN LA CAPITAL TRAS EL ESTABLECIMIENTO DE LAS COOPERATIVAS.

Cooperativas y sus principales logros

En esta evaluación, se incluyeron las asociaciones de cooperativas, que recibieron el apoyo de AMREF Etiopía.

The Credit Association/ Hulun Bequle tiene 230 miembros que participan activamente en la asociación. Su capital se ha incrementado significativamente de 1.750 a 270.000 birr. El número de miembros ha mostrado un fuerte aumento de 55 a 230.

Fotografía y vídeo/ Centro de video Abugida/: el número de miembros se redujo de 13 a 3. El capital que tenían disminuyó notablemente.

Alfarería (Yewelagoch Tesfa): se fundó por mujeres cuyos estatus económicos eran muy bajos. Tienen 24 miembros y un capital de 10.000 birr.

Productos lácteos (Alem-genet): se trata de cooperativas de venta de leche que realizan muchas actividades en ganadería y agricultura urbanas. Su capital se ha triplicado en la línea de base de 70.000 birr.

Música y publica DTM: su capital se ha cuadruplicado y tienen un número de miembros bastante estable.

Baltena (Cooperativas de alimentos secos Andante): prepara y comercializa alimentos. Su capital se ha incrementado de 12.000 birr a 1750 birr.

Un total de 265 mujeres participan en las cooperativas seleccionadas en este momento. Las mujeres son las que más participan. El número de beneficiarios ha aumentado con el tiempo de 143 a 294. Se ha cuadruplicado el capital de las cooperativas.

Además, los participantes tienen sus propias cajas de ahorro donde guardan sus ganancias diarias. En general, las mujeres se vuelven autosuficientes y autónomas y minimizan su dependencia en los ingresos de los demás. Además, la mayoría de las mujeres saben de la importancia del ahorro y del crédito y son miembros de diferentes asociaciones de ahorro y crédito.

TABLA 10: EVALUACIÓN DE LOS FACTORES INTERNOS DE LOS COOPERATIVOS DE AGI

	<i>Bajo</i>		<i>Medio</i>		<i>Alto</i>		<i>Muy alto</i>	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Falta de conocimientos y habilidades	3	42.9%	3	42.9%	1	14.3%		
Escasez del capital de trabajo	1	14.3%	3	42.9%	2	28.6%	1	14.3%
Falta de rentabilidad de los productos cooperativos AGI	4	66.7%	2	33.3%				
Falta de Mercado para vender productos cooperativos AGI	6	85.7%			1	14.3%		
La falta de motivación hacia la AGI/actividad Cooperativa	4	57.1%	3	42.9%				
Falta de entrenamiento	2	28.6%	3	42.9%	2	28.6%		
Escasez de materias primas y otros insumos para llevar a cabo el AGI/ actividad cooperativa	3	42.9%	3	42.9%			1	14.3%
Escasez de herramientas de trabajo y equipamiento para llevar a cabo el AGI/actividades cooperativas	2	28.6%	2	28.6%	2	28.6%	1	14.3%
Falta de medios de producción apropiados	5	71.4%	1	14.3%	1	14.3%		
Falta de espacios de trabajo adecuados	5	71.4%	1	14.3%			1	14.3%
Falta de tiempo para producir los productos cooperativos/AGI	6	85.7%					1	14.3%
Falta de familiaridad con el producto cooperativo/AGI (nuevo para la comunidad)	7	100.0%						
Falta de divulgación	6	85.7%	1	14.3%				
Falta de compradores	6	85.7%	1	14.3%				
Miedo a la estigmatización y a la	7	100.0%						

discriminación								
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

La mayoría de los elementos para evaluar la cooperativa tuvieron resultados positivos. Algunos de los elementos identificaron las siguientes áreas de mejora. La escasez de capital de trabajo (3,7), la falta de formación suficiente (7,2) y la falta de herramientas de trabajo y equipos para realizar sus tareas resultaron ser las áreas a mejorar.

Por tanto, debe haber un apoyo continuo y un asesoramiento por parte de AMREF y deben fortalecer el programa de créditos por la prestación del servicio, proporcionando lugares y materiales de trabajo. Por otra parte, proporcionar una financiación adecuada es esencial para expandir las actividades AGI de AMREF y para fortalecer el programa.

8.7. BENEFICIARIOS HNV

Veinticinco cuidadores de beneficiarios HNV fueron entrevistados. Casi el 28 % de sus padres estaban vivos. El padre de la gran mayoría (60%) había fallecido. La mayoría (68 %) vivía con un único progenitor. Mientras el 24% vivía con parientes y el resto, el 8% vivía con sus padres. La mayoría de los cuidadores (60%) no tenía empleo (no tenían sustento).

La mayoría de los participantes recibían material escolar (48%) así como recibían gastos nutricionales (40%). Todos los HNV recibían apoyo nutricional por parte de AMREF, así como todos informaron de su asistencia escolar, aunque unos pocos (2) se perdieron al menos una clase una semana.

Todos ellos calificaron el programa HNV de, al menos, bueno. Casi el (88%) de los beneficiarios lo calificaron de muy bueno.

TABLA 11: ANTECEDENTES Y ESTADO DE LOS BENEFICIARIOS HNV SELECCIONADOS. KECHENE MARZO, 2011.

<i>Variables</i>	<i>Categoría</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Situación parental	Ambos vivos	7	28.0
	Padre vivo, madre fallecida	1	4.0
	Padre fallecido y madre viva	15	60.0
	Ambos fallecidos	1	4.0
Lugar de residencia /con quién	Padres	2	8.0
	Sólo madre/padre	17	68.0
	Parientes	6	24.0
Educación del cuidador	Sin estudios	11	44.0
	Leer y escribir	3	12.0
	Educación primaria	10	40.0
	Grado 9 -10	1	4.0
Situación de empleo de los cuidadores	Sin trabajo	15	60.0
	Tejedor	1	4.0
	Alfarero	1	4.0
	Ama de casa	1	4.0
	Jornalero	7	28.0
Situación educativa actual	Grado 1	6	24.0
	Grado 2	2	8.0
	Grado 3	5	20.0
	Grado 4	4	16.0
	Grado 5	4	16.0
	Grado 6	2	8.0
Ingresos	Sí	6	24.0
	No	19	76.0
Media de ingresos mensual	100	1	4.0
	150	1	4.0
	200	1	4.0
	300	3	12.0
	Total	6	24.0
	Sistema	19	76.0
Apoyo	Gastos de comida y ropa	3	12.0
	Gastos de comida	10	40.0
	Material escolar	12	48.0
Apoyo nutricional	Sí	25	100.0
Calificación del servicio HNV	Muy bueno	22	88.0
	Bueno	3	12.0
Asistencia escolar actual	Sí	25	100.0
Clases perdidas	Sí	2	8.0
	No	23	92.0

8.8. PERSPECTIVAS DE LOS PARTICIPANTES CUALITATIVOS RESUMIDAS POR ÁREAS TEMÁTICAS CLAVE

Un total de 6 FGD y 13 entrevistas en profundidad (IDI) se llevaron a cabo durante el periodo de recolección de información. (Véase Tabla 12)

TABLA 12: RESUMEN DE PARTICIPANTES EN LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO AMREF KECHENE VIH/SIDA

	<i>Tipo de</i>	<i>Número de participantes del grupo</i>
Jóvenes beneficiarios del servicio	FGD	2
Jóvenes no beneficiarios del servicio	FGD	2
Beneficiarios AGI	FGD	2
Educadores cualificados	IDI	2
Consejero de la comunidad	IDI	2
Trabajadores sanitarios cualificados	IDI	1
Administración de Kebele	IDI	2
CBO	IDI	2
Centros juveniles	IDI	1
PLWHA	IDI	2
Personal del proyecto	IDI	1

8.8.1. IMPORTANCIA DEL PROYECTO PARA LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD

El proyecto AMREF Kechene resultó ser relevante para las necesidades de la comunidad. Los participantes informaron que el programa había cambiado a la comunidad de muchas maneras. Como la mayoría de los participantes claramente había establecido, el programa fue útil para reducir la vulnerabilidad de las comunidades, porque hoy día, la conciencia sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual ha aumentado desde que participaron en la formación de AMREF y gracias a los esfuerzos de los formadores. Hoy en día la conciencia ciudadana sobre el VIH y la sanidad sexual y reproductiva ha cambiado debido a la implantación de AMREF el VIH/SIDA y el programa de sanidad sexual y reproductiva. La mayoría de las personas anteriormente en la comunidad no tenía conciencia sobre el VIH y la sanidad sexual y reproductiva. Uno de los informantes, un educador formado declaró que el principal objetivo de AMREF era evitar que la sociedad se infectara de VIH/SIDA y quería informar acerca de los problemas relacionados con la sanidad como resultado ya que la formación trae consigo más

cambios en los participantes y también crea conciencia sobre el VIH, las ETS y la RH entre de la sociedad. Los participantes también informaron que tenían buena nociones de VIH/SIDA y sus problemas relacionados. También informaron que las personas que desconocían el uso del preservativo han comenzado a utilizarlo correctamente. La gente conocía el modo de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual y, saben cómo prevenir el embarazo no planificado. También se observó se había empezado a evitar comportamientos estigmatizantes y discriminatorios. En este sentido, uno de los proveedores de servicios juveniles, indicó que «ellos tomaron lecciones sobre el VIH, como el uso del condón». ¿Cómo el VIH/SIDA afecta a las células blancas de la sangre, a las infecciones de transmisión sexual y a los síntomas de ETS? También tomaron lecciones de planificación familiar y de transmisión del VIH durante el embarazo. Por otra parte, se discutió acerca de cómo controlar el embarazo a través de la inyección, el lazo y las pastillas. Del mismo modo, uno de los PLWHA indicó que había un cambio significativo en las comunidades en torno a las personas con VIH/SIDA. Hoy en día, el estigma y la discriminación existen de vez en cuando. También se informó de la importancia de la APV y de la orientación y el asesoramiento. La otra contribución del proyecto tiene como objetivo reducir el número de trabajadoras sexuales mediante su participación en actividades generadoras de ingresos. Los participantes AGI reconocen y consolidan el esfuerzo de AMREF para organizarse en microempresas y pequeñas empresas de apoyo a los participantes en su manera de gestionar y administrar negocios en funcionamiento durante la actividad empresarial.

Uno de los beneficiarios AGI declara que «En estos días pude tener controlados mis ingresos diarios y los gastos, también guardaba cierta cantidad de dinero para mi futuro. Además, en esos días mi actividad AGI aumentó ya que utilizaba diferentes mecanismos para tratar a mis clientes». Por lo tanto, a partir de aquí se puede deducir que el funcionamiento de una AGI ofrece la oportunidad de ser trabajadores por cuenta propia utilizando las habilidades y los recursos propios. Y también la generación de ingresos genera mayores ingresos, lo que permite a las familias disfrutar de una mejor comida, ropa y refugio.

8.8.2. ¿QUÉ HA HECHO EL PROYECTO POR LA COMUNIDAD? ¿HA VALIDO LA PENA?/ CONTRIBUCIÓN/

La mayoría de los informantes indicó que el programa de AMREF había contribuido a obtener una educación concienciada acerca del VIH y las cuestiones de sanidad sexual y reproductiva relacionadas. Y aumentar su comprensión general sobre el VIH y las cuestiones de sanidad

sexual y reproductiva. Alentó a la gente a realizarse la prueba del VIH y a proporcionar tratamiento a personas seropositivas. En este sentido, uno de los informantes CBO indicó: «mi conocimiento sobre el VIH y las cuestiones relacionadas con sanidad sexual y reproductiva no era tan útil como para evitar la infección y los problemas de sanidad sexual y reproductiva. Pero ahora tengo un buen conocimiento sobre temas de VIH y sanidad sexual y reproductiva». Las PLWHA indicaron que el programa de AMREF también había contribuido mucho a cambiar el comportamiento de la sociedad con respecto a ellos.

Del mismo modo, uno de los beneficiarios del centro juvenil señaló que el proyecto había llevado a cabo muchas actividades distintas en Kebele. Debido a que la zona está muy subdesarrollada, el comportamiento de concienciación se practica dentro de la comunidad, especialmente hacia los jóvenes ya que son más vulnerables a este problema. Los informantes también indicaron que existían varios factores que exponían a los jóvenes al VIH/SIDA en la zona. Por ejemplo, el creciente número de casas que ofrecen hachís y alcohol, películas pornográficas y el aumento del número de bares y casas, lo que afecta más a las niñas y los niños. Estas casas animaron a la gente a realizar cosas que afectan la vida de estas niñas y niños. Sin embargo, en lo que respecta a la contribución de este proyecto fue mínima.

Además, uno de los informantes de Kebele indicó que AMREF también estableció una casa letrina/WC/ y una torre de agua para aquellos que no tenían acceso al agua potable. Por otra parte, daba apoyo a niños que habían perdido a su familia proporcionándoles alimento y materiales educativos. Además, los servicios médicos proporcionaron libros que se han distribuyeron a las escuelas, la formación se llevó a cabo por parte de trabajadores sanitarios sobre la transmisión materno-infantil, la sanidad sexual y reproductiva y el VIH/SIDA. Los trabajadores sanitarios formados dentro de oficinas gubernamentales fueron algunas de las aportaciones del proyecto a la comunidad. En este sentido, los informantes de Kebele indicaron que AMREF había estrechado lazos con Kebele y habían realizado en Kebele actividades relacionadas con la sanidad.

Además, uno de los beneficiarios AGI informó que AMREF había organizado cooperativas IGA. Como resultado, la mayor parte de la vida de los participantes cambió en muchos aspectos, después de que AMREF se uniera al programa AGI. Por el momento, podían generar ingresos

para cubrir sus propios gastos. Antes de unirse a esta asociación, sus ingresos no eran suficientes como para cubrir sus gastos del hogar. Asimismo, los participantes han adquirido conocimientos diversos gracias a los esfuerzos persistentes de AMREF Etiopía que los hacen autosuficientes. En este sentido, uno de los miembros AGI declaró:

«Mi vida ha mejorado mucho desde mi participación en este programa, ya que en estos días mis ingresos ha mostrado un progreso satisfactorio. Este progreso se debe a que recibí un préstamo de mi asociación y esto me ayudó a contratar a otras personas y a ampliar mi actividad AGI».

Uno de los consejeros de la comunidad dijo que AMREF había capacitado a los consejeros de la comunidad y a los formadores en diferentes áreas de salud relacionados con el bienestar social. Esto les ayudó a enseñar a las comunidades y a ampliar sus horizontes. Los participantes también señalaron que, en un principio la mayoría de las personas tímidas para hablar sobre temas de sanidad reproductiva, tomaban el asunto como secreto, pero después de que el proyecto organizara encuentros un poco más informales, la comunidad empezó a discutir los problemas abiertamente.

8.8.3. ACEPTACIÓN DE LOS VOLUNTARIOS POR PARTE DE LA COMUNIDAD

La mayoría de los informantes indicó que la aceptabilidad de los voluntarios comunitarios fue muy positiva e hicieron su trabajo sin problemas, pero en algunos casos, las personas mayores no tenían motivación para escuchar a los voluntarios. Por lo tanto, se instó a los voluntarios para que cambiaran su metodología de enseñanza. Durante la lección, los voluntarios utilizaban carteles, papeles y otros materiales escritos para que se pudieran leer en los hogares de las comunidades. Por otra parte, uno de los informantes PLHWA estableció que los voluntarios habían desempeñado un papel fundamental en la difusión de información sobre el VIH/SIDA y sobre los temas relacionados con RH y proporcionaron asistencia y apoyo para aquellos que viven con el VIH/SIDA. Sin embargo, los voluntarios tuvieron que enfrentarse también con un problema; en ocasiones, la comunidad solicitó un apoyo directo que incluía dinero, apoyo nutricional y medicina. En este sentido uno de los administradores de Kebele mencionó que a veces las comunidades tienen un recibo en el que ellos compraban medicina para ellos mismos pero les pidieron a los voluntarios la devolución de sus

gastos personales. Esto implica que existió un malentendido sobre el alcance y responsabilidades de los voluntarios por parte de algunos miembros de la comunidad.

8.8.4. SOSTENIBILIDAD DE LAS ACTIVIDADES TRAS LA FINALIZACIÓN DEL PROYECTO

Con respecto a las cuestiones de sostenibilidad, uno de los empleados del proyecto indicó que trataron de seguir algunas de las actividades que fracasaron debido a la escasez de dinero. Los voluntarios trataron de motivar a la gente para que movilizara sus propios recursos y resolviera sus propios problemas internos. Específicamente, uno de los trabajadores sanitarios capacitados que actuaba como infórmate, señaló que para mantener los efectos del proyecto, que incluía la formación al proveedor de voluntarios, se organizó un foro para incluir a los dirigentes gubernamentales y los líderes eclesiásticos.

Además, la mayoría de los informantes de la comunidad indicó que esperaban la continuidad del proyecto ya que proporcionaba muchos beneficios. El informante también añadió que «AMREF tenía 85 voluntarios, pero el proyecto se detuvo. Todo el mundo trabaja para sí mismo, porque nadie puede vivir sin alimentos. Me alegraría si el proyecto continuara». Asimismo indicó muchos miembros de la comunidad también compartían este deseo.

8.8.5. PUNTOS FUERTES Y DÉBILES DEL PROYECTO SEGÚN LOS PARTICIPANTES

Los puntos débiles y Fuertes del proyecto AMREF de Kechene se resumieron así por los participantes del estudio:

Puntos fuertes

- Provisión de servicios y APV y proporcionar ayuda a gente con PLWHA
- AMREF hizo su trabajo a nivel de campo y se dirige a problemas que siente la comunidad.
- Allana el camino para desarrollar el voluntariado entre la comunidad.
- Se creó conciencia sobre diferentes temas de salud relacionados con la comunidad hubo una mayor conciencia dentro de las comunidades - Construcción de servicios y otras actividades para sanear la comunidad.
- Suministro de material escolar, tales como libros.
- Colaboración con cuerpos gubernamentales.

- Supervisión del personal y del trabajo de AMREF.

Puntos débiles

- Escasez de materiales de demostración como preservativos femeninos y lápices de maquillaje
- Número limitado de enfermeras en la clínica de AMREF RH.
- Reuniones con los voluntarios sólo una vez al mes para dar su salario, su mecanismo de supervisión es débil.
- Retraso en la asignación de voluntarios

Las actividades generadoras de ingresos realizadas por los jóvenes son muy escasas.

Recomendación

- AMREF debería reforzar su mecanismo de seguimiento, ya que sólo asignando entrenadores no podría ser paliado de la forma esperada. Por tanto, se llevarán a cabo pruebas consecutivas y los mecanismos de evaluación.
- Debería haber una distribución de preservativos femeninos y AMREF tiene que distribuirlos de manera suficiente.
 - El proyecto debe identificar a los beneficiarios/grupos objetivo muy delimitadamente. Porque, en ocasiones, se daba apoyo a las gentes que tenían buenos ingresos. ¿Qué cantidad de ingresos sería la adecuada?
- Deben inaugurarse centros sanitarios RH en Kebele/08/16/
 - Recomendamos la continuidad del proyecto.
 - Repartir materiales de lectura adicionales para los jóvenes y aconsejar y distribuir panfletos para el proyecto.
 - Debería haber una colaboración con los interesados gubernamentales y no gubernamentales.
 - Aconsejamos que el proyecto solucione los problemas de la comunidad.
- Aconsejamos que el proyecto continúe y proporcione ayuda a PLWHA y jóvenes que realicen AGI.

9. DISCUSIÓN

El estudio cuantitativo reveló que había habido una mejoría o estabilización en el nivel de la actitud de conocimiento y práctica en las áreas del programa de VIH/RH. Casi todos los entrevistados reconocieron la importancia y los efectos de RH/VIH relacionados con el proyecto implementado en su área. La mayor preocupación de las personas que participaron en la entrevista estaba relacionada con el mantenimiento de los resultados obtenidos en este proyecto. El resultado de la evaluación indicó que el proyecto se ejecutó de acuerdo con el plan, excepto por algunas modificaciones en la escasez de materiales de demostración, los preservativos femeninos. Los educadores consideraron que la supervisión de apoyo fue insuficiente. Las pruebas revelaron que los beneficiarios se habían beneficiado de la intervención. Hubo una mejora en el conocimiento y el comportamiento en lo referente a sanidad reproductiva/VIH/SIDA. Se encontraron algunos problemas al hacer esta comparación. La evaluación anterior disponible se limitaba únicamente a Kebele, zona de intervención desde el año 2005, mientras que Kebele 07/17 pasó a formar parte de la intervención desde el año 2008. Las medidas de resultado en esta evaluación se pueden diluir como resultado de la razón mencionada anteriormente. La comparación con los grupos de menor riqueza quintil considerando Etiopía DHS2005 estaba justificada ya que se seleccionó a mucha gente de la zona en base a las condiciones de vida. La mayoría de las mujeres sabían de la importancia del control de la natalidad (tanto de límite como de espacio). La tasa del uso de métodos anticonceptivos fue 27%, superior a la nacional y también a la de cobertura de línea de base. Los huérfanos y los niños vulnerables se beneficiaron del programa de niños huérfanos y vulnerables, y muchos hombres y mujeres vulnerables fueron capaces de generar sus propios ingresos. Además, hubo una notable mejora en el desempeño de las cooperativas que se demostró gracias al incremento observado en su capital. A pesar de que aumentó su capital, la mayoría no logró aumentar su número de miembros.

La clínica de AMREF ha proporcionado servicios a casi el 6,7% de los que dijeron haber empleado métodos de planificación familiar. La contribución es importante ya que AMREF no se creó para sustituir a las instalaciones públicas, sino para complementar los servicios públicos y su intención es ayudar a la población desatendida. La clínica de AMREF también sirvió como fuente de información para casi el 10% de los sujetos del estudio. Además de esto, los

trabajadores sanitarios fueron considerados como fuente importante de información. Los educadores y los consejeros de la comunidad son considerados trabajadores sanitarios en la comunidad, lo que subraya la importancia de los educadores en la difusión de la información. La evaluación identificó los siguientes desafíos clave para la implementación del proyecto. El primero está relacionado con el mantenimiento de los resultados del proyecto. A pesar de que en el proyecto se diseñaron mecanismos para mantener los resultados del mismo, existe la preocupación en continuar su trabajo sin tener el apoyo de AMREF. Esta experiencia puede ser tomada como una oportunidad para que el programa emergente de sanidad pública (Programa de Extensión Urbana de Sanidad) a cargo del gobierno. Existen experiencias importantes en las cuales incluso las intervenciones de comportamiento son necesarias para continuar obteniendo los resultados deseados y manteniendo los ya conseguidos.

Los beneficiarios huérfanos y niños vulnerables son más propensos a verse afectados de inmediato una vez que la financiación se retire. El informe del proyecto indicó que el personal asistencial debe participar en las actividades generadoras de ingresos para aliviar las consecuencias de la interrupción del proyecto. Es necesario que la estrategia de salida resuelva este asunto.

La mayoría de las cooperativas han mostrado un resultado muy alentador demostrado por un aumento del capital y del número de beneficiarios. Contrariamente a esto, algunos han mostrado un deterioro en su rendimiento. Las razones podrían estar relacionadas con la complejidad de las tareas, la capacidad limitada de los miembros y los cambios inesperados en la demanda del producto suministrado por el grupo.

Hay mucho que mejorar en la comunidad. Todavía hay una necesidad de mejorar la capacidad de la comunidad, ya que casi el 34% de los participantes informaron de que ningún miembro de la familia participó en la actividad de generación de ingresos. Esta evaluación ha utilizado distintas fuentes de información. Además, se emplearon métodos mixtos (cuantitativo y cualitativo), que ayudaron a triangular los resultados. La presencia de la encuesta de referencia y la aplicación de los métodos empleados en la encuesta anterior habían contribuido a mejorar la comparabilidad con la encuesta de referencia. El método elegido (pre y post intervención/no experimental) para el diseño de la evaluación no puede controlar o tener en cuenta los otros factores externos que están teniendo lugar en la comunidad. Y por tanto, se suma a las dificultades de atribuir todos los

cambios a la intervención. No fue posible para evitar el sesgo de selección para que pudiera afectar al hallazgo este estudio. (Los que participaron compartieron algún carácter que podía diferir de los que se quedaron fuera de casa). No se puede descartar un sesgo de deseabilidad social ya que la evaluación se centró en los comportamientos frecuentemente afectados por ello.

10. CONCLUSIONES

1. El proyecto se ha llevado conforme a lo previsto, salvo algunos problemas de aplicación.
2. Ha habido mejoras en las áreas claves de intervención que se evidencian por el alto nivel de conocimientos y hábitos de salud mejorados de forma relativa (conocimiento del VIH, del SIDA, de la planificación familiar y las enfermedades de transmisión sexual).
3. El apoyo al medio de vida/la comunidad de apoyo activa han sido muy productivos en la mayoría de los casos.
4. El mantenimiento de los resultados obtenidos gracias al proyecto es un punto crítico.

11. RECOMENDACIONES

1. Adoptar y compartir lecciones aprendidas por otros programas/proyectos.
2. Asegurar mecanismos para mantener los efectos del programa/proyecto dentro de la comunidad. Los voluntarios y otros educadores deben integrarse con el programa extensivo de sanidad urbana.
3. Enlazar a beneficiarios OVC con IGA para que se vean afectados por las fases de salida del proyecto.
4. AMREF debe encontrar un mecanismo para hacer un seguimiento y proporcionar apoyo limitado a las instituciones locales situadas en la zona del proyecto para asegurar la transferencia de responsabilidades con las entidades locales.