



INFORME DE EVALUACIÓN FINAL

EVALUACIÓN FINAL DEL PROYECTO “SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MEJORA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL DISTRITO DE MUSOMA RURAL, TANZANIA”

ELABORADO POR:

**Albino Kalolo
Francis Mtitu
Yeronimo Mlawa**

Abril 2013

RECONOCIMIENTOS

Esta evaluación no habría sido posible sin el trabajo arduo y la dedicación de muchas personas y socios. Nos gustaría dar las gracias a todo el personal en AMREF Mwanza; en particular a la Sra. Edna Matasha, directora del programa del *Lake Zone*, por su generosidad en el apoyo de todos los arreglos logísticos y en el suministro del personal de apoyo, lo cual hizo que el trabajo se llevara a cabo con más facilidad. Extendemos nuestro agradecimiento al Sr. Medard Rwakatare por la coordinación en terreno y en Musoma. Sus conocimientos, puntos de vista y asistencia han sido inestimables para la realización de este estudio. También nos gustaría agradecer al Sr. Zumba, chofer de AMREF Mwanza, por su profesionalidad y prudencia al volante durante nuestras visitas en terreno.

Además, extendemos nuestro más sincero agradecimiento a los socios del proyecto, en especial al consejo del distrito de Musoma, a los centros de salud y a los gobiernos municipales, los cuales han estado siempre disponibles para esta evaluación a pesar de sus apretadas agendas. Apreciamos ampliamente su participación y opiniones abiertas y detalladas sobre los logros del proyecto.

De igual modo agradecemos profundamente el apoyo que los alcaldes de las aldeas y todos los otros líderes locales proporcionaron a los equipos de evaluación durante la recogida de datos a nivel comunitario, facilitando su orientación, a fin de llevar a cabo sus actividades con éxito.

Finalmente agradecemos a las comunidades centro del estudio en su conjunto por su cooperación y provisión de información, tanto de forma individual como en conjunto- en grupos de debate-, las cuales ayudaron al equipo de evaluación a conseguir una mejor visión de los cambios realizados durante la implementación del proyecto en sus respectivas áreas.

Exclusión de responsabilidad

Las opiniones expresadas en este informe son las de consultores independientes y no reflejan necesariamente las de AMREF.

Contenido

1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Objetivos de la evaluación Final.....	8
1.3 Metodología de evaluación	9
1.3.1 Descripción del lugar de evaluación del proyecto.....	9
1.3.2 Población destinataria.....	10
1.3.3 Diseño de la evaluación	10
1.3.4 Criterios de inclusión.....	11
1.3.5 Criterios de exclusión.....	11
1.3.6 Determinación del tamaño de la muestra	11
1.3.7 Marco de muestreo y procedimientos	12
1.4 Técnicas de recogida de datos y herramientas	12
1.4.1 Recopilación de datos.....	12
1.4.2 Gestión de datos.....	13
1.4.3 Análisis de Datos Cuantitativos.....	13
1.4.4 Análisis de datos cualitativos.....	13
1.4.5 Consideraciones éticas.....	14
2.2 Características socio-demográficas dela población de estudio	15
2.3 Resultados de la evaluación por objetivo	16
CAPÍTULO TRES: ANALÍISIS.....	28
3.1 Conocimiento y actitudes sobre Planificación Familiar, Cáncer de cuello uterino y correlaciones sociodemográficas.....	28
3.2. Aceptabilidad y sensibilización del proyecto	29
3.3 La aceptación y uso de la Planificación Familiar y servicios de detección precoz del cáncer	30
3.4 Impacto de la iniciativa de empoderamiento de las mujeres sobre el VIH / SIDA y las enfermedades de transmisión sexual	31
Empoderamiento de las mujeres mediante el enfoque de las Actividades Generados de Ingresos	31

3.5 El cáncer cervical y la aceptación	32
3.6 Limitaciones.....	33
CAPÍTULO CUATRO. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	34
4.1 CONCLUSIÓN	34
4.2 RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS	37
ANNEXOS	38
A: FACILITY QUESTIONNAIRE	38
A: Characteristics of the respondent	38
B: SURVEY QUESTIONNAIRE	42

RESUMÉN

El proyecto “Servicios de planificación familiar y mejora de la salud sexual y reproductiva en el Distrito de Musoma Rural”, se implementó desde Enero 2011 a Mayo del 2013. El propósito de este proyecto ha sido el de replantear la planificación familiar: mejorando la percepción, aceptación y el uso de métodos anticonceptivos modernos; incrementando su visibilidad y disponibilidad, fomentando el empoderamiento de las mujeres, su situación económico-social para acceder y utilizar los servicios anticonceptivos al igual que servicios más amplios de salud reproductiva, y así mejorar su salud.

En Abril del 2013, esta consultora se llevó a cabo un estudio de evaluación final sobre el proceso de implementación y el impacto del proyecto. El objetivo general ha sido el de evaluar el proceso de ejecución del proyecto desde el inicio hasta la fecha, y proporcionar una comprensión integral de la ejecución del proyecto y de los éxitos realizados con referencia al objetivo específico y los resultados esperados y alcanzados, los cuales servirán como base para la futura réplica del proyecto y su posible ampliación..

Esta evaluación fue un estudio transversal descriptivo que empleó métodos mixtos de diseño. En total para realizar evaluación final, se contactó a 282 habitantes del área de intervención del proyecto. Los encuestados fueron 125 hombres (44%) y 157 mujeres (56%). La edad media de los participantes ha sido de 30 años (SD = 8,24). Los hombres eran ligeramente más mayores (32 años) que las mujeres (29) .La mayoría de los participantes tenía educación primaria (77%) y eran católicos (56%). La mayoría de participantes estaba casada (67.7%). Un 86% de los participantes habían vivido más de dos años en el área de intervención. Durante la evaluación también se realizaron 10 entrevistas a informantes clave y 14 discusiones con Grupos Focales.

Encontramos que el 58,7% de los participantes a la encuesta conocían el proyecto y su contenido (acceso a la información sobre métodos anticonceptivos, estrategias para el empoderamiento de las mujeres y servicios de detección para el cáncer). La población joven y las mujeres entrevistadas tenían más conocimientos que el resto. Así también se vio que los encuestados tenían conocimiento sobre la planificación familiar (64%) y que el 55% había usado métodos anticonceptivos tres meses antes de

la realización de este estudio. En general el uso de anticonceptivos ha sido del 58% comparado con el 18% de la línea de base.

Las mujeres han representado solo un 25% de las personas beneficiadas por las actividades generadoras de ingresos, y esta cifra se alcanzó gracias a las charlas durante el proyecto, sobre la planificación familiar, la salud materna, infantil y enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA.

Con respecto al cáncer cervical se vio que solo un 32% de los encuestados tenían nociones y que únicamente un 11% de mujeres se había realizado un cribado para el cáncer.

Finalmente se concluyó que el proyecto ha tenido un éxito notable aunque sigue habiendo necesidades que abordar en la zona, especialmente en materia de detección precoz del cáncer. Las recomendaciones de esta evaluación se centran en dar prioridad acciones que involucren más a los hombres en materia de derechos, responsabilidades y educación sobre la salud sexual y reproductiva. Asimismo se cree que proyectos que abarquen el cribado del cáncer deben de realizarse tratando únicamente este tema. Se ha valorado como un componente muy positivo para fomentar participación en el proyecto la realización de actividades generadoras de ingresos, así como las acciones que acompañan a dichas actividades tal y como las charlas de grupo, y se creen importantes para la sostenibilidad, aceptación y cambio de actitudes que mejoran la salud y la calidad de vida

CAPÍTULO UNO: INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

El proyecto de servicios de planificación familiar y mejora de la salud sexual y reproductiva en el distrito de Musoma Rural, se inició el 1 de Enero de 2011, y finalizó el 31 de Mayo de 2013. El proyecto fue financiado por el Ayuntamiento de Madrid, convocatoria del año 2009, a través de AMREF Flying Doctors (España) y ha sido implementado por AMREF Tanzania y sus socios en 27 municipios del Distrito de Musoma Rural, así como con la colaboración del Consejo del Distrito de Musoma Rural.

El propósito de este proyecto ha sido el de replantear la planificación familiar: mejorando la percepción, aceptación y el uso de métodos anticonceptivos modernos; incrementando su visibilidad y disponibilidad, fomentando el empoderamiento de las mujeres, su situación económico-social para acceder y utilizar los servicios anticonceptivos al igual que servicios más amplios de salud reproductiva, y así mejorar su salud, la de sus hijas e hijos y la familia en general. Así mismo, se motivó la participación de los hombres en actividades comunitarias donde se promovió el uso del preservativo con el doble fin de prevenir embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA. El proyecto ha buscado fortalecer los sistemas sanitarios para mejorar la calidad de los servicios en los centros de atención primaria del distrito de Musoma.

Los resultados esperados eran los siguientes:

- Mejorar el conocimiento y utilización de los servicios de planificación familiar entre los hombres y las mujeres como medio de reducción de la infección de VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.
- Mejorar el conocimiento y las habilidades de mujeres y hombres en la integración de la salud reproductiva y la prevención del VIH / SIDA en actividades generadoras de ingresos(IGAs);
- Mejorar la prestación de servicios de atención primaria para facilitar la aceptación efectiva y detección temprana del cáncer relacionado con la salud reproductiva (cáncer cervical/uterino y de mama);

- Mayor colaboración entre las partes interesadas a la hora de abordar la aceptación de métodos de planificación familiar y la realización de las pruebas para la detección temprana del cáncer, en el distrito de Musoma Rural.

Las intervenciones principales del proyecto fueron: la creación de capacidad a través de cursos de formación para personal sanitario, voluntarios comunitarios y comités de salud; movilización comunitaria mediante reuniones de sensibilización y promoción; supervisión de apoyo y tutelaje a los proveedores de servicios, proporcionando equipamiento a los centros sanitarios para realizar la detección del cáncer cervical, y creando colaboración con las comunidades, y realizando investigaciones operativas.

1.2 Objetivos de la evaluación Final

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar el proceso de ejecución del proyecto desde el inicio hasta la fecha, y proporcionar una comprensión integral de la ejecución del proyecto y de los éxitos realizados con referencia al objetivo específico y los resultados esperados y alcanzados, los cuales servirán como base para la futura réplica del proyecto y su posible ampliación.

La evaluación final tuvo los siguientes objetivos específicos:

1. Evaluar el grado de alcance del objetivo específico, y los resultados esperados, prestando especial atención a los primeros indicios del impacto del proyecto y la sostenibilidad de los resultados logrados.
2. Evaluar el nivel de Conciencia, Conocimientos, Actitudes, Prácticas y Comportamientos de los miembros de la comunidad hacia los métodos modernos de Planificación Familiar y VIH/SIDA.
3. Evaluar la calidad de la Planificación Familiar y acciones de detección del cáncer existentes en la comunidad, en cuanto a su eficacia, aceptación y acceso.
4. Evaluar la calidad de las instalaciones sanitarias para ofrecer servicios la planificación familiar y detección del cáncer.

5. Evaluar la capacidad actual de los servicios y sistemas sanitarios del distrito y de las estructuras comunitarias, para apoyar intervenciones de Planificación Familiar y detección precoz del cáncer, con base comunitaria, mediante un enfoque multisectorial.
6. Identificar las oportunidades y los retos que tendrán las comunidades y autoridades del distrito para mantener las mejores prácticas aprendidas del proyecto una vez que AMREF salga de la escena.

1.3 Metodología de evaluación

1.3.1 Descripción del lugar de evaluación del proyecto

Esta evaluación se llevó a cabo en el distrito de Musoma Rural. Según el censo de población de 2012, la población combinada de Musoma y Butiama es de 420.088 habitantes (Butiama es un distrito recién formado después de la división del distrito de Musoma; la Planificación Familiar y la emancipación de las mujeres se trabajó en ambos distritos). El Distrito de Musoma es uno de los seis distritos de la región de Mara, Tanzania. Colinda al norte con Tarime y los distritos urbanos de Musoma, al este con el distrito de Serengeti, al sur con el distrito de Bunda y al oeste con el lago Victoria.

El distrito de Musoma tiene tres divisiones llamadas: Makongoro, Nyanja y Kiagata. Cuenta con 34 comarcas y 120 pueblos. La economía del distrito Musoma depende en gran medida de la agricultura, la cría de ganado, la pesca y la minería a pequeña escala. La pesca es la actividad económica más importante para la mayoría de las personas que viven a lo largo de la orilla del lago Victoria. La encuesta de evaluación final cubrió 7 comarcas de Eтарo, Buruma, Nyakatende, Nyegina, Kukirango, Bwiregi y Mgango. El número de pueblos que se cubrieron fue 13 (estos son, Eтарo, Isaba, Kabegi, Nyegina, Kiabakari, Masurura, Songora, Nyakatende, Nyangoma, Kataryo, Tegeruka, aranmanoth y Nyasurura). Cuatro centros de salud, en concreto Kiagata H/C, Nyakatende, Nyegina y dispensarios Tegeruka también fueron incluidas en la encuesta. La Tabla 1 describe los indicadores de salud de los distritos relevantes para este informe.

Tabla 1: Indicadores claves de los distritos pertinentes a esta evaluación

S/N	Indicador	Proporción/ índice
1	Población total	446, 516**
2	Índice de fertilidad total	3.5%
3	Crecimiento de la población	2.5%
4	Tasa de natalidad	7.4
5	Nueva tasa de asistencia prenatal	100%
6	Nuevo índice de aceptación de la Planificación Familiar	21%
7	Prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas	3%
8	Índice de mortalidad materna	40/100,000
9	Proporción de pacientes diagnosticados con cáncer*	3%

* Todos los tipos de cáncer; No existen datos por separado sobre el cáncer cervical o de mama.

** Informe sanitario del Distrito, 2012;

1.3.2 Población destinataria

Esta evaluación tuvo dos unidades de estudio: los proveedores de servicios sanitarios (trabajadores sanitarios, los funcionarios del distrito, personal de recursos de la comunidad como agentes de salud comunitarios y líderes de actividades generadoras de ingresos) que actuaron de informantes clave; y los hombres y mujeres de la comunidad que son receptores o posibles clientes de los servicios de planificación familiar y de detección del cáncer, que participaron tanto respondiendo a los cuestionarios como en los grupos de discusión. Los centros sanitarios fueron deliberadamente seleccionados. Los encuestados fueron seleccionados en los centros sanitarios, oficinas o hogares de las comunidades.

1.3.3 Diseño de la evaluación

Esta evaluación fue un estudio transversal descriptivo que empleó métodos mixtos de diseño con el fin de reunir las fuerzas de ambos métodos de investigación cualitativa y cuantitativa, para comprender los procesos y los cambios producidos por el proyecto.

1.3.4 Criterios de inclusión

Los proveedores del servicio sanitario incluyen a los trabajadores sanitarios, a los funcionarios del distrito y al personal de recursos de la comunidad, así como a agentes de salud comunitarios y a los líderes de las actividades generadoras de ingresos, los cuales se encontraban disponibles en el momento de la evaluación;

Miembros de la comunidad (hombres y mujeres) entre 18 y 49 años de edad.

1.3.5 Criterios de exclusión

Aquellos que no dieron su consentimiento para participar en la evaluación;
A los enfermos no se les molestó para la evaluación.

1.3.6 Determinación del tamaño de la muestra

Se utilizó el Kish, Leslie (1965) para determinar el tamaño de la muestra. Utilizamos la siguiente ecuación estadística:

$$n = \frac{Z^2 P q}{d^2}$$

Si n se refiere al tamaño de la muestra deseada.

Z = desviación generalmente fijada en 1,96 que corresponde al nivel de confianza del 95%.

p = Población de la población objetivo estimada en tener una característica particular: 23% fue una estimación de personas que utilizan la planificación familiar partiendo de estudios previos.

$$q = 1 - p$$

d = grado de exactitud deseado, en este contexto establecido en 0.05.

$$n = 1.96^2 * 0.23(1-0.23)/0.05^2$$

$$n=272$$

Para minimizar el error, maximizamos la muestra a 282.

1.3.7 Marco de muestreo y procedimientos

El marco de muestreo ha estado compuesto por todos los hombres y mujeres del distrito Rural de Musoma en edades comprendidas entre los 18 y los 49 años. Se utilizó un muestreo aleatorio polietápico para seleccionar a 283 encuestados para las entrevistas por hogares. Los encuestados se seleccionaron de 7 municipios de los que participaron un total de 13 pueblos. Sin embargo, el muestreo intencional se utilizó para reclutar a participantes para las entrevistas de informantes clave (KIs) y grupos focales (FGDs). Se llevaron a cabo diez (10) KIs y siete (14) FGDs.

1.4 Técnicas de recogida de datos y herramientas

Se recopilaron datos para la evaluación, utilizando varios métodos y herramientas que van desde cuestionarios, reuniones del Equipo de Gestión del Consejo Sanitario, grupos focales, entrevistas con informantes clave, cuestionarios acerca de centros de salud y revisión de varios documentos del proyecto, así como los informes del Consejo del distrito de Musoma. Se obtuvieron datos cuantitativos a través de un cuestionario y listas de verificación, mientras que los datos cualitativos se recopilaron utilizando instrumentos semi estructurados encaminados a entender el aspecto cualitativo de los efectos del proyecto.

1.4.1 Recopilación de datos

Los datos fueron recogidos durante un período de 2 semanas. Todas las herramientas de recolección de datos fueron sometidas a pruebas para garantizar su validez y fiabilidad. Por otra parte, los evaluadores ya habían recibido una capacitación de dos días antes de la recolección de datos reales sobre el terreno. El equipo de evaluación realizó entrevistas a informantes clave con los proveedores de los servicios de salud en sus oficinas o en lugares confortables, garantizando así la comodidad y confidencialidad. Además, los grupos de discusión con los pacientes se realizaron en función del sexo y rango de edad. Los hombres y mujeres en el rango de edad de 18-49 años fueron los elegidos. También se realizaron encuestas en los hogares. Después, el equipo de evaluación identificó y categorizó los temas emergentes. Los registros del proyecto, las estadísticas del servicio sanitario, así como los informes de

progreso se revisaron para identificar las variables de interés consideradas como importantes.

1.4.2 Gestión de datos

Cuando llegaron las herramientas de trabajo cumplimentadas al centro de gestión de datos, fueron revisadas para determinar su validez. Por ejemplo se revisó que todos los cuestionarios tuviesen el nombre del pueblo o centro de salud y el código del entrevistador. Las herramientas de trabajo se revisaron para verificar si estaban totalmente cumplimentadas. Se apreció si la información estaba incompleta y se establecieron las razones del estado incompleto. Este proceso de edición fue seguido por la codificación de todas las preguntas sobre los materiales. Se aplicaron los formatos de codificación establecidos para facilitar la comparación. La codificación fue seguida por el proceso de entrada de datos. Todas las fichas de datos cuantitativos se inscribieron en una hoja de Excel y se transportaron a STATA, versión 12, y se depuraron antes del análisis real. Se obtuvieron las distribuciones de frecuencias de todas las variables. Todos los formularios de datos brutos se pusieron en cajas de archivar, las cuales estaban codificadas y se mantuvieron en lugar bien seguro para evitar perderlas durante el curso del estudio.

1.4.3 Análisis de Datos Cuantitativos

Los análisis de datos se realizaron mediante el Paquete Estadístico STATA, versión 12, los resultados se expresaron como proporciones y porcentajes. Las proporciones simples se generaron como apropiadas para describir los datos. Luego, los datos se sintetizaron en gráficos, tablas y diagramas circulares.

1.4.4 Análisis de datos cualitativos

Los investigadores comprobaron todos los datos recibidos valorando la integridad, validez, precisión y exactitud. El análisis de contenido se utilizó para analizar los datos cualitativos sobre la base de temas y subtemas emergentes, en consonancia con los objetivos de la evaluación. Las respuestas de los participantes se codificaron y escribieron en Microsoft Word 2007 y posteriormente se hizo una prueba de lectura. Los datos fueron transferidos al paquete estadístico de Nvivo para facilitar el análisis. Los datos cualitativos se analizaron mediante la formulación provisional de temas y subtemas, que se analizaron continuamente antes, durante, y después de la recolección de datos. Se utilizaron citas y resúmenes descriptivos. Los análisis de las tendencias de las entrevistas con informantes clave y grupos focales fueron útiles para la identificación de las cuestiones más importantes para cada uno de los temas de

estudio y de los subtemas. Esto también facilitó las comparaciones y contrastes de opiniones de los participantes, dentro y entre los diferentes lugares.

1.4.5 Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación por parte de las autoridades del Distrito para proceder a la recogida de datos en la comunidad. Antes de que comenzara la recolección de los datos, se comprobó cuidadosamente que se había obtenido el consentimiento de todos los encuestados. Dicho consentimiento incluye informar y dar explicaciones sobre el proyecto y los objetivos de la evaluación, sus beneficios y los riesgos que podrían derivarse; los derechos de los encuestados y la seguridad en materia de confidencialidad. Fue una oportunidad para cada encuestado de hacer preguntas y / o pedir aclaraciones.

Los encuestados estaban libres a negarse a participar en el estudio sin ningún tipo de consecuencias. Esta evaluación no tuvo riesgos explícitos para los encuestados; sin embargo, sus conclusiones podrían mejorar los procesos para la mejora de los servicios de planificación familiar y servicios de detección de cáncer en los entornos con recursos limitados. Se excluyeron los que estaban enfermos. Se observó confidencialidad e integridad por parte de todos los encuestados durante todo el curso del estudio. Los informantes clave no estaban directamente relacionados con las observaciones que se formularon durante el estudio, a fin de darles libertad para expresar sus ideas libremente. se les entrevistó en sus oficinas o en un lugar conveniente para garantizar la privacidad y confidencialidad.

CAPÍTULO DOS: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y DEL DEBATE

2.1 Introducción

Este capítulo presenta informe los resultados de la evaluación final del proyecto de SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MEJORA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL DISTRITO DE MUSOMA RURAL, TANZANIA. Los resultados destacan los beneficios de la integración de la planificación familiar y de las actividades de empoderamiento de las mujeres, lo cual, se traduce en más que la prestación de servicios de planificación familiar y del apoyo al empoderamiento de las mujeres, independientemente lo uno del otro. Además de presentar los resultados e impactos de este proyecto, la evaluación revela factores que mejoran la utilización de servicios de planificación familiar; las estrategias de ampliación y los desafíos encontrados durante la ejecución. Los resultados se presentarán de acuerdo con los objetivos de la evaluación e indicadores relacionados según los términos de referencia. Y se dividirán en resultados cuantitativos y cualitativos.

2.2 Características socio-demográficas de la población de estudio

En total, se entrevistó a 282 personas del área de intervención, para las encuestas de la evaluación final. Los entrevistados fueron 125 hombres (44%) y 157 mujeres (56%). La edad media de los participantes era de 30 años (SD = 8,24). Los hombres fueron ligeramente más mayores (32 años) que las mujeres (29). La mayoría de los participantes tenía educación primaria (77%) y eran católicos (56%). La mayoría de participantes estaba casada (67.7%). Un 86% de los participantes habían vivido más de dos años en el área de intervención

Tabla 2: Distribución de los encuestados por características socio-demográficas

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
masculino	125	44.3
femenino	157	55.6
Religión		
Musulmán	25	8.8
Católico	159	56.3

Otros cristianos	69	24.4
Otros	29	10.2
Educación		
Ninguno	10	3.5
Primaria	218	77.3
Secundaria y niveles más altos	54	19.1
Estado marital		
Soltero	75	26.5
casado (monogamia)	163	57.8
Casado (poligamia)	28	9.9
Cohabitando	16	5.6
Años viviendo en la zona		
Menos de 2 años	40	14%
Más de 2 años	238	86%

2.3 Resultados de la evaluación por objetivo

Objetivo 1: ¿Hasta qué punto el proyecto alcanza su propósito, así como los objetivos para mejorar el conocimiento y la absorción de la planificación familiar como medio para la reducción del VIH y otras Infecciones de transmisión sexual?

Indicador 1.1: El acceso a información sobre métodos anticonceptivos, métodos en la comunidad y centros sanitarios, apoyados por el proyecto aumentaron de un 20% al inicio al 60% al final de dos años del proyecto.

Encontramos que el 58,7% de los participantes a la encuesta conocían el proyecto y su contenido (acceso a la información sobre métodos anticonceptivos, estrategias para el empoderamiento de las mujeres y servicios de detección para el cáncer). La información se obtuvo a través de diferentes fuentes, tal y como se pretendía con el proyecto, y los socios que trabajan en temas de salud sexual y reproductiva. La comunidad fue informada por medio de campañas de concienciación, distribución de

material de Información, Educación y Comunicación en lugares públicos como centros sanitarios, oficinas de gobierno local (de distrito a nivel de pueblo) y posters y vallas publicitarias en lugares estratégicos. Se encontró que las mujeres tuvieron mayor acceso a la información que los hombres (55%), así como que los encuestados de menos de 30 años de edad, tuvieron mayor acceso a la información que sus contrapartes.

Las/los participantes en los grupos focales de discusión mencionaron que la información relativa a métodos de planificación familiar y servicios relacionados se trasladó a las comunidades a través de múltiples metodologías, y sistemáticamente explicaron cuales. Un participante explicó:

“Algunos trabajadores sanitarios y líderes comunitarios nos han dicho que vayamos al hospital más cercano o centro de salud para los servicios de planificación familiar. Hasta cuándo vamos al puesto de salud por otras razones nos dan información sobre la planificación familiar” (hombre, del pueblo de Nyegina)

Otro participante añadió;

“En la mayoría de casos leemos y oímos a cerca de la planificación familiar cuando vamos a los puestos de salud para que nos presten servicios de atención maternal e infantil, pero no me suena haber oído hablar de cribado para el cáncer (Mujer, pueblo de Nyakatende)

Tabla 3: Distribución del acceso de los entrevistados a la información por sexo

Acceso a información	sexo		
	Hombre	Mujer	
Si	70	95	165
No	58	59	117
	128	154	282

Indicador 1.2: La aceptación y utilización de métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres y los hombres aumentó de un 18% a un 40%, al final de los tres años del proyecto.

En esta evaluación se encontró que aproximadamente el 58% de los encuestados había utilizado métodos de Planificación Familiar en su vida. También se descubrió que el 55% de los encuestados había utilizado métodos de Planificación Familiar tres meses antes de esta evaluación (tabla 4). Sin embargo, los datos del Servicio Estadístico de Información Sanitaria del distrito indicaron que el índice de aceptación de la Planificación Familiar en 2012 fue del 21%.

Los participantes en los grupos focales indicaron que la tasa de uso de la planificación familiar hoy día, es cada vez mayor como consecuencia de la educación que está siendo proporcionada en la comunidad, así como de la disponibilidad de opciones.

"Hoy en día la gente sabe la importancia de la planificación familiar y la utilizan con el fin de poder permitirse el lujo de proporcionar importantes como la educación y los gastos de salud para sus familias" (Hombre participante FGD, pueblo Nyegina).
Otro participante agregó que, "Este proyecto ha supuesto un cambio en que muchas familias hagan uso de la planificación familiar para reducir las muertes relacionadas con el parto y para mejorar la salud de los niños" (Hombre participante FGD, Kiabakari).

Tabla 4: Aceptación y uso de Planificación Familiar.

Uso de la Planificación (toda la vida)	Si	No
Sexo		
Hombre	65	60
Mujer	98	59
	163	119
Uso de la Planificación Familiar (incidencia)		

Hombre	89	76
Mujer	66	91
	155	127

También se encontró que la mayoría de los participantes no consideraba que los requisitos básicos de planificación familiar estuviesen cubiertos. Alrededor del 47% de los encuestados indicaron que necesitan tener más de tres hijos. Por otra parte, en los grupos de discusión revelaron que el hecho de que muchas mujeres utilicen los servicios de planificación familiar es un medio para dejar de tener hijos, con la excusa de que ya han sufrido tener muchos y con partos con poco espacio de tiempo entre unos y otros. Un participante explicó este hecho;

"Los problemas que enfrentamos después de tener muchos hijos y sin espacio entre unos y otros, nos han enseñado a muchas de nosotras a optar por usar métodos de planificación familiar para dejar de tener más hijos" (FGD participante femenina, pueblo kataryo,)

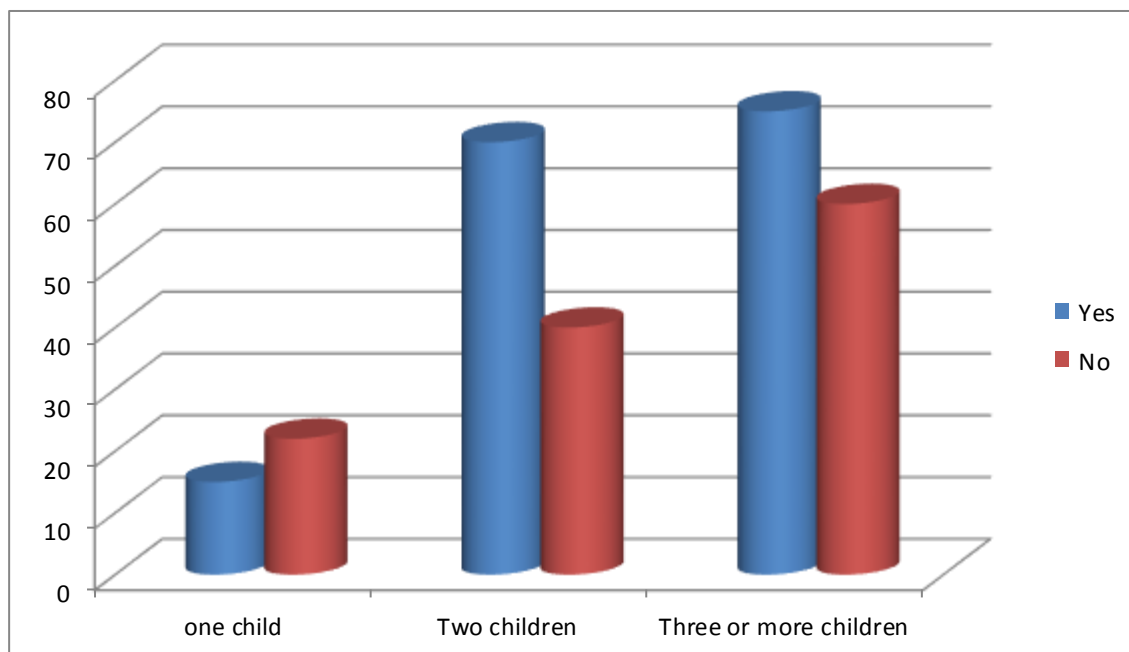


Figura: El deseo de tener más hijos entre los participantes

Indicador 1.3: Las tasas de prevalencia del VIH se redujeron del 7% al 3%, al final de los dos años del proyecto.

La prevalencia del VIH/SIDA entre las mujeres embarazadas en la zona del proyecto fue del 3%. Según las recomendaciones de la OMS (*Organización Mundial de la Salud*) y de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (UNAIDS) en un lugar donde se aceptan los servicios prenatales este valor es de casi el 100%, por lo que esto puede ser tomado como un indicador de la prevalencia del VIH en la población general. (Tabla 1).

Objetivo 2: Hasta qué punto el proyecto influyó en los Conocimientos, Actitudes, Prácticas Y Comportamientos de los miembros de la comunidad.

Para cumplir este objetivo, se evaluaron los métodos sistemáticos utilizados para influir en los conocimientos, actitudes y prácticas en la comunidad, así como la evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas hacia la planificación familiar, la salud reproductiva y los tipos de cáncer asociados. Se calculó la suma de las puntuaciones de los conocimientos, actitudes y cuestiones de comportamiento con el fin de cuantificar y clasificar las respuestas.

Indicador 2.1: Hombres y mujeres en el Distrito de Musoma-Rural organizados a través de los grupos de actividades generadoras de ingresos han incrementado el dialogo sobre la SSR y el VIH por un 60% al término de los 2 años del proyecto.

En esta evaluación se encontró que el 25% de los participantes eran miembros de grupos de Actividades Generadoras de Ingresos. La membresía de estos grupos, se supone fue lo que influenció el adquirir de conocimientos, actitudes y prácticas, así como el empoderamiento de las mujeres, en el uso de la Planificación Familiar. Hubo mayor número de mujeres miembros de las Actividades Generadoras de Ingresos-AGI- (54%) que hombres. Por otra parte, entre las participantes sólo el 25% eran miembros de los grupos de estas actividades, mientras que entre los hombres el 26%. La tabla 5 muestra los detalles de los participantes y miembros de los grupos AGI;

Tabla 5: Miembros de los grupos de AGI (Actividades Generadoras de Ingresos)

Sexo	Miembros de grupos		
	Yes	No	Total
Hombre	33	95	128
Mujer	38	116	154
Total	71	211	282

Informaron que se debatían los siguientes temas en sus grupos se detalla a continuación en la figura 1: VIH/SIDA (40%), cuestiones de planificación familiar, (33%), salud reproductiva y cáncer (14%), cáncer directamente relacionado con la salud reproductiva (13%) como.

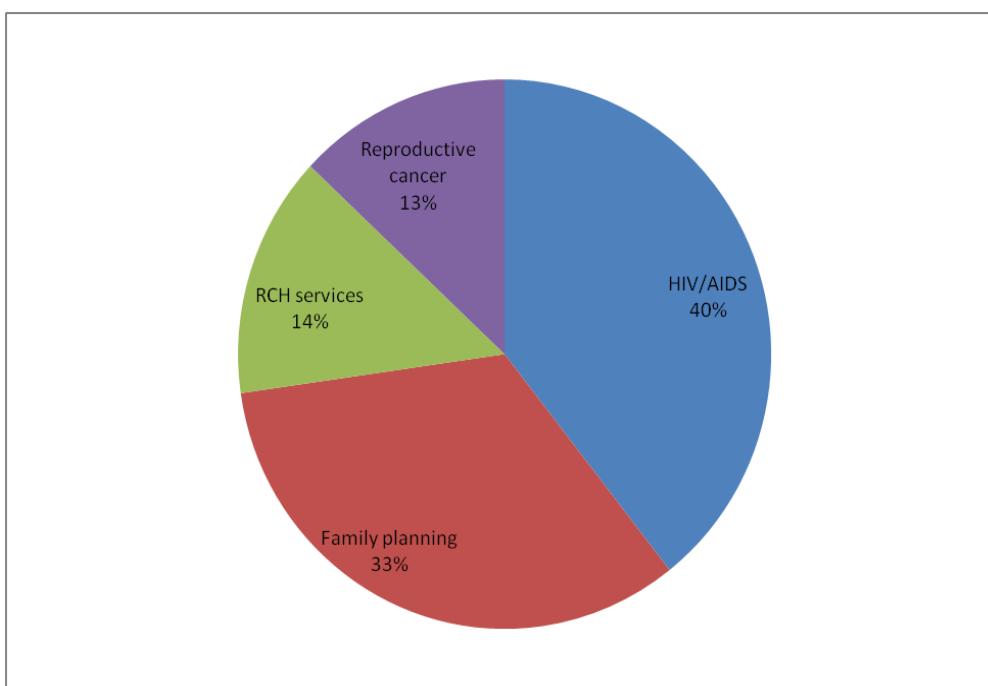


Fig 1: Distribución de la frecuencia con que se tratan los temas por medio de grupos IGA.

Indicador 2.2: Los hombres y mujeres se han empoderado y toman decisiones con conocimiento de causa sobre el uso de los servicios de SSR.

AMREF movilizó y capacitó a los miembros de las actividades generadoras de ingresos para integrar la información sobre Planificación Familiar. Durante las entrevistas en profundidad, los participantes afirmaron que la Planificación Familiar era uno de los temas clave para las mujeres que participan en estas actividades. La Planificación Familiar es de importancia porque las mujeres tienen más probabilidades de pasar la mayor parte de su tiempo al cuidado de los niños en lugar de en actividades generadoras de ingresos.

Uno de los informantes clave notificó;

" AMREF ha proporcionado a las mujeres en los grupos sensibilización sobre Planificación Familiar, el VIH / SIDA y la detección del cáncer. Se comprometieron a renovar la sala de Planificación familiar en el dispensario. En nuestro grupo somos 15 miembros, nos reunimos dos veces al mes para hablar sobre temas de planificación familiar y el VIH. Hablar sobre temas de salud es algo muy importante para nosotros. Algunas personas no utilizan la Planificación Familiar debido a ideas equivocadas, como causa de pérdida de peso, pero también por temor a los efectos secundarios" (Mujer, participante FGD, Nyegina,).

Tabla 5: Miembros de la Actividades Generadoras de Ingresos e incidencia de la Planificación Familiar (PF).

	Uso de PF	
Membresía IGA	Si	No
Si	24	19
No	80	46

Indicador 2.3: Número de hombres y mujeres que se movilizaron para abogar por la Salud Reproductiva en campañas locales en el Distrito

Las campañas de movilización comunitaria las realizaron miembros de las comunidades formados por AMREF. Se realizaron 12 capacitaciones para formación de formadores (TOTs) y 328 trabajadores comunitarios. No obstante, se determinó que los líderes políticos locales como Concejales de comarca y otros miembros del Comité de Desarrollo de la comarca (WDC) jugaron un papel importante, a fin de movilizar a las personas durante estas campañas.

Los participantes en los grupos focales tenían diferentes puntos de vista con respecto a la participación de los líderes de los pueblos en la sensibilización de las personas e informaron que;

" Cuando asistimos a la reunión de la comunidad, nuestros líderes nos proporcionan la importancia de los Métodos de Planificación Familiar" (FGD participante femenina, pueblo Kataryo,)

Otro participante hizo los siguientes comentarios:

" Existen retos debido a que algunos líderes de la comunidad no saben nada acerca de la planificación familiar y se trata de personas clave que podrían ayudar a que este programa sea un programa permanente en las reuniones del pueblo" (informante clave hombre, pueblo Tegeruka,)

Indicador 2.4: Proporción de parejas que utilizan anticonceptivos modernos

Las parejas que utilizan la planificación familiar moderna en nuestro muestreo fueron de un 65% (si se incluye el preservativo), pero si se excluye el preservativo, el uso de otros métodos de planificación familiar se sitúa en un 25% de los participantes. El método más utilizado por las parejas fue el preservativo (46%), seguido por los anticonceptivos inyectables (32%) y el último método fue ICUD (3%).

Tabla 6: Distribución de método de planificación familiar utilizado por parejas en el área de estudio

Método de Planificación Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Píldoras anticonceptivas	40	9.97
Anticonceptivos Inyectables (Depoprovera)	130	32.41
Preservativo	185	46.13
DIU	14	3.49
Norplant	32	7.98
	*401	100

*Múltiples respuestas

Indicador 2.5: Aumento del porcentaje de la población con conocimiento real sobre planificación familiar y detección precoz del cáncer

Encontramos que el 64% de la población tenían altos conocimientos sobre los métodos modernos divulgados de planificación familiar tales como el uso del

preservativo, anticonceptivos inyectables y las píldoras anticonceptivas, mientras que el 4% tenían un conocimiento medio y el 32% tenían conocimiento bajo. El conocimiento en materia de cáncer relacionado a la salud reproductiva fue considerado como muy pobre, sólo el 22% tenían conocimientos sobre el cáncer cervical.

"Yo reconozco que la Planificación Familiar ya no es un tema nuevo en nuestra comarca, muchas personas ya tienen un conocimiento básico, pero las cuestiones relacionadas con la detección de cáncer no se conocen por la gente y no fue objeto de las acciones de AMREF o cualquier otro grupo. La tendencia de las mujeres que usan Planificación Familiar sin la participación de sus compañeros se está reduciendo porque hasta los hombres son ahora conscientes de las ventajas de la Planificación Familiar y tienen una actitud positiva hacia la misma, aunque hay algunos, pocos, hombres conservadores. La mayoría de la gente está familiarizada con el DIU, Depo-Provera y los preservativos (principalmente, los preservativos masculinos)" (Hombre KI participante, 2013).

Otro informante clave dijo:

" Sabemos acerca de AMREF, y que este programa es muy bueno. Nos ha ayudado a estar al tanto de la planificación de la familia. En el centro de salud más cercano están disponibles estos servicios. Sin embargo, todavía hay muchos hombres que no quieren saber nada de la planificación familiar" (Mujer KI, 2013)

Objetivo 3: ¿Hasta qué punto el proyecto aumento la calidad (mejora de los servicios sanitarios de atención primaria) de las instalaciones existentes y la planificación familiar con base comunitaria, la detección precoz del cáncer, con respecto a su eficacia, aceptabilidad y accesibilidad para la población?

Indicador 3.1: Porcentaje de profesionales sanitarios formados y que facilitan métodos de planificación familiar integrados y servicios de detección precoz del cáncer.

Llegamos a la conclusión de que el proyecto contribuyó a mejorar la capacidad del personal sanitario, mediante el ofrecimiento de diferentes capacitaciones a diversos grupos de profesionales, entre los que se incluyó al personal de recursos comunitarios. A lo largo del proyecto, los siguientes grupos fueron capacitados, en los servicios de planificación familiar y de cáncer relacionado con la salud reproductiva: 12

capacitaciones formadores de formadores TOT en Planificación Familiar, 328 promotores de salud comunitaria, 15 miembros del Equipo de Gestión del Consejo Sanitario y 119 comités sanitarios.

Indicador 3.2.: Número de centros sanitarios equipados con dispositivos y materiales para la detección precoz del cáncer

Los informes del proyecto indican que 10 centros de salud seleccionados se equiparon con materiales para la detección precoz del cáncer; sin embargo, nuestras conclusiones en el campo indicaron que hubo muchas discrepancias entre los servicios sanitarios que se visitaron, ya que, hubo conjuntos de materiales para la detección precoz del cáncer que algunos miembros en los mismos centros decían que estaban incompletos, y otros decían que estaban pero que no sabían usarlos. Hasta ahora los servicios prestados para la detección del cáncer en el distrito han sido siempre en compañía de personal de AMREF o de especialistas del hospital central de la región. Esta debilidad está siendo tramitada por AMREF quienes además de incluir en la ruta de sus Flying Doctors a estos centros está negociando con el Ministerio de Salud para que se contrate personal sanitario que ya sepa usar el equipamiento y realice las pruebas así enseñando al personal que ya está en los centros.

Indicador 3.3: Porcentaje de mujeres que acceden a los métodos de Planificación Familiar y a la detección precoz del cáncer

Se evaluó si existía el conocimiento general de la presencia de los servicios de detección de cáncer de cuello uterino en el distrito (Tabla 7). Se vio que, el acceso a la Planificación Familiar entre las mujeres fue del 68%, mientras que el acceso a los servicios de detección precoz del cáncer fue del 11%.

Hubo pacientes que indicaron haber accedido a los hospitales para hacerse un cribado de cáncer y que fueron referidas a centros fuera de su distrito. La situación podría explicarse en que hubo gran movilización y sensibilización comunitaria en materia de planificación familiar en comparación con la detección precoz y el cribado del cáncer, y que a su vez esto mismo pasó con los centros sanitarios que se centró más el esfuerzo en la planificación familiar y no en los servicios de cribado y detección precoz del cáncer.

Tabla 7: Distribución de frecuencias de la conciencia sobre el cribado del cáncer de cuello uterino

Concienciación sobre el cáncer de cuello uterino	Frecuencia	Porcentaje
Yes	170	60%
No	112	40%
	282	100%

Indicador 3.4: Sistema de referencia entre los centros sanitarios existentes y funcionando.

El sistema de referencia siguió la metodología rutinaria aunque debido a la falta de transporte entre centros de atención primaria y hospitales. Muchos problemas o dificultades se resolvieron de la mejor manera a nivel local. Esto llevó a cambiar de tratamiento en algunos casos sin la aprobación del especialista según indicaban los centros de salud.

Objetivo 4: ¿Hasta qué punto el proyecto aumentó la capacidad del sistema sanitario del distrito y la colaboración entre las partes interesadas, para hacer frente a la aceptación, la absorción, el apoyo y a su vez los servicios de salud familiar con base comunitaria y la detección precoz del cáncer?

Indicador 4.1: Número de partes interesadas registradas en la red

Si bien no se encontraron redes registradas, si se encontraron foros de debate sobre cuestiones relacionadas a la planificación familiar en el distrito, gestionados por el Equipo de Gestión del Consejo Sanitario. Así mismo se detectaron varias organizaciones relacionadas con la Planificación Familiar como MARIE STOPPES y ENGENDER HEALTH. AMREF conocía la existencia de organizaciones realizando actividades de planificación familiar en el distrito y no hay duplicidad de esfuerzos ya que la forma de trabajar es muy diferente, debido a que AMREF no es una organización religiosa ni busca culpabilizar sino educar y fortalecer los conocimientos

para que la población se empodere y se responsabilice de sus actos así como exija que los servicios cumplan los requisitos y sus derechos.

Indicador 4.2.: Número de actividades de planificación familiar y de detección precoz del cáncer, las cuales se celebraron conjuntamente.

Si bien el personal sanitario en particular los promotores de salud comunitaria, han realizado actividades conjuntas de información sobre la planificación familiar y la detección precoz del cáncer; y estas han sido reconocidas en algunas comunidades, no existen documentos para todas las actividades realizadas, por lo que el número es aproximadamente 6.

Indicador 4.3: Estructuras comunitarias fortalecidas para asegurar la participación de las mujeres en la planificación familiar y en la detección precoz del cáncer.

Los promotores de salud comunitaria y grupos de Actividades Generadoras de Ingresos jugaron un papel decisivo en la movilización de la comunidad para participar en las charlas sobre métodos actuales de Planificación Familiar.

"Cuando asistimos a la reunión de la comunidad, nuestros líderes nos enseñan la importancia que tienen para nosotros los métodos de planificación familiar" (participante FGD Mujer, Tegeruka, 2013)

En las reuniones del Equipo de Gestión del Consejo Sanitario, los miembros señalaron que continuarán con el presupuesto para los servicios de Planificación Familiar y con los servicios de extensión comunitaria para mantener el impulso en el Distrito.

" Es nuestro papel como Gobierno, sin embargo, estamos agradecidos por el apoyo de AMREF de modo que seremos capaces de construir sobre los éxitos vistos hasta ahora" (FGD participantes masculinos, Nyegina, 2013)

Otro participante agregó;

" Le pedimos a AMREF compartir con nosotros los resultados de la evaluación para informar a nuestra futura programación" (FGD participantes masculinos)

CAPÍTULO TRES: ANALÍISIS

3.1 Conocimiento y actitudes sobre Planificación Familiar, Cáncer de cuello uterino y correlaciones sociodemográficas.

El estudio se elaboró con la participación de 282 personas. La mayoría de los encuestados (56) eran mujeres. Por otra parte se encontró que los participantes masculinos eran ligeramente mayores en edad (32 años) que las mujeres (29 años). Encontramos que 64 de los encuestados tenían altos conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Sin embargo, el conocimiento sobre planificación familiar varió según la edad y el sexo, resaltando que los participantes más jóvenes y las mujeres tenían una mayor conciencia y más conocimiento sobre el tema que el resto.

Esto se debe principalmente a la manera en que se transmite la información y la libertad de tocar los temas que se siente a la hora de debatir con los participantes.

La conclusión de que el conocimiento de la planificación familiar es mayor entre los más jóvenes que en los grupos de mayor edad, podría significar que la nueva generación acepta fácilmente la planificación familiar, así como otros servicios que tienen como objetivo la mejora de su salud, cosa que les cuesta mucho a las personas con mayor edad.

Por otra parte, las mujeres han sido el grupo meta principal de las diversas iniciativas de planificación familiar por lo que, esto ha influido en sus conocimientos sobre la planificación familiar y otros temas de salud sexual y reproductiva.

Como este proyecto ya ha llegado a su fin, ahora se espera que este cambio positivo se mantenga con las herramientas facilitadas a los funcionarios del ministerio de salud en Musoma para que las comunidades disfruten de vidas más saludables, una mejor calidad de vida libre del temor relacionado con el cáncer y el empobrecimiento como consecuencia de la pobreza asociada a la mala salud o a las familias demasiado grandes.

A pesar de los mitos y conceptos erróneos que rodean el uso de planificación familiar, ha quedado claro que la comunidad tiene actitudes favorables hacia el uso de la misma, así como hacia la detección del cáncer relacionado con la salud reproductiva.

Los mitos dominantes y las ideas erróneas que encontramos fueron que los métodos de Planificación Familiar provocan la caída o desaparición de los óvulos femeninos

(debido a que no se fecundan) y esto pone la salud de la mujer en peligro, ya que no está claro hacia dónde van los óvulos.

Además, algunos métodos conducen a la pérdida de peso significativa, algo que preocupa a muchos y que lleva a las personas a que abandonan el uso de anticonceptivos. Otros participantes afirmaron que cuando las mujeres usan preservativos experimentan dolores estomacales.

A pesar de que estos mitos, fueron comunes sobre todo entre los hombres, muchas mujeres, especialmente aquellas que estaban vinculadas con las actividades generadoras de ingresos, presentaron actitudes más positivas. Estos hechos apuntan a la necesidad de crear una mayor campaña mediática para hacer frente a los mitos y conceptos erróneos sobre todo entre los jóvenes, que serán los futuros padres.

3.2. Aceptabilidad y sensibilización del proyecto

Aunque el 58,7% de los encuestados respondió que habían tenido acceso a información sobre métodos de Planificación Familiar, cuestiones relacionadas con el empoderamiento de las mujeres, así como sobre temas relacionados con la detección precoz del cáncer uterino alcanzaron a más mujeres (55 %) que hombres.

Este resultado podría ser debido al hecho de que las mujeres necesitan y disfrutan de un mayor acceso a la salud reproductiva y a la información sobre la salud de los niños que los hombres, como resultado del hecho tradicional de que los servicios tradicionales de salud sexual y reproductiva en entornos con pocos recursos están más centrados en las mujeres que a los hombres. Este resultado es un tanto diferente del informe de Montez 2011, que encontró que más hombres que mujeres acceden a información sobre planificación familiar y servicios de salud reproductiva en las zonas rurales. Esto podría ser debido al hecho de que AMREF utiliza múltiples enfoques para llegar a la comunidad, aparte de los enfoques de los medios de comunicación.

Aunque el enfoque de empoderamiento de las mujeres parece ser apropiado en este caso, el empoderamiento de las mujeres en el contexto de tener control sobre su salud (reproductiva), necesita ser fortalecido tocando otros enfoques que impliquen/responsabilicen más a los hombres en las cuestiones del cuidado de la

familia pero también les hagan conscientes del respeto y derecho de las mujeres a decidir sobre su sexualidad, así como el número de hijos que quieran tener.

Por otra parte, estas diferencias en el acceso a la información se podrían explicar también por qué las mujeres se preocupan más por la información sobre la planificación de la familia que los hombres, pero también están más expuestas a esta información cuando visitan las instalaciones de salud y son el objetivo de los métodos disponibles en centros de salud.

Los encuestados con menos de 30 años de edad son más móviles que sus homólogos, pero también son más activos sexualmente que sus homólogos, por lo tanto, tienen una alta probabilidad de obtener información. Sin bien, es difícil acreditar todos estos cambios positivos solo a AMREF porque hay otros actores (como Marie Stopes, Engender Salud y otros) sensibilizando en temas de planificación familiar en el distrito, y algunos incluso seguían realizando actividades durante el tiempo que estuvimos recolectando estos datos, si se percibía una diferencia en el tipo de mensajes.

3.3 La aceptación y uso de la Planificación Familiar y servicios de detección precoz del cáncer

En este estudio se encontró que el 55% utilizaba métodos modernos de planificación familiar dentro de los tres meses antes de nuestra evaluación, mientras que el 58% de los participantes habían utilizado métodos modernos de planificación familiar en su tiempo de vida. Los datos del Servicio Estadístico de Información Sanitaria del distrito indican que la tasa de aceptación de Planificación Familiar para el año 2012 fue del 21%. La diferencia entre nuestros resultados y los datos del Servicio Estadístico de Información Sanitaria del distrito podría ser debida al hecho de que los datos basados en los establecimientos de salud por lo general pierden la información de las personas que reciben servicios de planificación familiar fuera de los establecimientos de salud formales. Sin embargo, en comparación con el resultado de la encuesta de referencia, hay un aumento en el uso de anticonceptivos de por vida del 46,2% al 58%, y del uso en el momento del estudio del 28,7% al 55%. Esta diferencia, aunque descriptiva y probablemente no directamente relacionada con los esfuerzos de AMREF, muestra una mejora positiva en el área donde AMREF está actuando. El fuerte aumento de la incidencia del 28,7% al 55% apoya esta conclusión.

También se observó que la mayoría de las mujeres recurren a la utilización de métodos de planificación familiar cuando ya tienen familias grandes con el fin de utilizarla para poner fin a su capacidad de reproducción. Este hallazgo corrobora con los resultados anteriores en otro lugar que mostraron que las mujeres de mayor edad utilizan métodos de planificación familiar más que las de menor edad (Lwelamira et al, 2012, Mohanan 2003). Hemos encontrado que el concepto de usar métodos de planificación familiar para espaciar los hijos que se tienen no es muy común entre esta población. Esto indica que todavía hay una brecha en la planificación familiar como un concepto entendido por la comunidad, e indica la necesidad de trabajar la percepción de que la planificación familiar no es sólo una forma de dejar de tener hijos sino que puede ser útil para que no se tengan hijos demasiado seguidos, siendo esto un mayor riesgo para la salud de la madre.

3.4 Impacto de la iniciativa de empoderamiento de las mujeres sobre el VIH / SIDA y las enfermedades de transmisión sexual

Las actividades de empoderamiento de las mujeres influyeron mucho en las discusiones sobre el VIH / SIDA y las enfermedades de transmisión sexual. La disminución de la prevalencia del VIH / SIDA entre las mujeres asistiendo a grupos e atención prenatal en el distrito pasó del 4 % al inicio del estudio (AMREF , 2010) al 3 % al final del proyecto. Esto podría ser debido de alguna manera a la contribución de este proyecto a pesar de que las hipótesis de contraste deben ser tomadas en cuenta.

Hemos tomado nota de que los temas altamente debatidos en los grupos de mujeres fueron el VIH / SIDA (40 %), seguido de los problemas de planificación familiar (33 %). Evidencias anteriores han apoyado el papel de la capacitación en la disminución de la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y el VIH / SIDA (Mortez de 2011 , Mohanan et al 2003).

Empoderamiento de las mujeres mediante el enfoque de las Actividades Generados de Ingresos

Esta evaluación también encontró que sólo el 25 % de las mujeres eran miembros de los grupos que implementan las actividades generadoras de ingresos (AGIs). El escaso número de mujeres que participan en estos grupos, que se consideran como

una manera de empoderar a las mujeres, señala el hecho de que las mujeres rurales siguen teniendo poco acceso a este tipo de iniciativas así como a las instituciones de microfinanzas que podrían proporcionar el incentivo económico y social esencial para la reducción de la pobreza en estos entornos. Aunque la discusión detallada sobre las instituciones de microfinanzas está más allá del alcance de este estudio, hay una necesidad de encontrar incentivos para alentar a más mujeres a que se unan a estos grupos. El hecho de que la planificación familiar era mayor (58 %) entre las mujeres que eran miembros, en comparación con las no miembros, apoya la necesidad de crear este tipo de incentivos a fin de que las mujeres de estos grupos se beneficien doblemente, en lo económico y en el control de diversos factores determinantes para erradicar la mala salud, incluyendo el uso de métodos de planificación familiar, así como el acceso a los programas de cribado para el cáncer asociado a la salud reproductiva (en particular el de cuello uterino y el cáncer de mama). Las conclusiones anteriores pueden significar que las mujeres que habían conseguido ese empoderamiento económico y social a través de los grupos de Actividades Generadoras de Ingresos estaban más concienciadas para utilizar los métodos de planificación familiar, pero este hecho necesita ser más explorado por futuros estudios. Probablemente, estaban más concienciadas debido a su participación en los grupos de Actividades Generadoras de Ingresos que sus homólogos, dado que ellas integran el tema en sus reuniones, por lo que están más informadas.

Sin embargo, este hallazgo podría ser sólo una coincidencia, ya que no evaluamos la situación económica de los que no participaron, aunque se supone que la participación en los grupos de mujeres contribuye a la potenciación económica.

Como se señaló anteriormente, se percibió el uso de la planificación familiar de manera más positiva entre las mujeres que entre los hombres. Esto requiere que se fortalezca el sistema de participación de los hombres en las futuras intervenciones.

3.5 El cáncer cervical y la aceptación

La conciencia de la prestación de los servicios de detección de cáncer de cuello uterino en el distrito se sitúa en el 60% entre los encuestados. Aunque, sólo el 11% de los encuestados informó que había solicitado los servicios de detección de cáncer en el distrito. El bajo número de participantes que solicitan los servicios de detección de cáncer en este distrito no es un fenómeno nuevo. Kahesa et al 2012, encontró también que la conciencia sobre el cáncer de cuello uterino era baja entre los residentes de Dar

es Salaam y señaló el hecho de que a medida que la conciencia y el conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino aumentara, la utilización de los servicios de detección de cáncer de cuello uterino también se incrementaría. Aunque la evaluación detallada de los conocimientos biomédicos sobre el cáncer de cuello uterino fue más allá del alcance de este extremo de la evaluación del proyecto, seguimos pensando que hay una necesidad de centrarse en el aumento de tal conocimiento en los usuarios antes de la ampliación de los servicios de detección. Por otra parte, la integración de un servicio de este tipo en un proyecto como éste, que tenía la planificación familiar, detección de cáncer de salud reproductiva y el empoderamiento de las mujeres, podría haber causado un sesgo en el enfoque, ya que todo el proyecto se percibe como un proyecto de planificación familiar y este componente podría haber sido menos valorado por los ejecutores del proyecto.

3.6 Limitaciones

Aunque creemos que este estudio ha generado una importante evidencia sobre los impactos preliminares del proyecto, hay algunas limitaciones que deben ser reconocidas.

Algunos de los registros revisados estaban incompletos y / o había datos que faltaban. Además, varios de los encuestados que fueron entrevistados no contestaron a algunas preguntas que llevaron a un sesgo de no -respuesta. Además, otra limitación más obvia del estudio es su carácter transversal que limita sacar conclusiones firmes acerca de las relaciones causales entre los resultados y sus factores determinantes.

Aunque el equipo de estudio de evaluación intentó mejorar los instrumentos de fiabilidad y validez científica, la medición de algunas variables, como el conocimiento, las actitudes y los comportamientos podrían haber dado resultados con algunos sesgos.

CAPÍTULO CUATRO. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIÓN

Nuestros hallazgos tienen varias implicaciones para la replicación o ampliación del proyecto en ámbitos similares. El hallazgo de que los encuestados jóvenes y las mujeres habían tenido más conciencia y conocimiento sobre el proyecto y su contenido pone de relieve la necesidad de centrarse en el resto de la comunidad quienes también son parte integrante en estos temas. Por otra parte, el hecho de que los encuestados que eran miembros de los grupos de las Actividades Generadoras de Ingresos tienen más información y acceso a la planificación familiar, VIH / SIDA y los servicios de salud materna e infantil, señala la necesidad de mantener esta innovación. Debido al hecho de que los servicios de cáncer de cuello uterino carecían de atención, en comparación con otros servicios del proyecto, plantea la necesidad de contar con un enfoque especial en este aspecto para que las comunidades disfruten también de este servicio.

4.2 RECOMENDACIONES

El estudio de evaluación se hace para ver los resultados del proyecto implementado por AMFREF y por el Consejo del Distrito de Musoma. A partir de los hallazgos, está claro que el proyecto ha tenido resultados positivos en la mejora de la utilización de la planificación familiar y en el empoderamiento de las mujeres del Distrito de Musoma. Sin embargo, incluso en las zonas donde el proyecto no fue bien, hay lecciones aprendidas y de mejora para el futuro.

Con base en los resultados presentados, se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

1. La participación del hombre: Aunque hubo esfuerzos realizados para animar a los hombres a participar en las actividades de planificación familiar, se necesita más investigación para identificar cuáles son los obstáculos a su participación y su interés por la Planificación Familiar. Los programas deberían usar los datos para diseñar una planificación familiar

transformadora con un fuerte enfoque de género y más intervenciones para fomentar el empoderamiento de las mujeres con el fin de lograr resultados positivos para la salud reproductiva y la salud de la familia en general.

2. Cobertura y duración del proyecto: Aunque los resultados son alentadores, más zonas en las áreas rurales necesitan ser alcanzadas y la duración de las intervenciones tienen que ser más largas, por lo menos cinco años con el fin de crear un cambio de conducta y social más sostenible.
3. Sostenibilidad. Reconocemos que los proyectos van y vienen. Es importante que las capacidades locales se construyen con el fin de mantener los logros obtenidos después de que el proyecto finalice, y esto AMREF lo hace bien. Las capacidades deben centrarse en el establecimiento de prioridades, la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos sostenibles generados localmente en el sistema de salud del distrito. Los proyectos futuros no sólo deben capacitar la mano de obra disponible para realizar el proyecto en cuestión, sino que deben capacitar a la fuerza de trabajo local para mantener los logros del proyecto. El proyecto evaluado tiene un componente de capacitar las estructuras existente a nivel local y de distrito para poderse ampliar. El plan de sostenibilidad acordado antes de que el proyecto finalizase es bueno.
4. La falta de personal sanitario: Las zonas rurales presentan un reto por los pocos proveedores de servicios de salud. En el futuro, los programas deben trabajar más la presión a los consejos de distrito para identificar los medios para integrar la motivación y la retención del personal de salud.
5. Servicios de detección precoz del cáncer cervical y de mama deben ser objeto de seguimiento como un proyecto independiente, porque cuando se combinan con otros temas o servicios este pierde valor.
6. El empoderamiento de los beneficiarios a través de grupos IGA necesita ser fortalecidos deliberadamente para crear incentivos para que los

hombres y las mujeres se unan con el fin de que los logros alcanzados se mantengan y amplíen.

REFERENCIAS

Family planning and women empowerment for development in Musoma rural district, Mara region (Tanzania): project proposal, AMREF 2010

Family planning and women empowerment for development in musoma rural district, Mara region (Tanzania): midterm report, AMREF2012

Kahesa C, Kjaer S, Mwaiselage J, Ngoma T, Tersbol B, Dartell M & Rasch V: Determinants of acceptance of cervical cancer screening in Dar es Salaam, Tanzania. BMC Public Health 2012, 12:1093

Lwelamira J, Mnyamagola G, Msaki MM: Knowledge, attitude and practice towards modern contraceptives among married women of reproductive age in Mpwapwa district, central Tanzania: current research journal of social sciences 4(3): 235-245, 2012

Mohanan P, Kamath A, Sajjan BS. Fertility pattern and family planning practices in rural area in dakshina Kannada. Indian J Com Med 2003;28:15-8.

Montez D: Family Planning and Maternal Health in Tanzania: Women Demand for More Information. Africa Development Research Brief, 2011.

<http://www.audiencescapes.org/sites/default/files/AudienceScapes-ResearchBriefs-Tanzania-FP-MCH-Montez.pdf> (Accessed on 17 June 2013)

Musoma District Council comprehensive health plan (CCHP) for 2013/2014: Musoma District council, 2013

Wambura and Jacque data solutions: Family planning and women empowerment for development in Musoma rural district, Mara region (Tanzania): baseline evaluation: AMREF 2011

ANNEXOS

A: FACILITY QUESTIONNAIRE

Facility Questionnaire No.....

Name of facility.....

Name of interviewer.....

Date of Interview.....

Introduction / Greetings.

Hello. My name is We are here on behalf of the Ministry of Health and AMREF to assist Musoma District Council to improve its capability in provision of Maternal and child health services. We will be asking you several questions about Maternal and child health services. This interview is anonymous and information in this questionnaire is used for project evaluation purpose only, we guarantee confidentiality of your information so feel free to answer questions based on the truth and your real feelings.

Do you have any questions for me at this time? YES..... 1

NO 2

Do I have your agreement to participate? YES.....

NO..... 2 → STOP

A: Characteristics of the respondent

1. Respondents gender : Male/Female
2. Are you in charge of this facility/ unit :Yes /No) **if No go to 4**
3. For how long have you been in charge here : a)less than one year b) One year to 3 years c) more than 3 years
4. What is your job title: a) Medical officer b) Assistant medical officer)clinical officer d)Registered nurse) Enrolled nurse f) Medical attendant
5. For how long have you worked here: a)less than one year b) One year to 3 years c) more than 3 years

B: Characteristics of the health facility

- 6. Type of the facility a) Hospital b) Health centre c)Dispensary
- 7. Who owns the health facility? a) Government b) Private for profit c)FBO
- 8. What is the catchment population.....
- 9. When was the last time the CHMT supervised the facility..... (months)
- 10. Can you mention major problems faced by the facility (rank them)
 - 1.....
 - 2.....
 - 3.....
- 11. What is the number of available staff?.....(by cadre)

C: Services provided by the facility

- 12. Which of the following services are provided by this facility?
 - a. Family planning services b. Maternal and child health c. Screening services for Cervical/Breast cancer d. outpatient services e.others (mention).....
- 13. Does this facility do outreach? YES/NO
- 14. For which services?
 - a. Family planning b. Antenatal services c.Child health services d. Cervical/breast cancer screening e. Others (Mention).....
- 15. How many times per week?times. how many villages?villages
- 16. Who does this outreach? 1) Clinician 2) RN 3) EN 4) MA 5) community health care Workers

D: Availability of guidelines, contraceptive methods and supplies, screening equipments and other essential RCH supplies

Indicate whether the following are available (ask to see them)

	Yes	Reported	No	Remarks

			available		
17	Essential MCH / Family planning guidelines				
18	Maternal and child health guidelines				
19	cancer screening manuals				
20	Brochures for MCH & Family planning				
21	Has the facility received family planning commodities in the last three months				
22	Availability of cervical cancer screening tools				
23	Family planning scheduled in Health education plan				
24	Displayed list of family planning methods				
25	Referral forms in the health facility				
26	Family planning activities in Facility plans/CCHP				

Are the following commodities/equipments available today? [Ask to see them]

		Yes	Reported available	No	Remarks
27	Oral contraceptive pills				
28	Injectable contraceptives (Depoprovera)				
29	IUCD				
30	Male condoms				

31	Female condoms				
32	Speculum				
33	Norplant				
34	Povidone iodine				
35	Examination bed				
36	Bp Machine				

37. Have there been supply stock-outs in the last six months? Yes/No

38. Have there been problems obtaining supplies? Yes/No **if No go to 40**

39. What options have you been taking to help patients?

- a. Refer to another facility b. Tell them to come when you have supplies c. Give them alternative methods that are available d. Just send them back

40 The following services are important key in reducing maternal mortality

		Agree	Neutral	Disagree
a	Family panning			
b	Antenatal services			
c	Postnatal services			
d	Skilled deliveries			
e	Screening of medical conditions during pregnancy			
f	managing maternal anaemia with iron			
g	preventing and managing post-partum haemorrhage			

Thank you for your participation

B: SURVEY QUESTIONNAIRE

Final Evaluation for the FP& Women Empowerment project in MUSOMA RURAL

Questionnaire Number.....

Men and women aged 18-49 years

Village: _____

Name of interviewer: _____

Date of interview: _____

Introduction / Greetings.

Hello. My name is We are here on behalf of the Ministry of Health and AMREF to assist Musoma District Council to improve its capability in provision of Maternal and child health services. We will be asking you several questions about Maternal and child health services. This interview is anonymous and information in this questionnaire is used for project evaluation purpose only, we guarantee confidentiality of your information so feel free to answer questions based on the truth and your real feelings.

Do you have any questions for me at this time? YES..... 1

NO 2

Do I have your agreement to participate? YES.....

NO 2 →STOP

A: GENERAL QUESTIONS

1. Respondent's sex Male / Female
2. How old are you... (years)
3. How long do you live in this village?

a. Less than one year b. one year to three years c. More than 3 years

4. What is your marital status?

a. Single b. Married-Monogamous c. Married-Polygamous d. Cohabiting e. Divorced f. widow g. Others..... (Mention)

5. What is your level of education?

a. No formal education b. Primary education c. Secondary education d. College and University e. Others

6. What is the level of education of your partner?

a. No formal education b. Primary education c. Secondary education d. College and University e. Others f. I don't know g. I don't have a partner

7. What is your main occupation?

a. employed b. peasant c. housewife d. petty business e. others (mention).....

8. What is your religion?

a. Moslem b. Catholic c. Anglican d. Lutheran e. Mennonite f. others

9. How many children do you have?

a. None b. one to 3 c. More than 3

10. Do you want more children? Yes/ No **If No go to 12**

11. How many children do you want to have?

a. None b. one to 3 c. More than 3

B: QUESTIONS ON THE PROJECT

12. Are you aware of FP & Women empowerment project recently implemented by AMREF in this village? Yes/ No **If No go to 15**

13. What actually was implemented in this village?

a. awareness campaigns b. Trainings on FP/ Reproductive health cancers c. Distribution of IEC materials d. Discuss FP /HIV-AIDS e. Breast and cervical cancer screening f. Others

14. What changes (health related, behavioural and attitudinal) in your life have been brought about by the project?

- a. I know where I can get Family planning services
- b. I am confident in using family planning services
- c. I know the importance of reproductive health (cervical/breast) cancer screening
- d. I know the importance of Family planning and HIV/AIDS prevention
- e. I appreciate what the project has brought to this district/ward/village
- f. Others

C: PRACTICES AND ACCESS TO FAMILY PLANNING SERVICES AND SCREENING FOR REPRODUCTIVE HEALTH CANCERS

15. Have you ever used family planning in your life time?

- a. Yes, b. No c. I don't remember **If No go to 21**

16. Have you used family planning in the past 3 months?

- a. Yes, b. No c. I don't remember **if b or c go to 21**

17. Which type of Family planning method do you use?

- a. Contraceptive pills b. Injectables c. Condoms d. IUCD e. Norplant f. Sterilisation
g. others

18. Where did you obtain FP services?

- a. Health facility b. Outreach service c. shop d. pharmacy e. others

19. Were the family planning method of your choice always there (Yes/No) If yes go 21

20. What was the reason given?

- a. We don't offer such methods b. Out of stock c. No reason d. other reasons

21. Where can you get condoms?

- a. Health facility b. Outreach service c. shop d. pharmacy e. others

22. Are outreach services for family planning provided in this village? Yes/ No **if No go to 24**

23. Who provides those services? a. Health workers b. Community health workers c. Community groups d. NGOs e. Others (mention).....

24. Where can you access cancer screening services (Breast and cervical cancer) in this district? a. Nearby health facility b. District hospital c. outside the district d. Never heard of such services if **d go to 26**

25. Have you ever used the services in the past three years? Yes/No

26. Are you a member of any income generating group (IGAs)? Yes/ No **if no go to 28**

27. Do you discuss about the following topics in your group?

a. HIV/AIDS b. Family planning c. Reproductive and child health

d. Reproductive health cancers (Breast/ Cervical cancer)? e. None

KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARDS FAMILY PLANNING

28. The following are advantages of using modern FP methods

		YES	NO
a	Prevents against unwanted pregnancies		
b	Condoms prevent unwanted pregnancies, Sexually transmitted diseases		
c	Causes infertility		
d	Helps to maintain good health in the family		
e	One needs to be examined before using hormonal contraceptives		
f	I really don't know the importance of family planning		

29. What are your attitudes towards family planning?

a. Favourable b. Unfavourable c. Don't know

30. What is your position with regard to the following statements?

		Agree	Neutral	Disagree
a	I can recommend modern contraceptives to my friends			
b	I want more information on modern family planning			
c	I can discuss about family planning with my partner			
d	I can comfortably talk about family planning in the village meetings			
e	Family planning is against my religion			
f	Modern family planning methods are used by people who are not faithful to their partners			