

54934

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

FACULTAD DE EDUCACION



MODELO DE EVALUACION EDUCATIVO DEL PROGRAMA
MATERNO INFANTIL, EN CARITAS ARQUIDIOCESANA

B. LISETH FLORES ROA

Guatemala

2001



MODELO DE EVALUACION EDUCATIVO DEL PROGRAMA
MATERNO INFANTIL, EN CARITAS ARQUIDIOCESANA

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

FACULTAD DE EDUCACION

MODELO DE EVALUACION EDUCATIVO DEL PROGRAMA
MATERNO INFANTIL, EN CARITAS ARQUIDIOCESANA

B. LISETH FLORES ROA


Trabajo de graduación para optar al grado académico de
Maestría en Educación Especializada en Medición, Evaluación e
Investigación



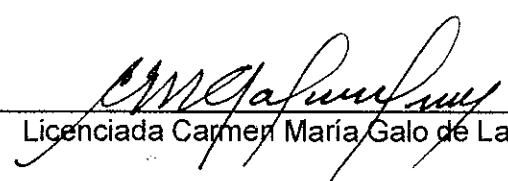
Guatemala

2001

Vo. Bo.

(f) 
Licenciada Carmen María Galo de Lara
Asesora

Tribunal:

(f) 
Licenciada Carmen María Galo de Lara

(f) 
Licenciado Fernando Rubio

(f) 
Licenciada Lilian Leal de Cazali

Fecha de aprobación: 19 de mayo de 2001.

DEDICATORIA

Por grandes que hayan sido el esfuerzo personal y el tiempo empleado en este trabajo de graduación, es preciso reconocer que hubo un algo más. Me refiero a las personas que, de alguna manera, han sido decisivas para su corrección final. En primer lugar a mi Asesora, la Licda. Carmen María Galo de Lara, sin cuyo apoyo determinante por su experiencia y profesionalismo de calidad en el campo de la investigación cualitativa, no hubiera sido posible realizar este trabajo. En segundo lugar al Padre José Antonio Márquez, Delegado Arzobispal y presidente de Cáritas Arquidiocesana, por su apoyo incondicional al permitirme trabajar con él esta investigación. A Dios por el don de la sabiduría y la demostración de amor constante hacia mí. A mi familia porque ha sido el jardín en donde siempre brotan las más bellas flores. Por último y no por ello menos importante, está el Lic. Víctor Hugo Morales, cuyos consejos fueron decisivos y de quien soy deudora por su disponibilidad para lograr la impresión de este documento. Para todos ellos, mi mayor consideración y agradecimiento.

TABLA DE CONTENIDO

Páginas

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES	
A. Prefacio.....	3
B. Naturaleza de la Evaluación de Proyectos Sociales.....	4
C. Razones para Evaluar las Intervenciones Sociales.....	5
D. Necesidad de Evaluar los Programas de Educación para la Salud.....	7
E. Diferentes enfoques en la Evaluación de Programas Sociales.....	8
1. El Modelo o Paradigma Racionalista Cuantitativo.....	11
2. El Modelo o Enfoque Naturalista o Cualitativo.....	12
F. Programas de Salud.....	14
1. Atención Primaria en Salud.....	15
2. Relación entre atención Primaria en Salud y Desarrollo.....	16
3. Atención Materno Infantil.....	17
G. Componentes de la Atención Primaria en Salud	
1. Atención Prenatal y del Parto.....	19
2. Lactancia.....	20
3. Inmunización Infantil.....	20
4. Mortalidad Infantil y Materna.....	21
5. Atención Neonatal.....	21
6. Nutrición Infantil.....	21
H. Instituciones involucradas en la intervención de Programas de Salud Materno Infantil	
1. Cáritas Arquidiocesana.....	22
2. Unión Europea.....	23
3. Alimento para el pobre (Food for the poor).....	24
4. OPS/OMS.....	24
5. INCAP.....	25

III.	EVALUACION DE PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD MATERNO INFANTIL	
	A. Aspectos a Evaluar en el Programa Materno Infantil.....	27
	B. Espacio y Tiempo.....	28
IV.	DISEÑO DE EVALUACION PARA EL PROGRAMA DE EDUCACION MATERNO INFANTIL	
	A. Fase 1	
	1. Enfoque de la experiencia de la investigación.....	28
	2. Puntos relevantes de la entrevista a grupos.....	30
	3. Pedagogía multiplicativa.....	33
	4. Participación protagónica.....	34
	5. Respeto por la diferencia.....	34
	6. Autonomía y autogestión en las soluciones.....	34
	7. Perspectiva de calidad del servicio.....	35
	B. Fase 2	
	1. Diseño del Modelo de Evaluación del Programa de Educación Materno Infantil.....	38
	C. Fase 3	
	1. Diseño de los instrumentos de evaluación del Programa de Evaluación Materno Infantil.....	37
	2. Esquema del Modelo de Evaluación.....	39
	D. Fase 4	
	1. Análisis de la aplicación piloto de los instrumentos de evaluación.....	40
V.	INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	43
VI.	OBSERVACIONES FINALES.....	47
VII.	BIBLIOGRAFIA.....	49
VIII.	ANEXO.....	51

I. INTRODUCCION

La actual situación del desarrollo social latinoamericano dista de ser prometedor. La crisis económica que sufrió nuestro país a principios de los años ochenta ha afectado las condiciones de vida de importantes sectores de la población.

Ante esta situación, las organizaciones que se dedican a proyectos de intervención social, tienen la responsabilidad de facilitar las decisiones políticas al plantear alternativas que vayan más allá de lo puramente declarativo y de los diagnósticos pesimistas, donde se esbocen soluciones fundamentadas teóricamente y que se apoyen en el análisis de los éxitos y fracasos del pasado.

Este Modelo de Evaluación es una respuesta a la necesidad real y sentida de muchas organizaciones no gubernamentales que apoyan a gran diversidad de comunidades de nuestro país, con proyectos de desarrollo y que no cuentan con las metodologías adecuadas ni el personal especializado para la formulación y evaluación de proyectos sociales, ya que, en una situación en donde hay escasez de recursos y se han incrementado las necesidades, será todavía más ineludible la tarea de comparar, elegir y descartar proyectos alternativos, que busquen aumentar la racionalidad de las opciones adoptadas. La evaluación de proyectos sociales juega un papel central en ese proceso de racionalización y es un elemento básico de la planificación. No es posible que los proyectos sean eficaces y eficientes, si no se evalúan los resultados de su ejecución.

Así también, busca que el análisis de la eficiencia sea el reverso de la moneda de estudio de la eficacia o impacto, que es la justificación última de su elaboración. Sigue un componente de cinco capítulos, bibliografía y anexos. El primero de ellos plantea la naturaleza, razones, necesidad y diferentes enfoques de la evaluación de proyectos con énfasis en la evaluación de Programas de Salud, al relacionar la Atención Primaria en Salud, Atención Materno Infantil y Desarrollo, así como la situación actual de Guatemala en el contexto latinoamericano y algunas de las Instituciones nacionales e internacionales, involucradas en la intervención de Programas de Salud Materno Infantil.

El segundo hace un análisis del Programa Educativo en Salud Materno Infantil que actualmente está ejecutando Caritas Arquidiocesana. El tercero, se centra en las cuatro fases del diseño de evaluación del programa; la primera fase, incluye el enfoque de la experiencia de investigación y los puntos relevantes de las entrevistas realizadas a donantes, ejecutores y beneficiarios; la segunda fase describe las etapas del diseño del modelo; la tercera fase, se refiere al diseño de

los instrumentos de evaluación del programa y la cuarta fase contiene el análisis de la aplicación piloto, que define la validación y elaboración de los instrumentos de evaluación definitivos.

El cuarto capítulo incluye la interpretación de los resultados obtenidos y en el capítulo quinto se hacen algunas observaciones finales, las cuales pueden servir de guía a muchas Instituciones que hoy día, trabajan en proyectos similares al que se está evaluando, en este trabajo profesional. La bibliografía y anexos pueden servir de referencia valiosa al lector ya que están relacionados con la evaluación de proyectos y programas sociales.

II EVALUACION DE PROYECTOS SOCIALES

A. Prefacio

Evaluación

“Es un proceso sistemático, diseñado intencional y técnicamente, de recogida de información rigurosa, valiosa, válida y confiable, orientado a valorar la calidad y los logros de un programa, como base para la posterior toma de decisiones de mejora tanto del programa o proyecto de intervención a realizar como del personal implicado y de modo indirecto, de la comunidad social en el que está inmerso”.

Gloria Pérez Serrano

La evaluación viene siendo motivo de debate, dentro del campo educativo, debido a la adopción de posiciones basadas en paradigmas cualitativos o cuantitativos. Entre los autores que se definen como defensores del paradigma cualitativo pueden citarse a Weiss, Rein, Parlett, Hamilton o Guba. En términos generales, consideran la metodología cualitativa como más apropiada que la experimental para valorar programas con objetivos amplios. Así Parlett, M. y Hamilton (1976 d:141), exponen: “De modo característico, los enfoques convencionales han seguido las tradiciones experimentales y psicométricas que predominan en la investigación educativa”.

Es interesante observar cómo ha ido evolucionando el campo de la evaluación y se ha proyectado la tradición evaluadora cuantitativa en todos los ámbitos con fuerte influencia en el aprendizaje de los alumnos. Sin embargo, en los campos educativo y social, la adopción de modelos arraigados resulta incorrecto cuando se trata de valorar procesos que son eminentemente formativos con el propósito de mejorarlos y alcanzar los objetivos previstos.

Por lo general, al evaluar proyectos de intervención, los métodos experimentales y cuantitativos se utilizan con validez y confiabilidad para valorar productos ya acabados, con el propósito de constatar lo conseguido y toma periódicamente medidas oportunas. Los métodos enmarcados en los modelos cualitativos son idóneos para evaluar procesos y mediante los datos que se recogen día a día con técnicas adecuadas, se mejora su realización de forma permanente.

La situación ideal sería llegar a una incorporación habitual de la evaluación cualitativa a estos procesos, de manera que pudiera regularse continuamente el proyecto, perfeccionándose así con las innovaciones oportunas sin necesidad de grandes y bruscos cambios, que no siempre son efectivos.

B. Naturaleza de la Evaluación de Proyectos Sociales

La evaluación es una parte integrante de los proyectos, no algo añadido al final de los mismos, como un complemento o un adorno que se pondrá en funcionamiento si queda tiempo y si se tiene a bien. Es sustancial al hecho mismo de poner en marcha una experiencia. Porque si se diseña, planifica y pone en funcionamiento será imprescindible conocer qué es lo que se consigue por el hecho mismo de poner la iniciativa en acción, por qué esa y no otra, por qué de ese modo y para esos fines.

La evaluación producirá diálogo, comprensión y mejora de los programas que se propongan al servicio de los usuarios. No por el hecho de que estén funcionando son buenos, ni porque hayan sido implantados con la mejor intención producen los mejores efectos. La evaluación de proyectos sociales debe mantener las características siguientes:

- Independiente y por ello comprometida. Cuando se señala independencia, se refiere a una evaluación que no esté sometida a una política o simplemente alquilada por el grupo interesado en comprobar determinados datos sino comprometida con unos principios, con unos valores que buscan la verdad. El evaluador debe ser imparcial, lo que no significa que sea indiferente. Una postura desinteresada, no comprometida, distanciada del mundo cotidiano y de sus valores es "moralmente deficiente".
- Cualitativa y no meramente cuantificable. Porque los procesos que analiza, cuando se trata de programas educativos y sociales, son enormemente complejos y la reducción a números suele simplificar y desvirtuar la parte más sustantiva de los mismos.
- Práctica y no meramente especulativa. Es decir, que la evaluación no tiene por finalidad producir conocimiento académico, realizar informes para publicaciones especializadas y ni siquiera elaborar un conocimiento teórico sobre las experiencias. Tiene por finalidad la mejora de programas a través de su comprensión, a través del conocimiento de su naturaleza, funcionamiento y resultados.
- Democrática y no autocrática. Esta se pone al servicio de los usuarios, no del grupo de poder. Porque la evaluación, cuando se utiliza mal produce efectos muy negativos. A través de la evaluación se consigue cortar un programa porque no es rentable políticamente o porque no favorece de forma clara a los más pudientes o porque produce lateralmente molestias o críticas para el poder. Conseguir publicidad o control, alcanzar una mejora de programas exclusivamente destinados a los más favorecidos, poner la

evaluación al servicio de la injusticia, hace de la evaluación un instrumento y un proceso de perversión.

- Procesual, no meramente final. Se realiza durante el proceso y no una vez terminado el programa. Porque es durante el mismo cuando se puede conocer lo que en él sucede. Y porque durante su desarrollo se puede modificar y mejorar. Realizada al final del mismo, como un apéndice, pierde la capacidad de generar comprensión de lo que relativamente va sucediendo. Y aunque al final se analice todo el proceso, la perspectiva está adulterada por el gradiente de la meta.
- Participativa, no mecanicista. Esta evaluación da voz a los participantes, no se realiza a través de pruebas externas y de análisis ajenos a la opinión de los protagonistas. Son ellos los que emiten su valoración sobre el programa, aunque no sea ésta la única perspectiva que se tiene en cuenta.
- Colegiada, no individualista. Es un tipo de evaluación que asume un equipo y no sólo un individuo. No porque la que se realiza bajo la responsabilidad única de una persona sea deficiente, sino porque la realizada por un equipo goza del aval del contraste, de la pluralidad de los enfoques, de una mayor garantía de rigor, de una diversificación estratégica de acceso y actuación.
- Externa, aunque de iniciativa interna. Es decir, son los propios participantes y usuarios los que la demandan. Y para realizarla se requiere de la colaboración exterior, por considerar que desde fuera puede tomarse una perspectiva complementaria y puede trabajarse en unas condiciones favorables para conseguir una información veraz.

C. RAZONES PARA EVALUAR LAS INTERVENCIONES SOCIALES

Económicas: En los programas sociales, intervienen fondos normalmente públicos y se emplean recursos humanos, técnicos y materiales que es preciso controlar y justificar. Se debe analizar qué uso se hace de estos fondos, de dónde proceden, para qué se emplean, si vale la pena el esfuerzo material y humano desplegado con relación al beneficio, necesidad e interés individual o colectivo del programa en cuestión. "Cuando unas personas u organismos reciben dinero para llevar a cabo un programa, tienen que estar dispuestos a ser evaluados" House (:1990).

Ideológicas: Conviene descubrir la ideología y los intereses, no sólo económicos, que existen en el diseño y ejecución del programa. A qué obedece su puesta en práctica; por qué se potencian determinados programas y no otros; por qué se destina a unos u otros grupos, clases o sectores sociales; qué fines no explicitados pretenden conseguir; cual es su curriculum oculto; qué filosofía subyace a su ejecución y desarrollo; qué móviles guían a las personas que lo dirigen, a los que los ejecutan y a los que participan en él.

Políticas: Es función esencial y característica determinante de la investigación evaluativa su pretensión de ser ayuda y soporte eficaz y eficiente en los procesos de toma de decisiones. Los responsables administrativos y políticos han de contar con información veraz y sistemáticamente fundamentada para poder decidir racionalmente sobre los programas sociales que se desarrollan bajo su ámbito de responsabilidad. Indagar en dicho proceso es función primordial del evaluador.

Sociales: Tiene estrecha relación con el punto anterior; es importante analizar la coincidencia de los objetivos propuestos con las necesidades, expectativas e intereses de los grupos sociales a los que va dirigido el programa y por otro lado, cuál es su incidencia y distribución social: quiénes son los destinatarios, a quiénes beneficia, a quiénes se excluye y a quiénes lo gestionan y ejecutan.

Metodológicas: La forma de poner en práctica las actividades del programa puede tener tanta importancia como las actividades en sí: cómo se organizan, cómo se usan los medios, qué técnicas se emplean ¿Se implican los usuarios en el desarrollo del programa? ¿Están motivados para ello? ¿Se adaptan las actividades y actuaciones, las capacidades y necesidades de los destinatarios?

Profesionales: Los ejecutores del programa necesitan saber el alcance y valor de su trabajo. Por dos razones primordiales: En primer lugar, para evitar o disminuir la angustia, el estrés y la desidia que, a veces, se produce en los profesionales implicados en esta clase de programas debido, en parte, a la misma dinámica retardada de los cambios y procesos sociales, con la constante duda de: si lo que están haciendo lo hacen bien y si sirve realmente para algo. En segundo lugar, por la necesidad de compartir la reflexión sobre la práctica como forma de superación de ésta. "El análisis y el trabajo compartido suponen grandes dosis de apoyo psicológico". :Santos Guerra:90:

Éticas: En una sociedad democrática no parece éticamente aceptable que una actividad social se desarrolle al libre albedrío de determinados individuos o grupos sociales o de poder. La

participación de las personas implicadas en el programa no puede limitarse a desempeñar correctamente el papel de usuario o de ejecutor, ni tan siquiera es suficiente participar en la planificación previa, sino que se hace necesaria la implicación de todas las partes al más alto grado, es decir, en la toma de decisiones.

Para ello se hace precisa la evaluación del programa, pero no una evaluación cualquiera, sino una evaluación/investigación¹ que sea capaz de conseguir la participación y el compromiso de los usuarios y responsables en el análisis crítico y la mejora del programa.

La investigación evaluativa es una forma de indagación introspectiva colectiva, emprendida por, participantes en situaciones sociales con objeto de mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas sociales o educativas, así como la comprensión de esas prácticas y de las situaciones en que éstas tienen lugar.

Epistemológicas: Evaluar es reflexionar de forma sistemática y fundamentada sobre la praxis. Esta reflexión aporta explicaciones teóricas que permiten comprender la práctica. La elaboración de teorías a través de la evaluación permite acrecentar el conocimiento.

Poner en marcha un programa de acción lleva implícitamente aparejada la exigencia de la preocupación por su desarrollo y resultados. Es necesario que las diversas comunidades de profesionales comprendan y se convenzan de la necesidad de evaluar los programas en los que están trabajando. Han de tomar conciencia de que no son sólo sus programas sino que son, también, los programas de los grupos sociales (alumnos, pacientes, jóvenes, grupos de riesgo, etc.) sobre los que intervienen o a los que van dirigidos; son, en definitiva programas de la comunidad.

D. NECESIDAD DE EVALUAR LOS PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD

La educación para la salud es parte de los programas sociales, que afectan la vida de los individuos y grupos humanos incluso a aquéllos que no tienen una relación o participación directa en las actividades programadas. Es, por tanto, imprescindible alguna forma de valoración, control, autocontrol y compromiso social que garantice, legitime, optimice, facilite y posibilite que la intervención o actividad social desarrollada sirva, esté al servicio y valga; así también que sea útil a los usuarios.

¹¹ El tiempo de evaluación que se aborda está próximo al de investigación, por lo que en algunas oraciones se usa el término investigación como sinónimo de evaluación; igualmente el de investigador/es para referir al/los evaluador/es.

Hablar hoy día de participación comunitaria, equidad, evaluación de servicios, autocuidados, aumento de la eficiencia del sistema, atención a la salud y estado de bienestar, etc., no es sino asumir, interiorizar, cuidar de la salud de los ciudadanos, (sobre todo en el seno de un sistema público), que implica un continuo proceso de evaluación de las actuaciones, con mayor participación social y contando con nuevos actores no sanitarios, para avanzar en la tan necesaria reorientación de servicios, que propugna la OMS.

La inclusión de actividades evaluadoras en los programas de Educación para la Salud es primordial, por la rica información para mejorar que nos aporta y porque desarrolla una actitud autocrítica que debe ser inherente a cualquier actuación de los profesionales sanitarios, sobre todo cuando mantienen un continuado contacto con los usuarios.

E. DIFERENTES ENFOQUES EN LA EVALUACION DE PROGRAMAS SOCIALES

Para la mayoría de las personas, evaluar es conocer los resultados de una operación o actividad. Esta concepción, de la que participan en la práctica muchos científicos y políticos, lleva a plantear evaluaciones que, con mayor precisión, podríamos llamar medición de resultados. Suelen ser evaluaciones enfocadas desde la perspectiva experimental.

“Existe una idea muy aceptada tanto en amplios sectores de la comunidad científica como en los de la comunidad política, según la cual la evaluación debe demostrar sin ambigüedad la eficacia de un programa en acción; sólo de este modo, se piensa que es posible sustentar racionalmente las decisiones en política social”: Angulo: 88:

Es obvio el éxito de esta clase de evaluación, basada en tratamientos estadísticos, cuando se trata de valorar, por ejemplo, los resultados económicos, en términos de ganancias/pérdidas de operaciones financieras o determinar la eficacia o efectividad de tal o cual tratamiento clínico en función de los días de ingreso hospitalario, complicaciones terapéuticas, etc. Sin embargo, hemos de poner en duda la pertinencia y precisión que estos métodos pueden alcanzar cuando se evalúan programas de intervención social, coimados éstos de intereses socio-políticos y personales, de situaciones impredecibles, de momentos irrepetibles, sometidos a un proceso de cambio continuo.

Dentro de esos conceptos de evaluación situaríamos los estudios o análisis de costo-beneficio y de costo-efectividad, ampliamente aplicados y difundidos en los campos de las ciencias de la salud. El primero nace con una clara intención economicista. Por su parte, con los análisis

costo-efectividad se pretende aportar datos para la elección entre técnicas, procedimientos o intervenciones diferentes.

La línea divisoria entre estos dos tipos de análisis (costo-beneficios y costo-efectividad) queda, en la práctica, poco delimitada, en la mayoría de los trabajos, pues, como afirma: Mooney: 80: "muchos estudios de asistencia sanitaria que pretenden ser de costo-beneficio en realidad son de costo-efectividad". Ambos son cuantitativos, el primero cuantifica básicamente sobre las variables economicistas (se miden los beneficios en unidades monetarias) y el segundo restringe su cuantificación a unidades físicas, íntimamente ligadas al programa de intervención, tales como morbilidad, mortalidad, esperanzas de vida, ingresos hospitalarios, control de hidrataciones, enfermedades respiratorias, inmunizaciones, etc.

La finalidad de este tipo de evaluación es ofrecer, a los responsables administrativos o políticos, datos a partir de la medición de los resultados, para que decidan sobre los programas más adecuados, en relación con el alcance o consecución de los objetivos previamente marcados. Esta decisión trata de ser apoyada con la cuantificación del producto, es decir de los resultados. En síntesis, estos modelos de evaluación se caracterizan por:

- a) Estar pensados y diseñados para ayudar a los responsables (públicos o privados) en la toma de decisiones sobre programas en marcha. La función del evaluador es proporcionar información sin olvidar el preguntarse para qué.
- b) Basa o apoya la opción de las decisiones en función de los resultados obtenidos, medidos en términos numéricos.
- c) Define la eficiencia del programa en función del grado de consecución de los objetivos previamente marcados.
- d) Da por supuesto que la justicia de la intervención o actuación se logra con la consecución, lo más fiel posible, de los objetivos propuestos, sin entrar en consideraciones sobre la oportunidad, conveniencia o ética de aquéllos.
- e) Provoca una concepción paternalista o protectora, cuando no de manera sospechosa e interesada, de los programas de intervención social, no cuenta con los usuarios en ningún nivel de decisión.

En el otro extremo de la balanza epistemológica y usando la terminología del autor anteriormente citado, Angulo: 88:, se sitúa la evaluación entendida desde la perspectiva transaccional. Pueden tomarse en cuenta cinco características, las cuales se consideran propias de esta perspectiva.

- a) Está comprometida con el estudio y conocimiento de los procesos.
- b) Requiere una transformación profunda e imaginativa de la metodología de la investigación: diseños flexibles, emergentes y progresivos que surgen de la misma dinámica de la investigación.
- c) Acepta las valoraciones en un triple sentido: reconoce la pluralidad valorativa, ideológica y de intereses que rodea a un programa, gran parte de sus datos debe reflejar los significados subjetivos, las opiniones y los juicios de los que viven el programa; la perspectiva transaccional es ella misma una posición valorativa.
- d) La utilidad de un informe de evaluación estriba en que sea capaz de recoger esa multitud de significados, experiencias y sentidos, de manera accesible a la gente que los ha construido.
- e) No se pregunta por la efectividad de un programa, sino por el valor que tiene para mejorar la vida de las personas.

En el área de la salud esta modalidad de evaluación ocupa lugar primordial, sobre todo, cuando se trata de mantenimiento de programas de salud en cualquiera de sus vertientes y peculiaridades.

La evaluación, concebida como proceso de reflexión crítica y sistemática sobre los hechos y actuaciones sociales, es la que se denomina evaluación como investigación.

Las características que definen este tipo de evaluación son:

- a) Su finalidad es aportar datos, hechos y elementos de juicio que posibiliten la toma de decisiones racionalmente fundamentadas.
- b) Sus destinatarios son todos los implicados en el programa, tanto responsables y ejecutores como usuarios.

- c) Su objeto de estudio es la comprensión de la realidad social en la que se interviene, en toda su complejidad.
- d) El conocimiento que genera va encaminado a la mejora de la práctica.
- e) Procura y trabaja en la generación de teorías. Pretende transferir los conocimientos, teorías y resultados a otros programas.
- f) Utiliza métodos sensibles para captar la complejidad de los fenómenos evaluados.
- g) Se siente comprometida con la sociedad en general y con el desarrollo y profundización de la democracia política.

La investigación evaluativa, no sólo escudriña sobre el valor educativo de los programas, sino que en sí misma pretende favorecer procesos de análisis y de diálogo compartido que tengan potencial educativo para los usuarios, para los profesionales que lo dirigen y ejecutan, y para los mismos evaluadores.

1. EL MODELO O PARADIGMA RACIONALISTA CUANTITATIVO

Este paradigma se denomina positivista, científico-naturalista, científico tecnológico y sistemático gerencial. Se basa en la teoría positivista del conocimiento que inicia en el siglo XIX y principios del XX. Se ha impuesto como método científico en las ciencias naturales y más tarde en la educación.

Se caracteriza por su naturaleza cuantitativa, con el fin de asegurar la precisión y el rigor que requiere la ciencia, está enraizado filosóficamente en el positivismo.

El positivismo contemporáneo se adhiere a los principios fundamentales:

- La unidad de la ciencia.
- La metodología de la investigación debe ser la de las ciencias exactas, matemáticas y físicas.
- La explicación científica es de naturaleza causal, en el sentido amplio y consiste en subordinar los casos particulares a las leyes generales.

Las características más importantes derivadas de la teoría positivista para las ciencias sociales son:

- a) La teoría positivista busca un conocimiento sistemático, comprobable y comparable, medible y replicable.
- b) La preocupación fundamental de esta línea de investigación es la búsqueda de la eficacia e incrementar el campo del conocimiento.
- c) La metodología sigue el modelo hipotético deductivo de las ciencias naturales; utiliza los métodos cuantitativos y estadísticos.
- d) La realidad es observable, medible y cuantificable.
- e) Parte de una muestra significativa para generalizar los resultados. El planteamiento epistemológico de este enfoque parte de la unidad del método científico, al adoptar el modelo hipotético deductivo, tanto para las ciencias sociales como para las ciencias naturales, de donde procede.

Metodológicamente se adopta el método estándar de las ciencias naturales como el ideal de la metodología científica. Este planteamiento implica una visión bastante restringida de la realidad social, pues analiza y estudia aquellos fenómenos observables que son susceptibles de medición, análisis matemático y control experimental. El rigor y la credibilidad científica se basan en la validez interna.

Los procedimientos utilizados son: el control experimental, la observación sistemática del comportamiento y la correlación de variables. Este paradigma adopta la generalización de los procesos, con lo que se rechazan aspectos, incidentes concretos, irrepetibles y de especial relevancia para la explicación de los fenómenos y situaciones determinadas. Este modelo pone énfasis en la verificación científica del dato y la búsqueda de la eficacia.

2. EL MODELO O ENFOQUE NATURALISTA O CUALITATIVO

Surge como alternativa al paradigma racionalista, puesto que en las disciplinas del ámbito social existen diferentes problemáticas, cuestiones y restricciones que no se pueden explicar ni comprender en toda su extensión desde la metodología cuantitativa.

Estos nuevos planteamientos proceden fundamentalmente de la antropología, la etnografía, el interaccionismo simbólico, etc.

La relevancia de la información antropológica se encuentra no solamente en el número y distribución de frecuencias, sino en la descripción del modelo de conducta o en las diversas formas en que ese modelo se manifiesta.

Las características más importantes de este paradigma son:

- a) La teoría constituye una reflexión en y desde la praxis: esta realidad está constituida no sólo por hechos observables y externos, sino también por significados, símbolos e interpretaciones elaboradas por el propio sujeto a través de una interacción con los demás.
- b) Intenta comprender la realidad: el conocimiento no es aséptico ni neutro; es un conocimiento relativo a los significados de los seres humanos en interacción: sólo tiene sentido en la cultura y en la vida cotidiana. Desde el punto de vista epistemológico, se considera que el conocimiento es un producto de la actividad humana y por lo tanto no se descubre, se produce.
- c) Describe el hecho en el que se desarrolla el acontecimiento: se opta por una metodología cualitativa basada en la rigurosa descripción contextual de un hecho o una situación que garantice la máxima intersubjetividad en la captación de una realidad compleja, mediante la recogida sistemática de datos que hagan posible un análisis interpretativo.
- d) Profundiza en los diferentes motivos de los hechos: para este paradigma, la realidad es holística, global y polifacética, nunca es estática ni tampoco es una realidad que nos viene dada, sino que se crea.
- e) El individuo es un sujeto interactivo, comunicativo, que comparte significados: se puede afirmar que frente a la independencia del entrevistado/objeto en el paradigma racionalista, el análisis cualitativo sostiene la interrelación entre investigador/sujeto, hasta tal punto que se influyen. Los seres humanos comparten significados acerca de las cosas. El significado es algo creado por el hombre y que reside en las relaciones de los hombres.

Por eso, la conducta social no puede explicarse sino a través de la interpretación que los sujetos hacen de la situación en sus respectivas interacciones. El siguiente cuadro da un panorama comparativo de ambos paradigmas (cualitativo y cuantitativo).

TABLA COMPARATIVA DE LAS DOS CORRIENTES

PARADIGMA CUALITATIVO	PARADIGMA CUANTITATIVO
Aboga por el empleo de los métodos cualitativos.	Aboga por el empleo de los métodos cuantitativos.
Fenomenologismo y Verstehen (comprensión) interesado en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa.	Positivismo lógico: busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos.
Observación naturalista y sin control.	Medición penetrante y controlada.
Subjetivo	Objetivo
Próximo a los datos; perspectiva desde dentro.	Al margen de los datos; perspectiva desde fuera.
Fundamentado en la realidad, orientado a los descubrimientos, exploratorio, expansionista, descriptivo e inductivo.	No fundamentada en la realidad, orientado a la comprobación, confirmatorio, reduccionista, inferencial e hipotético deductivo.
Orientado al proceso.	Fiabile: Datos sólidos y repetibles.
Válido: datos reales, ricos y profundos.	Generalizable: estudio de casos múltiples.
No generalizable: estudio de casos aislados.	
Holista.	
Asume una realidad dinámica.	Particularista.
	Asume una realidad estable.

Tabla 1: Cook y Reichardt:86:29

F. PROGRAMAS DE SALUD

Los procesos de modernización del Estado requieren incorporar en su gestión, hoy centrada en los procesos, la mirada sobre los resultados y en la construcción de su oferta, la perspectiva de la demanda.

En este marco, reorientar y fortalecer la función de la evaluación significa imprimir un cambio sustantivo en la concepción de funcionamiento del Estado: comparar los resultados en función de demandas satisfechas y de problemas resueltos que, en el campo de las políticas sociales remiten al logro de la equidad, la integración social y a la superación de la pobreza y la vulnerabilidad social.

Como proceso, la evaluación es inherente a la lógica del nuevo modelo porque articula la gestión con los resultados y permite hacer transparentes las acciones del Estado al habilitar el control social. En la misma base del fortalecimiento de la función de la evaluación en el Estado está el reconocimiento de la centralidad, la autonomía y la especificidad de la evaluación de lo social; superar las concepciones tradicionales de evaluación originadas en las metodologías de costo beneficio y en la lógica de reducción del gasto social y del ajuste presupuestario.

Las evaluaciones en el área social, en cambio, parten de valorar en qué medida los programas sociales potencian a sus beneficiarios mediante la generación o formación de capacidades que quedan incorporadas en el capital humano y social.

Si los programas sociales tienen como objetivo solucionar y transformar, con eficiencia y calidad, los problemas específicos de la población, entonces, la evaluación debe ser el proceso integral que permita planificar, realizar, concretar y valorar los resultados que superen o alivien, efectivamente dichos problemas.

Fortalecer la función de evaluación significa instalarla en la acción misma de los programas, para constituirse en un proceso de aprendizaje que permita mejorar su gestión y resultados, convirtiéndose en un elemento de reflexión y capacitación, al fomentar la cultura y rutinas de autoevaluación y, por otro lado, instalar como elemento constitutivo de la evaluación la perspectiva de los beneficiarios.

De esta manera, se procura acercar información sobre resultados de la gestión de los programas sociales, para brindar a su vez, elementos metodológicos y técnicos que constituyan insumos para los equipos técnicos de los programas y los actores sociales involucrados en su gestión; los funcionarios y ejecutores de políticas; los ámbitos de investigación y la sociedad en su conjunto.

1. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

La atención primaria en salud es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades, la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación. Ese concepto ha evolucionado con los años, en parte con base en la experiencia, positiva y negativa, acumulada en varios países en materia de servicios básicos de salud. La atención primaria en salud, abarca factores sociales y de desarrollo, de ser aplicada apropiadamente, sin duda alguna influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud.

La forma en sí de la atención primaria en salud está determinada por los objetivos sociales, tales como el mejoramiento de la calidad de la vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos; esos objetivos se alcanzan con la aplicación de medios sociales, como la aceptación de una mayor responsabilidad de salud por parte de las comunidades y los individuos así como su activa participación en el esfuerzo por alcanzarlos.

En consecuencia, la atención primaria en salud y los esfuerzos de las comunidades con miras a su desarrollo social y económico, tendrán en general mayores probabilidades de ser eficaces cuando se apoyen mutuamente. También el sector de la salud, para que logre su eficacia, deberá funcionar en armonía con los demás sectores sociales y económicos.

Es recomendable también que se cumpla con actividades como: un programa de educación que provea de enseñanzas relativas a los problemas de salud más frecuentes y a los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos, por ejemplo: la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, el abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico; la asistencia materno infantil; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; la promoción de la salud mental y el suministro de medicamentos esenciales.

2. RELACION ENTRE ATENCION PRIMARIA EN SALUD Y DESARROLLO

El desarrollo toma como algo muy propio, la mejora gradual de las condiciones y la calidad de vida de la cual disfrutaban los miembros de una sociedad. Es un proceso social continuo sin distinción alguno entre desarrollo económico y desarrollo social. El primero es para alcanzar la mayoría de las metas sociales mientras que el desarrollo social es necesario para lograr casi todos los objetivos económicos. En efecto, los factores sociales son la verdadera fuerza motriz del desarrollo.

La finalidad del desarrollo es que los pueblos puedan llevar una vida económicamente productiva y socialmente satisfactoria. Esta satisfacción no se refiere únicamente a la acumulación de bienes a través del poder adquisitivo, sino a las mejoras sociales que él pueda brindarle, por ejemplo: mejoras en la alimentación y vivienda, mayor grado de instrucción, más tiempo libre y, por último, aunque no sea lo menos importante, el poder disfrutar de mejor salud. Únicamente cuando los individuos alcanzan un grado aceptable de salud pueden disfrutar de los restantes beneficios de la vida. Por todo lo anterior, las mejoras de la salud

son esenciales para el desarrollo social y económico, y los medios para conseguir ese doble desarrollo están íntimamente relacionados.

3. ATENCION MATERNO INFANTIL

Corresponde a uno de los componentes de atención primaria en salud que tiene como propósito la atención de la madre y el niño, de manera muy especial en Guatemala el grupo materno infantil, que por sus altos riesgos biológicos y sociales es quizá donde existe mayor justificación para la utilización eficiente de los recursos, de acuerdo con las múltiples necesidades que estos presentan.

GUATEMALA EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO: SALUD MATERNO INFANTIL

El Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (INE) realizó de noviembre de 1998 al mes de mayo de 1999, el trabajo de campo de la tercera Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI-98/99), como parte de las encuestas incluidas en el programa internacional de encuestas sobre demografía y salud.

Los resultados de la encuesta en referencia indican que ha habido cambios positivos respecto de la mortalidad en los primeros años de vida y en salud materno infantil, aunque de manera heterogénea en el país.

La tabla que a continuación se presenta, da a conocer la situación actual sobre salud en Guatemala.

COBERTURA A SERVICIOS DE SALUD

AÑO	POBLACION EN %
1995	54%
1998	76%

Tabla. 2: Datos Estadísticos INE/OPS 1999.

	Tasa de Desnutrición Infantil (Talla para edad) 1995 (3)	% de Mujeres con Control Prenatal por Personal Calificado 1995 (3)	% de Partos Atendidos por Personal Calificado 1995 (3)	MORTALIDAD			ESPERANZA DE VIDA AL NACER			FECUNDIDAD		Prevalencia de Uso de Métodos Anticonceptivos 1995 (3)	Necesidad Insatisfecha en el Uso de Métodos Anticonceptivos 1995 (3)	Edad Mediana a la Primera Relación Sexual en Mujeres entre 25-49 años (3)	Edad Mediana al Primer Nacimiento en Mujeres entre 25-49 años (3)	% de Adolescentes menores de 19 años ya madres o embarazadas 1995 (3)	Casos de SIDA acumulados al 31 de Diciembre de 1998 (10)
				Tasa de Mortalidad Infantil, por 1,000 n.v. 1995 (3)	Tasa de Mortalidad en la Niñez, por 1,000 n.v. 1995 (3)	Razón de Mortalidad Materna por 100,000, n.v. 1989 (6)	Esperanza de Vida al Nacer 1995-2000 (1)	Esperanza de Vida al Nacer, Hombres (en años)	Esperanza de Vida al Nacer, Mujeres (en años)	Tasa de Fecundidad Global, 1995 (3)	Tasa de Fecundidad Deseada, 1995 (3)						
Total del País	49.7	52.5	34.8	37	79	248	67.2	64.7	69.8	5.1	4	31.4	24.3	18.2	20.1	21.1	2,681
I METROPOLITANA	33.5	74.5	65	43	55					3.9	3	50.1	16.9	19.4	21.4	14.7	1,481
Guatemala						176	71.4	68.7	74.3								1,481
II NORTE	55.3	47.2	19.5	63	104					6.7	4.6	13.7	32.7	16.8	19	28.5	35
Baja Verapaz						208	68.3	65.6	71.7								17
Alta Verapaz	56.2	41.5	15.3	66	110	426	67.4	64.8	70.2	6.9	4.6	12	34.6	16.7	19	28.3	18
III NORORIENTE	43.9	49.6	36.6	53	79					5.1	4.1	25.7	26.7	17.5	19.6	26.2	242
El Progreso						273	65.9	63.4	68.5								19
Izabal						166	68.8	66	71.8								137
Zacapa						268	68	65.8	71.7								59
Chiquimula						169	65.2	62.6	67.8								27
IV SURORIENTE	45.4	55.9	23.5	72	96					5.7	4.1	29.1	29.6	17.6	19.7	25.3	77
Santa Rosa						191	66.2	63.6	68.9								30
Jalapa						241	64.8	62.6	67.1								13
Jutiapa						139	65.4	63	67.9								34
V CENTRAL	45.7	46.9	36.9	73	92					5.3	4.1	32.8	27	18.2	20	22.8	256
Zacatepequez						256	67.9	65.4	70.5								78
Chimaltenango	60.9	34.1	14.9	90	111	205	66.1	63.9	68.5	6.6	5.6	15.7	31.1	18.5	19.8	24.2	29
Escuintla						217	64	62.1	66								149
VI SUROCCIDENTE	59.5	42.9	24	55	75					5.5	4.5	23.1	25.5	17.9	19.8	22.2	516
Sololá	65.4	45	14	64	82	446	64.1	62.1	66.2	31							
Totonicapán	78.8	33.1	8.1	72	96	289	61	59.3	62.9	13							
Quezaltenango	54.6	53.6	39.7	48	62	204	65	62.9	67.2	196							
Suchitepequez						211	65.6	63.4	67.9	107							
Retalhuleu						233	67.7	65.2	70.3	95							
San Marcos	63.8	34.3	12.8	49	72	195	65.4	53.2	67.7	6.4	5.3	17.4	24.8	17.8	19.7	22.1	74
VII NOROCCIDENTE	69.9	31.4	9.9	64.4	92					6.8	5.7	11.8	28.8	17.1	19.1	25.3	59
Huehuetenango	69.9	29.7	11.5	63	93	284	68.8	65.4	70.8	6.9	5.5	13.2	29.4	16.9	19	28.3	35
Quiché	69.9	34.3	7.3	64	91	306	67.9	65.2	70.6	6.6	5.9	9.5	27.9	17.4	19.3	20.7	24
VIII PETEN																	15
Peten						278	67.1	64.3	70								15

Tabla 3: Estadística sobre Mortalidad, Fecundidad y Esperanza de Vida, POLICY, en Guatemala, 2000.

4. COMPONENTES DE LA ATENCION MATERNO INFANTIL

Las acciones de salud están dirigidas al grupo materno infantil como prioridad para prevenir las causas de enfermedad y muerte, por ello es importante enfatizar en programas educativos sobre: salud reproductiva; atención prenatal y asistencia durante el parto; control de crecimiento y desarrollo del niño; la cobertura respecto de inmunización; la prevalencia y tratamiento de ciertas enfermedades, especialmente la diarrea e infecciones de las vías respiratorias, sin olvidar el aspecto nutricional del niño y de la madre.

Cuando se habla de control prenatal se refiere al contacto y evaluación programada de la gestante, por el equipo de salud, con el propósito de vigilar la evolución del embarazo y contribuir a una adecuada preparación para el parto y atención del niño. Así también dar los elementos necesarios para que la madre conozca los riesgos de morbilidad que existen, principalmente en la mujer. Estos riesgos tienen relación con patologías que son específicas en la etapa de vida reproductora; tales como cáncer de mama y el cáncer cérvico uterino.

Ahora bien, cuando se habla del control de crecimiento y desarrollo del niño, constituye la atención sistemática y periódica brindada al menor de cinco años de edad, que permite evaluar el crecimiento y desarrollo de sus diferentes componentes biopsicosociales. Lo anterior debe mantener la atención desde que se inicia el período prenatal, lo cual debe seguirse de manera continua y programada; ello definitivamente dependerá también de la alimentación adecuada que perciban, tanto la madre como el niño. De ahí se deriva que el personal de salud debe proporcionar educación nutricional a la madre antes y después del embarazo, en el que se enfaticé la importancia de la lactancia materna.

Aunado a lo anterior, se le debe educar para que sea capaz de manejar un eficiente control sobre inmunizaciones y prevención de infecciones.

5. ATENCION PRENATAL Y DEL PARTO

En Guatemala, un poco más de la mitad de las mujeres (60%) reciben atención prenatal a través de personal calificado. Si bien esto representa una mejoría en comparación al año 1995, cuando el nivel de atención era inferior.

En las sociedades avanzadas el control médico de la mujer gestante es cada vez más intenso y eficaz. De tal forma que así es como se ha conseguido que la mortalidad materna e infantil,

secuela del embarazo y el parto, disminuya hasta porcentajes mínimos y que la gestación transcurra sin que el organismo sufra deterioro.

Lo anterior se debe a que se está incluyendo dentro del campo educativo la idea de que la medicina del futuro es preventiva y que no puede haber nada más natural que el desarrollo de una nueva vida en el seno materno.

Actualmente, aún se encuentran jóvenes que dicen haber nacido en casa, sin embargo, por lo general, hoy día se da a luz en un medio hospitalario, que, si bien presenta una desventaja al no ser el lugar en donde la gestante recibió atención prenatal, ofrece la gran ventaja de máxima seguridad en caso de complicaciones.

Gracias al estrecho control y educación ejercidas en las modernas maternidades durante el desarrollo de todas las fases del parto se ha reducido de forma radical la morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el recién nacido.

6. LACTANCIA

La duración de la lactancia en Guatemala es alrededor de año y medio. La mamá, destinada entre otras funciones a la alimentación del recién nacido, logra prolongar aun después del nacimiento los estrechos lazos que entre madre e hijo existían durante el embarazo. Para lograr y asumir tales funciones, la mamá ha de experimentar un complejo proceso denominado mamogénesis, que es el desarrollo de la glándula mamaria, en sus diferentes fases: embrionaria, puberal y gravídica.

No está demás mencionar que de acuerdo a los avances científicos y programas educativos a madres, se ha mejorado la salud y la calidad de vida de la población infantil, complementando la alimentación del niño con fórmulas lácteas y otros nutrientes pero no se puede descartar que la leche materna es el alimento ideal para el bebé.

7. INMUNIZACION INFANTIL

Los niveles de vacunación completa en Guatemala han mejorado notablemente. Según los datos de la encuesta de salud materno infantil 98/99, del 45% de niños vacunados en 1995, subió al 60% en el 98/99, es decir casi 7 de cada 10 niños.

La inmunización tiene efectos importantes, no sólo en la disminución directa de enfermedades sino también en la ruptura del ciclo de desnutrición. Por ello, es necesario educar a las madres sobre la importancia que tiene vacunar a sus hijos a tiempo.

8. MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA

En Guatemala, de cada mil nacidos vivos, 45 mueren antes de cumplir un año y la mitad durante los primeros cinco años. Las causas de mortalidad infantil se encuentran en cuatro tipos de enfermedades infecciosas, diarreas, infecciones respiratorias agudas, deficientes nutricionales y problemas perinatales que principalmente afectan a los niños de estratos económicos desfavorecidos.

En cambio, la mortalidad materna muestra una deficiente atención de las gestantes y las condiciones inapropiadas tanto en el período prenatal como en el momento del parto y el puerperio. Normalmente las complicaciones que se dan son: hemorragias de parto, sepsis puerperal, aborto séptico, enfermedades infecciosas y otras. La mortalidad materna es definida como la muerte durante el embarazo o como resultado del embarazo o sus complicaciones.

9. ATENCION NEONATAL

Se refiere al examen de salud o chequeo del recién nacido. Es fundamental para descartar una serie de anomalías y enfermedades que, con el fin de que no dejen secuelas irreparables, pueden y deben ser descubiertas precozmente. Todos los detalles de chequeo son anotados cuidadosamente en una libreta de salud. La exploración sistemática del recién nacido se refiere a: medición de la talla, tamaño craneal, auscultación del peso, huella plantar, reflejo de la marcha, reflejo de succión, reflejo de moro, reflejo de presión palmar, reanimación del recién nacido, reflejo de presión plantar, maniobra de ortolani, exploración de los genitales, palpación abdominal y reflejo de presión dorsal.

10. NUTRICION INFANTIL

Todo el mundo debiera dominar las nociones básicas sobre nutrición humana y poderlas aplicar de forma práctica, principalmente las madres, ya que una nutrición correcta no sólo influye sobre la salud física, sino también sobre la psíquica, pues el cerebro es un órgano como otro cualquiera, que, si no está bien oxigenado y alimentado, sufrirá trastornos, algunos incluso importantes. Se ha podido comprobar que un niño mal alimentado sufre determinadas

carencias que afectan a su cerebro y le impiden el adecuado desarrollo psicológico, intelectual y afectivo.

Una nutrición insuficiente o errónea no se da únicamente en el tercer mundo, sino también en los países ricos. En unos por carecer de suficientes medios, en otros por desconocer los nutrientes básicos para una correcta alimentación o por no aplicarlos convenientemente.

Los nutrientes son las sustancias integrantes de los alimentos, que un organismo vivo necesita ingerir para conservar la vida de sus células y permitir su desarrollo. Esto quiere decir que el cuerpo humano se halla formado y mantenido en actividad por lo que comemos.

Cada una de las células necesita oxígeno, agua y los nutrientes, que le llegan a través del torrente sanguíneo.

En la alimentación complementaria, desde los 6 hasta los 12 meses, el niño debe tomar como mínimo 500 mililitros (medio litro) de leche, para cubrir una parte importante de los requerimientos de calcio y fósforo que su esqueleto necesita. Esta leche será preferiblemente materna o una fórmula de seguimiento. En caso de utilizar leche de vaca, debe ser completa y suplementaria con preparados multivitamínicos. La alimentación complementaria a los seis meses debe cubrir la mitad de las necesidades calóricas del niño.

Esta alimentación complementaria no debe iniciarse antes de los 4 ó 6 meses, ya que a esa edad los mecanismos psicofísicos del apetito ya han madurado.

G. INSTITUCIONES INVOLUCRADAS EN LA INTERVENCIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD MATERNO INFANTIL

1. CARITAS ARQUIDIOCESANA

En sentido estricto Cáritas Arquidiocesana, como institución dentro de cada comunidad eclesial, es la "expresión y el instrumento de la caridad de la gran comunidad cristiana presidida por el obispo y por tanto de todas las comunidades eclesiales, parroquiales u otras que a ella pertenezcan". Cita: Discurso del Papa Juan Pablo II, III, 2, Inauguración en Puebla de la 3ª. Conferencia Episcopado Latinoamericano.

La acción de Cáritas Arquidiocesana es eminentemente comunitaria y eclesial; ésta afecta a todo el pueblo de Dios y hace referencia a la comunidad de la iglesia particular que preside el obispo.

Sus campos de acción se limitan a:

- La formación de la conciencia social de los fieles
- La coordinación de toda la actividad caritativa y social
- La asistencia social
- La promoción integral del hombre y la mujer
- La denuncia profética

Cáritas Arquidiocesana busca el desarrollo integral de la persona humana y está consciente de que la caridad, cara a cara, de persona a persona, por el hecho de ser necesaria, no basta para cubrir las necesidades del hombre; por eso tiene muy presente la dimensión comunitaria de la caridad. Por su naturaleza es una Institución de la Iglesia con criterio de Evangelio y respeto a la dignidad del hombre en la ayuda humanitaria, para buscar soluciones verdaderas y eficaces al problema de la pobreza en nuestro mundo, debida a la mala distribución de recursos.

Esta tarea la realiza dentro de sus limitaciones y procura dar respuesta rápida, económica y funcional a las tres necesidades básicas de Guatemala: Nutrición (seguridad alimentaria), Salud (cultura por la vida) y Educación, porque sin ellas no hay país ni desarrollo. Actúa sin distinciones políticas, étnicas ni religiosas; es apoyada nacional e internacionalmente por instituciones como las que a continuación se describen y que también han aportado recursos económicos, en especie y documentales específicos para programas en salud y materno infantil.

2. UNION EUROPEA

La **Unión Europea** es el cooperante más comprometido con América Central, región con la cual comparte una visión común de integración cultural y económica que genere mejores condiciones de vida para sus habitantes y conduzca a una democracia firme.

La cooperación de la Unión Europea y sus estados miembros con Guatemala

En el caso de Guatemala, la ayuda oficial al desarrollo (AOD) otorgada por la Unión Europea y sus estados miembros ha sido, desde hace algunos años, la de mayor envergadura de la región, sumando en la actualidad más de 500 millones de dólares en proyectos en curso o de inminente ejecución. La mayor parte de esta ayuda corresponde a la Comisión Europea -175 millones de ecus (unos 200 millones de dólares) en forma de cooperación bilateral y otros 50

millones de ecus (cerca de 60 millones de dólares) a través de diversos proyectos regionales tales como el Proyecto de salud materno-infantil para Centroamérica-, y el resto a la cooperación bilateral de los estados miembros. Cita: Internet Copyright © 1999. EUROAID. ES.

3. ALIMENTO PARA EL POBRE (FOOD FOR THE POOR)

La institución Alimento para el pobre, es un instrumento de Dios para ayudar materialmente a los pobres y renovarlos espiritualmente. Su Ministerio es un reflejo del amor incondicional de Dios, un amor que lo vence todo, que inspira fe y confianza, para todos por igual, sin distingos de raza, status o credo, es ecuménica.

Su misión es unir a la Iglesia del primer mundo, con la Iglesia del tercer mundo, de manera que se ayude al pobre material y espiritualmente. La ayuda material que reciben los pobres es dada por medio de Iglesias locales, clérigos y líderes laicos, quienes han sido autorizados y se les ha dado mercancías por parte de FOOD FOR THE POOR. El espíritu del pobre se renueva por su relación y servicio a través del ministerio de enseñanza, fomento y oración. Cita: Reporte Anual 1996:2: Food for the Poor.

4. OPS/OMS

"El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector del sector salud y en cumplimiento de su mandato constitucional de conducción, regulación y vigilancia de la salud, propiciará la movilización social de recursos hacia los grupos más postergados del país, con criterios de solidaridad, subsidiaridad y equidad."

Los lineamientos de Política de Salud 1996 – 2000 de la OPS/OMS son:

"La misión de la OPS/OMS en Guatemala hacia el año 2000 es cooperar técnicamente en el logro de la meta de salud para todos los guatemaltecos. Para ello la representación apoyará los procesos de producción social de la salud que conduzcan a un ambiente saludable y una vida sana como componentes fundamentales del desarrollo humano sostenible. La gestión de la Representación deberá ser estratégica y eficiente para la utilización óptima de la capacidad técnica instalada y la movilizable en el ámbito local, nacional e internacional y de la cooperación técnica entre países; procurando la coherencia con otros actores y procesos de cooperación en función de un aporte efectivo al desarrollo nacional." Desarrollo Institucional de la Representación de OPS/OMS, en Guatemala, Septiembre de 1995.

"La Oficina Sanitaria Panamericana es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), organismo internacional especializado en salud. "

"Su misión es cooperar técnicamente con los Países Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos."

Cita: Internet hnoba@ecu.ops-oms.org

5. INCAP

El 20 de febrero de 1946, los Ministros de Salud de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, y el Director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acordaron crear el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), el cual fue oficialmente inaugurado el 16 de septiembre de 1949. Este centro se fundó con el propósito de investigar el problema alimentario-nutricional que afectaba a las poblaciones e identificar posibles soluciones.

En sus inicios el INCAP, en colaboración con los Países Miembros, realizó estudios clínicos y epidemiológicos sobre la naturaleza y magnitud de los problemas alimentario-nutricionales de la población. Además, se efectuaron investigaciones sobre la composición química de los alimentos consumidos por la población centroamericana, las que permitieron la identificación de las deficiencias nutricionales más prevalentes y guiaron a los países en la búsqueda de soluciones que pudieran ser aplicadas de acuerdo con las necesidades nacionales y los recursos locales disponibles.

La misión del INCAP es contribuir al desarrollo de la ciencia de la nutrición, promover su aplicación y fortalecer la capacidad de los Países Miembros para resolver sus problemas alimentarios y nutricionales. Para cumplir su misión, el INCAP está implementando su Plan Estratégico Institucional para la década 1991-2000, enfocado en la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional.

Sus Países Miembros son: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y, a partir de 1990, Belice. Promoción de la Iniciativa de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Para promover la iniciativa de seguridad alimentaria y nutricional a nivel regional, nacional y local, el INCAP ha identificado entre sus papeles:

- Facilitar procesos que permitan:

- a) Conocer y analizar la problemática de alimentación y nutrición de la población y su relación con el desarrollo humano;
 - b) Que el Estado y las diferentes instituciones asuman el enfoque de la seguridad alimentaria y nutricional como objetivo, política y estrategia de desarrollo;
 - c) La formulación e implementación de políticas y estrategias de seguridad alimentaria y nutricional en el marco de la política social y económica de los países;
 - d) El fortalecimiento de la capacidad de las instituciones para ejecutar planes, programas y proyectos de seguridad alimentaria y nutricional con el mayor grado de eficiencia y eficacia;
- Generar, promover y transferir conocimientos, tecnologías y metodologías para que instituciones y grupos de población puedan asegurar la disponibilidad, el acceso, el consumo y la utilización biológica de los alimentos.
 - Articular esfuerzos de cooperación técnica y financiera en el marco de la seguridad alimentaria y nutricional de cada país. Promover la supervisión y evaluación de políticas, estrategias y programas de seguridad alimentaria y nutricional. Cita: Internet Copyright © 1999. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá INCAP/OPS.

III EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD MATERNO INFANTIL

Este trabajo versa sobre la evaluación del programa materno infantil, que Cáritas Arquidiocesana lleva a cabo en diversos centros nutricionales, este es un programa educativo sanitario dirigido a las madres de niños comprendidos entre los 0 y 12 años de edad. La razón por la cual se toma como elemento principal a las madres que tienen hijos entre esas edades, es porque ellas inciden directa, consciente y racionalmente, en el control de las primeras fases de vida del niño, las cuales son de vital importancia para el crecimiento y desarrollo del mismo.

El programa evaluado consta de seis niveles de aprendizaje, en las áreas de: alimentación complementaria, control de crecimiento, inmunizaciones, diarreas y rehidratación, control prenatal e infecciones respiratorias, cada uno de estos niveles de aprendizaje son dirigidos a través de los coordinadores de Cáritas Arquidiocesana, así como de las Educadoras de la Salud. Se imparten conocimientos generales sobre las diversas áreas y se hacen prácticas previas a la entrega de alimentos.

La evaluación de este programa busca la mejora en el campo educativo a través de una efectiva y eficaz interrelación, de los donantes, ejecutores y beneficiarios y que todos estén conscientes de bondades y limitaciones del programa pero sobre todo, de la posibilidad real de lograr su mejora.

También es importante recabar toda la información y datos veraces que permitan analizar en forma crítica y positiva la práctica, tanto profesional como docente, y tomar decisiones racionalmente sustentadas, las cuales deben ser puestas en práctica.

A. ASPECTOS A EVALUAR EN EL PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Los programas de educación en salud presentan peculiaridades propias que los diferencian de otros programas educativos.

Estos programas son al mismo tiempo sanitarios y educativos, lo que hace un tanto compleja su evaluación. Sin embargo, su origen está fundamentado en la necesidad de complementar la asistencia del desarrollo integral del niño, a través de actuaciones educativas. De hecho, esta evaluación toma en cuenta un enfoque desde dos ópticas: la perspectiva clínico-sanitaria y la perspectiva pedagógica-educativa.

B. ESPACIO Y TIEMPO

El Programa de Educación Materno Infantil se lleva a cabo en los centros nutricionales, guarderías y algunos orfanatos, atendidos por Cáritas Arquidiocesana, en la región urbano marginal de la capital, en Sacatepéquez y en Santa Rosa. Son 103 centros de atención en salud materno infantil que reportan una cobertura de 60,000 atenciones por mes, de las cuales 12,000 corresponde a niños y niñas menores de 6 años, 1,800 a beneficiarios adultos y el resto corresponde a niños entre 7 y 12 años. :Cáritas Arquidiocesana: 1995.

El proceso educativo se lleva a cabo en las instalaciones de cada uno de los centros, que generalmente pertenecen a una Organización no Gubernamental y/o alguna institución religiosa. De la misma manera para el control clínico sanitario, el médico llega a evaluar a los beneficiarios directamente en cada centro. Los centros nutricionales cuentan con lo mínimo necesario para poder atender apropiadamente a sus beneficiarios y madres inscritos en el programa.

IV. DISEÑO DE EVALUACIÓN PARA EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNO INFANTIL

A. Fase 1

1. ENFOQUE DE LA EXPERIENCIA DE INVESTIGACION: Investigación Participativa.

Este modelo se inicia con una investigación participativa que pretende detectar las necesidades reales y sentidas de la población de madres que participan en 19 Centros Nutricionales, que atiende Cáritas Arquidiocesana, en el área suburbana, a través de una entrevista abierta a grupos de madres².

Estos Centros Nutricionales, a través del Programa Materno Infantil, atienden a 1,950 niños que oscilan entre los 0 y 12 años de edad y que pertenecen a toda la Arquidiócesis de Guatemala (Sacatepéquez, Santa Rosa y la Ciudad). Asimismo, a 1,950 madres, reciben educación en Salud Materno Infantil, de las cuales, a través de entrevistas grupales participaron un total de 550 madres, que permanentemente están asistiendo al Programa.

² Anexo 1: Guía para Entrevista abierta a grupos.

Esta primera tarea consistió en la identificación de las poblaciones o fenómenos relevantes de los grupos a analizar y para el programa propuesto para su investigación. Se identificó su población al emplear los criterios para determinar los límites de los fenómenos en ella plasmados. Una vez especificados, se estudió en su integridad, con el propósito de seleccionar o extraer una muestra.

La determinación de las poblaciones relevantes y la elección de los procedimientos de selección de la muestra se llevaron a cabo intencionalmente, con el fin de reducir los sesgos al identificar y describir los escenarios y circunstancias constituidos y mantenidos por las participantes en el programa materno infantil. A continuación se explican los criterios de selección en la recogida, análisis e interpretación de los datos.

Para dicha selección de la muestra, se utilizó la técnica de muestreo intencional con base en criterios como: programación de las educadoras de salud y la nutricionista, calendario de actividades con las madres de los beneficiarios, programación de charlas con el médico, asistencia a las reuniones, que los grupos seleccionados fueran mujeres, madres de los niños beneficiados con el programa.

El proceso desde esta etapa de investigación, se ejecutó de acuerdo con el siguiente orden de actividades:

1. Visita inicial a los centros nutricionales para explorar expectativas, necesidades e intereses en relación con el programa.
2. Entrevistas individuales a los representantes para Guatemala de la Instituciones donantes.
3. Entrevistas individuales a los ejecutores del programa a través de Cáritas Arquidiocesana.
4. Entrevistas individuales a las educadoras de la salud, a través de Cáritas Arquidiocesana.
5. Entrevistas grupales a las madres beneficiarias del Programa Materno Infantil.
6. Recolección, tabulación y análisis de la información.

Es impactante escuchar la gran diversidad de información compartida, no sólo por parte de los donantes sino también a través de los ejecutores, educadoras de la salud y madres de los niños beneficiados con el Programa Materno Infantil. A continuación aparecen, literalmente, algunos de los comentarios hechos en el momento de las entrevistas.

2. PUNTOS RELEVANTES DE LA ENTREVISTA A GRUPOS

Entrevista a Donantes

“Sabemos que la malnutrición infantil es un problema muy grave que enfrentan los estratos más pobres de nuestras sociedades latinoamericanas, y que dicha malnutrición acarrea consecuencias serias que repercuten a lo largo de la vida, tanto en la salud física como mental, y de la sociedad en general. Por ende nuestro interés en enviar alimentos que beneficien directamente a este grupo tan indefenso, y a la vez ayudar las madres a concentrar sus energías en otros aspectos que puedan mejorar la calidad de vida de sus familias”.

“Para llevar a cabo este programa de la manera más eficiente posible, contamos con dos tipos de ayuda: nuestra contraparte en el país receptor, en este caso particular Cáritas Arquidiocesana, y un nutricionista cuyo objetivo es el de dar seguimiento a los centros que distribuyen la comida, asegurándose que los niños que lo reciben demuestren los beneficios por un aumento progresivo de su peso. Tanto la nutricionista como Caritas trabajan estrechamente en el proceso de distribución. El proceso incluye también entrenamiento a los centros de distribución en cuanto al uso y preparación adecuados de los alimentos, además de normas básicas de nutrición e higiene que ayuden a prevenir problemas futuros. Las comunidades involucran voluntarios, como educadoras de salud y otros, para impartir este tipo de inducción”.

“Como entidades de ayuda humanitaria, se sienten muy complacidas por el manejo del Programa Materno Infantil por parte de Cáritas Arquidiocesana, su contraparte en Guatemala. Tal manejo es de vital importancia, ya que infunde la confianza necesaria para continuar este tipo de proyectos en dicho país. Obviamente, Caritas Arquidiocesana es una entidad totalmente comprometida con el servicio a los más necesitados de Guatemala”.

“La labor del nutricionista incluye una evaluación general del impacto del programa para demostrar los beneficios de éste, y poder así presentar nuevas propuestas cada año”.

Entrevista a Ejecutores

“Que el 100% de las madres participantes, se capaciten en temas como salud y nutrición, así como proporcionar una alimentación complementaria a niños de bajo peso, comprendidos entre los 0 y 12 años de edad, con el propósito de mejorar el nivel nutricional del infante. Llevar un control periódico sobre la salud de los niños que integran el programa y simultáneamente dar educación a las madres sobre Atención Primaria en Salud y específicamente dentro del componente Materno Infantil”.

“Cáritas Arquidiocesana, divide la parte administrativa en dos fases o dos bloques: lo que es el control del alimento y su distribución y lo que es el seguimiento de los centros en donde las madres llegan a capacitarse a través de la nutricionista y/o las educadoras de salud. Existe un compromiso con los donantes que obliga a un empleo adecuado de los alimentos para este fin preciso. Lamentablemente no se cuenta con una capacitación permanente para los responsables de ejecutar el programa, pero si existen programas escritos, elaborados por la nutricionista y el médico responsable de pasar consulta periódica”.

“Es la presencia y el acompañar con esperanza, aliento y ganas que se le mete al pobre para que tenga conciencia de su pobreza y ponga lo mejor de sí mismo para salir de ella; como el mejor homenaje a Dios y a su dignidad humana. Se ha hecho un gran esfuerzo por aprovechar al máximo los alimentos recibidos, a pesar de no ser los de mayor consumo en la dieta de la población guatemalteca. Debe haber mayor empuje en el aspecto educación, así como una mejor organización y coordinación con más supervisores que monitoreen el progreso del programa”.

“Es significativo, dado el grado de desnutrición y el atroz hundimiento de los desposeídos. Se ha logrado en la mayoría de los niños, que mejoren el nivel de peso y talla así como también que las madres se eduquen apropiadamente y así poder preparar mejor los alimentos y capacitarse en temas de nutrición, atención materno infantil y atención primaria en Salud”.

Entrevista a Educadoras de la Salud

“Ha sido una experiencia muy bonita porque crecemos cada día aprendiendo de las demás personas, a la vez nos damos mas cuenta de la pobreza que hay en nuestras comunidades y la necesidad de brindar ayuda. Combatir la desnutrición en Guatemala y brindar la educación a las madres de cómo alimentar a sus niños y como educarlos, lo importante de la responsabilidad que tienen los padres en la formación de sus hijos, para que crezcan sanos y fuertes”.

“Sí esta cumpliendo con sus objetivos, porque se les esta brindando ayuda con los alimentos y se le enseña a la madre lo más esencial para combatir la desnutrición en su familia. Existe un plan de trabajo en el cual se debe pesar al niño para ver la prosperidad que ha tenido cada mes, se hacen reuniones programadas, en donde se tratan temas importantes como higiene, medicina preventiva, nutrición, etc.”

“Mejor participación del nutricionista, que se le dé seguimiento al programa materno infantil quisiéramos que hubiera un médico para que evaluara la situación de los niños y les hiciera conciencia a las madres de lo que es la desnutrición. A pesar de que la organización de Cáritas Arquidiocesana, está bien, lo que sugerimos es que hubiera más acercamiento con los supervisores para que siempre haya más comunicación de lo que se vive cada día con las personas del programa Materno Infantil”.

“Un 75 % cumple con la ayuda que brinda, ya que los alimentos más importantes como la leche que por ser poca no es distribuida con la misma frecuencia que los demás alimentos y hay gente demasiado pobre que no tiene para comprar lo que necesita. Por ello sugerimos que se den productos básicos como por ejemplo: leche, frijol, arroz, o que la cobertura del programa abarque a niños mayores de doce años y ancianos”.

“Las madres han aprendido a preparar los alimentos que reciben, los niños han subido de peso y hay bastante participación. Los alimentos son muy fortificados con muchas vitaminas que han beneficiado a todos los beneficiarios del programa, aunque el Bulgor es muy delicado pues se descompone fácilmente pero mejora el peso de los niños en desnutrición”.

“Se han encontrado algunos obstáculos, primero que para almacenar los alimentos, la bodega deberá estar limpia, no húmeda, estar chequeando que no se arruinen que estén en tarimas y que estén bien cerrados los sacos para la preparación de los alimentos debemos tener mucha higiene y en algunos casos no tenemos las bodegas apropiadas ni los recursos mínimos como agua, y otros”.

“Si porque hemos servido y seguiremos sirviendo a personas muy humildes, por lo que nos sentimos muy bien de lo que hacemos. Además nosotros también adaptamos estos conocimientos a nuestras familias en una mejor alimentación y también nos ayudamos con los alimentos para nuestra economía y porque definitivamente se mejora la calidad de vida en la población en general combatiendo así la desnutrición”.

“Las madres de los niños beneficiarios deben cumplir con el control de peso y talla así como a la asistencia constante de la capacitación porque de lo contrario se les retira del programa y/o si se les sorprende vendiendo el alimento”.

“Como educadoras de la salud, se les sugiere a los donantes que manden víveres más variados nos proporcionen más capacitación. Así mismo, para que verdaderamente sea un programa Materno Infantil, se les proporcione a las madres leche o incaparina”.

Entrevista a madres de los beneficiarios

“No conocemos en detalle quien nos manda los alimentos pero si cumple con los objetivos porque nos ayudan con la economía de nuestra casa al darnos los alimentos. Nos hace falta producto para finalizar el año y si nos mandan más, en lugar de las harinas preferimos el arroz, frijol y leche para que los niños ganen peso”.

“Estamos aprendiendo mucho para atender mejor a nuestros hijos también nos han ayudado a comprender lo importante de la higiene, la vacunación porque no tuvimos mucha orientación de cómo educar y alimentar correctamente a nuestros hijos preparándoles mejor los alimentos. Si nos siguen dando más temas importantes, también nos seguirán ayudando más”.

“Los alimentos, sólo sabemos que tiene vitaminas y que engordan o nutren a nuestros hijos y que contiene carbohidratos y proteínas, pues hemos visto como nuestros hijos han subido de peso y tienen otra apariencia. Aunque nos gustaría que variara”.

“Porque hay muchas necesidades en las comunidades en las que vivimos y nos han brindado el apoyo con alimentos, con vitaminas para la prosperidad de nuestros hijos y la orientación en el hogar, cocina e higiene. Pero sentimos a veces problema respecto al aporte mínimo que damos. Tal vez, si nos dieran frijol, maíz o leche en lugar de bulgor nos sentiríamos mucho más beneficiadas, variando los alimentos y que las personas que nos capacitan estén siempre puntuales”.

“El programa es muy bonito, porque ayudan a los pobres y nos enseñan a valorar los alimentos de cómo cuidarlos y cocinarlos. Deseamos que siempre siga el programa porque nos ayuda mucho a nuestra canasta familiar y que abarque a niños más grandes y que den desparacitantes”.

3. PEDAGOGIA MULTIPLICATIVA

En la primera fase la Institución ejecutora (Cáritas Arquidiocesana) queda comprometida a entrenar al personal profesional y educadoras de la salud de los diversos Centros Nutricionales, con este modelo de evaluación específico para el Programa Materno Infantil.

En una segunda fase se debe entrenar a población de las diferentes comunidades: escolares, municipales, de salud, etc., tomando en cuenta especialmente a madres de familia para ser capacitadas y lograr que sean replicadoras, previa preparación a través de personas

profesionales, especialistas en el área de salud materno infantil, de esta forma el programa será evaluado constantemente. No está demás manifestar que en el momento de lograr una capacitación global en las madres, de los diversos Centros Nutricionales, ellas quedan formalmente comprometidas a replicar la experiencia, desde su condición y situación.

4. PARTICIPACION PROTAGONICA

Donantes, ejecutores, educadoras de la salud y las madres beneficiadas deben participar en todas las etapas de la evaluación (detección de necesidades a través de la investigación, definición del contexto para cada localidad, evaluación y ajuste del modelo, implementación del área preventiva comunitaria, planes operativos e indicadores de evaluación) y en relación con todas las comunidades involucradas.

5. RESPETO POR LA DIFERENCIA

Cada centro debe manejarse a partir de la realidad de los y las participantes y/o beneficiarios. La única propuesta permanente es el Modelo. La evolución del proceso en cada grupo o cada comunidad depende de lo que los donantes o los ejecutores definan y acuerden.

6. AUTONOMIA Y AUTOGESTION EN LAS SOLUCIONES

Un aspecto importante del Modelo es el permanente énfasis en la búsqueda de soluciones preventivas factibles desde procesos de autogestión. La priorización de las acciones concretas, se hace siempre desde la autonomía individual, grupal y comunitaria, al movilizar las fuerzas y riquezas de la comunidad. Las acciones que requieren de apoyo gubernamental, institucional o externo se consideran, pero no son las prioritarias. Además se trata que aquellas que tienen un enfoque paternalista, se reenfoquen hacia la autonomía y autogestión.

El crecimiento personal y la fuerza de las redes de información respecto de la educación materno infantil, relación y apoyo a las comunidades en mayor necesidad, establece el foco central del trabajo y de la experiencia. La problemática de la desnutrición infantil y materna se constituyen en un objetivo a lograr en pro del éxito del programa.

7. PERSPECTIVA DE CALIDAD DEL SERVICIO

Este modelo de evaluación va en busca del desarrollo eficiente del Programa Materno Infantil, pero especialmente pensando en el beneficio de los niños que necesitan la implementación de programas que cumplan con los requerimientos mínimos para lograr una mejora en el nivel de vida en esta primera etapa de su existencia.

La calidad del servicio, respecto del Programa Materno Infantil, puede lograrse a través de dos elementos importantes: la planeación estratégica en la definición del horizonte institucional en prevención de la salud materno infantil y el mejoramiento continuo en la definición, implementación, ejecución y evaluación de los planes operativos del área educativa de cada comunidad.

A medida que el programa ha avanzado, se han hecho algunas modificaciones en los términos de referencia, de acuerdo con la evolución de las actividades y los acontecimientos, siempre en pro de una mejor implementación del mismo y tratando de tomar en cuenta las sugerencias de las educadoras y madres beneficiarias, así como de los donantes y ejecutores.

B. Fase 2

1. DISEÑO DEL MODELO DE EVALUACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION MATERNO INFANTIL

Simultáneamente con la etapa de investigación de contexto, se inició una búsqueda, a escala internacional y nacional, de modelos y/o experiencias de evaluación de programas de educación Materno Infantil.

Para ello se recurrió a las fuentes disponibles:

- Información directa de las OGs y ONGs nacionales relacionadas con el tema.
- Información bibliográfica nacional e internacional.
- Información directa y bibliográfica de organismos internacionales relacionados con el tema y finalmente, a través de Internet.

En esta búsqueda se encontró que, si bien muchas organizaciones nacionales e internacionales, han trabajado de forma sistemática el problema de la salud materno infantil, no cuentan con un modelo de evaluación establecido, a excepción de Buenos Aires, Argentina.

Los desarrollos conceptuales sobre prevención materno infantil en Guatemala se crearon a través del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social desde 1968, pero no disponen aún de un modelo formal de evaluación que sea capaz de dar a los donantes y ejecutores la pauta para la toma de decisiones y que, además de ofrecer una comprensión global del problema, ofrezca alternativas integrales para modificar los factores determinantes en él.

Se recomienda proponer algunas acciones de tipo educativo-pedagógico, sin embargo, no se puede dejar de mencionar las propuestas que se inclinan hacia las intervenciones institucionales de carácter asistencial (atención primaria en salud), o de carácter funcional (apoyo a necesidades básicas materiales insatisfechas). Sin embargo, es importante buscar las formas de organización institucional (centros nutricionales) que permitirían al Estado enfrentar este problema que es a nivel nacional.

Con base en los resultados obtenidos hasta esta etapa se determina:

- La gravedad de la situación de desnutrición infantil.
- La ausencia de programas preventivos por parte de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales vinculadas a dichas localidades.
- Las percepciones de los(as) profesionales y Educadoras de la Salud en relación con el Programa de Educación Materno Infantil.
- La escasa disponibilidad de tiempo real para la prevención en los centros nutricionales.
- Los programas y/o experiencias ya iniciadas en algunos de los centros.
- La urgencia de garantizar la continuidad de la prevención, en medio de estas condiciones tan difíciles.

Se propone a Cáritas Arquidiocesana un Modelo de Evaluación para el programa en referencia, con el fin de construir temáticas y contenidos para los futuros programas preventivos de cada uno de los centros nutricionales.

Se intenta construir un modelo integral que permita entender las complejas relaciones que se tejen entre los distintos factores asociados al problema de Salud Materno Infantil, lo suficientemente flexible como para dar cuenta de las diferencias locales y de las necesidades de intervención específicas de cada comunidad.

A continuación se presenta un esquema del Modelo del Programa de Educación Materno Infantil para Cáritas Arquidiocesana, aunque ahora el Modelo se presenta con dedicatoria a una Institución específica. Este puede ser utilizado en otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales que desarrollen programas similares.

C. Fase 3

1. DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION MATERNO INFANTIL

En la fase de diseño de instrumentos se realizaron los siguientes pasos:

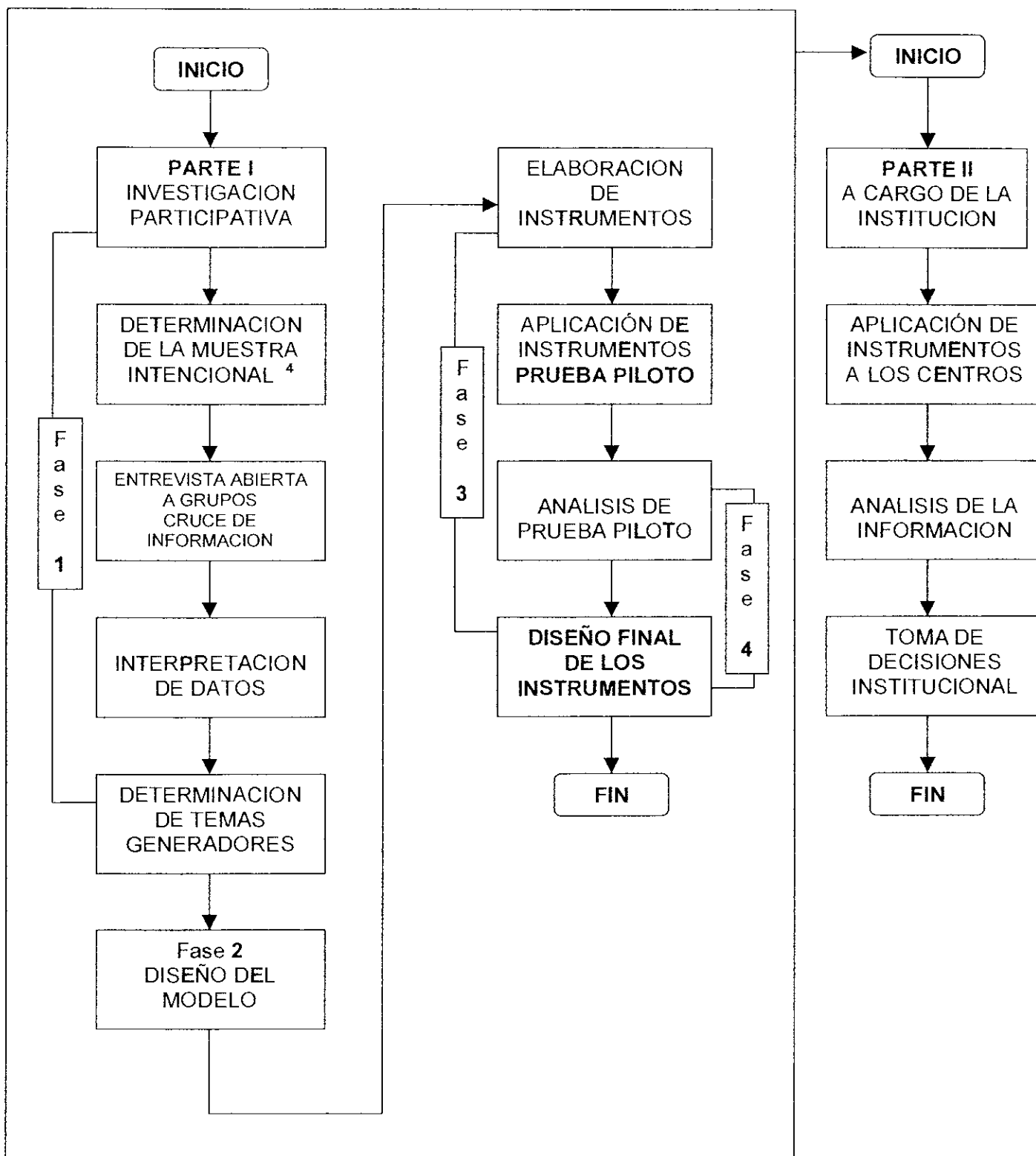
- Diseño de instrumentos para la evaluación del Programa Materno Infantil. Este primer paso incluye los objetivos propuestos por parte de Cáritas Arquidiocesana para llevar a cabo dicho programa, y “que las madres aprendan a llevar en forma autónoma el cuidado y control del niño en sus primeras etapas de crecimiento”, todo esto realizado en forma profesionalmente supervisada. De tal manera que acá se revisó previamente y en detalle el programa con el cual las educadoras en salud y nutrición están trabajando y de esta forma incluir en los instrumentos, todos los indicadores relacionados con salud y nutrición. Fue así como se diseñaron los primeros instrumentos de evaluación.
- Revisión de los Instrumentos de evaluación con los ejecutores, educadoras de la salud y donantes. Se tomó la decisión de hacer una revisión inicial con los ejecutores del programa, con el propósito de no dejar ningún componente evaluado, así también con las educadoras de salud y nutrición porque ellas son las que constantemente están en contacto con las madres beneficiarias y es de suma importancia saber si el vocabulario empleado estaba de acuerdo con el nivel de comprensión de estas personas. Finalmente se le solicitó a los donantes que revisaran los instrumentos y cada uno de los administradores dio su opinión y sugerencia respecto de los instrumentos de evaluación para su aplicación piloto³.
- Capacitación a educadoras de la salud para la aplicación piloto de los instrumentos de evaluación, con el propósito de validarlos. En este paso se pudo afinar más cada instrumento y se hicieron varios ensayos previos a la aplicación piloto.
- Aplicación de Instrumentos (Prueba Piloto) a 270 madres de diversos centros nutricionales. Se seleccionaron 10 centros nutricionales al azar, como se describe en la fase 4.

³ Anexo 2: Instrumentos de Evaluación para Aplicación Piloto.

- La recolección de la información base se concretiza en los siguientes aspectos:
 - A. Caracterización de los Centros Nutricionales del área suburbana.
 - A.1. Area y densidad.
 - A.2. Hogares, viviendas.
 - A.3. Estratos socioeconómicos.
 - A.4. Distribución por género.
 - A.5. Distribución por edad.
 - A.6. Indices de calidad de vida.
 - A.7. Indices de desnutrición infantil.
 - B. Respuesta de la Institución.
 - B.1. Cobertura.
 - B.2. Usuarías (os): Edad y género.
 - B.3. Personas capacitadas por usuarias (os).
 - B.4. Motivos de la capacitación.
 - B.6. Capacidad de respuesta institucional.
 - C. Estadísticas Distritales y Locales:
 - C.1. Instituto Nacional de Estadística (INE).
 - C.3. Centros de Salud y Farmacias Comunitarias.

Para este trabajo se desarrollaron las fases 1, 2 y 3 que integran la Parte I del modelo. La utilización del mismo en las Instituciones dependerá de la decisión que tomen éstas. A continuación se presenta el esquema del Modelo de Evaluación, los resultados obtenidos con la prueba piloto y su interpretación.

TABLA 4: ESQUEMA DEL MODELO DE EVALUACION PARA EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNO INFANTIL EN CARITAS ARQUIDIOCESANA



^{14/} Ver criterios de selección página 29

D. Fase 4

1. ANALISIS DE LA APLICACIÓN PILOTO DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION MATERNO INFANTIL

Se capacitó a las educadoras de la salud, para la ejecución y aplicación piloto de los instrumentos de evaluación, para el Programa Materno Infantil; estas personas son parte del personal docente con el que cuenta Cáritas Arquidiocesana. Así también, actualmente son responsables de la educación en salud y nutrición que imparten los centros que dicha Institución atiende.

En el momento de iniciarse la capacitación, el equipo participó en todas las sesiones y aportó elementos nuevos, derivados de su experiencia con el propósito de mejorar los instrumentos de evaluación a aplicar.

Población cubierta: 10 educadoras

Número de Centros: 10

Número de sesiones: 4

Horas por sesión: 8

TOTAL DE HORAS 32

Además de las horas presenciales, la capacitación incluyó algunas horas de trabajo no presencial, durante las cuales las educadoras de la salud debían recurrir a sus propios casos (Registros internos de servicio), analizándolos y evaluándolos según las categorías del modelo.

Al finalizar la etapa de capacitación se dio inicio a la ejecución de la aplicación de los instrumentos, se tomaron al azar, de los centros nutricionales que están llevando a cabo el programa de educación materno infantil, a los que se les aplicaron los diversos instrumentos y de acuerdo a la evaluación de la experiencia vivida, se obtuvieron los siguientes resultados:

- **EL MODELO:** Permitió la integración de los conocimientos, conceptos y experiencias previos al programa, así como los adquiridos durante el desarrollo del mismo, en un cuerpo coherente y lógico, que facilita el manejo, tanto teórico como práctico, sobre salud, nutrición y su prevención.
- En las cuatro categorías de instrumentos que considera el Modelo, están incluidos en forma adecuada y precisa los conceptos y experiencias que contiene el Programa de

Educación Materno Infantil. La flexibilidad con la cual se planteó el Modelo (en términos de la posibilidad de añadir nuevas categorías, cuando las actuales resulten insuficientes) le da una dinámica interesante y retadora, en la que se obtienen resultados útiles de manera individual o colectiva.

- Las cuatro categorías, por otra parte, al conservar la complejidad teórica del problema de la salud y nutrición, tienen la ventaja de ser comprensibles para cualquier persona, no importa su nivel cultural o educativo, ya que tienen la facilidad de responder únicamente anotando una "x" y las preguntas pueden ser leídas por la educadora de salud. Esto facilita el trabajo al nivel de las comunidades y poblaciones rurales, que en muchos casos tienen dificultad para leer y escribir.
- Las educadoras destacaron que la metodología empleada en todas las fases del modelo, les permitió desempeñar un papel protagónico y tener siempre como base su propia realidad y experiencia. Notaron, por tanto, que el Modelo refleja sus necesidades, intereses y expectativas y se sienten bastante compenetradas con él, ya que de esta forma sabrán si los contenidos que se imparten están siendo realmente captados y puestos en práctica por las madres.
- Se logró la capacidad de establecer las prioridades del programa y tener garantías de no terminar desenfocándose de ellas.
- El mayor aporte del modelo de evaluación, desde el punto de vista de las educadoras de salud y nutrición, tuvo que ver con la posibilidad de mirarse a sí mismas como un centro y comparativamente con los otros centros, para comprender la situación de similitud y de diferencia entre unos y otros. Con lo anterior se trató de unificar los contenidos del programa y que los objetivos Institucionales se logren completamente.
- El modelo, según los instrumentos de evaluación definitivos exige coordinación inter-institucional, lo cual no es fácil por la cantidad de proyectos que Cáritas Arquidiocesana maneja. Así también se necesita de capacitaciones constantes para las educadoras de salud y nutrición con el propósito de profundizar y mejorar los temas nutricionales y de salud, que son impartidos en los centros.
- Las madres beneficiarias manifestaron su complacencia y agradecimiento al haberse evaluado el programa porque de esa forma ellas pudieron informar sobre las necesidades e intereses tanto en sus comunidades como en su hogar.

Para una mejor comprensión del análisis de los resultados en el anexo aparece la sintaxis del análisis de las variables y los cuadros de resultados estadísticos. Cada uno de los instrumentos aplicados en la prueba piloto, se tabularon de acuerdo a su función de evaluación del programa de educación en salud, ya que se tomó en cuenta los datos de identificación, aprendizaje y práctica adquirida, actitudes ante el programa materno infantil y la evaluación general del desarrollo del mismo. Se llevó a cabo el análisis con estadística descriptiva, al aplicar frecuencias para variables simples y variables de selección múltiple

V. INTERPRETACION DE RESULTADOS

Con el propósito de proveer a Cáritas Arquidiocesana, de los instrumentos válidos para la toma de decisiones y mejoramiento del Programa de Educación Materno Infantil, se aplicó una prueba piloto, previa a la elaboración final de los instrumentos de evaluación, diseñados en el presente modelo.⁴

Tanto los resultados obtenidos a través de las entrevistas individuales, grupales y la aplicación piloto de los instrumentos de evaluación, reportan la necesidad de evaluar constantemente el desarrollo del programa.

El programa es ejecutado por las educadoras de salud y nutrición de cada comunidad. Previa animación, educación y capacitación por parte de Cáritas Arquidiocesana, se pudo observar que dicha capacitación consiste en motivar a las propias comunidades y acompañarles en el descubrimiento de sus necesidades prioritarias. Así también exhortan a las madres para que las satisfagan como homenaje a su dignidad humana, el crecimiento y desarrollo de sus hijos y un mejor nivel de vida para su familia en general que exige, espera y merece un bienestar y prosperidad; ellas son artífices y promotoras de su propio desarrollo.

Sin embargo se diagnosticaron múltiples necesidades comunitarias e individuales, que podrían priorizarse en forma conjunta (instituciones, autoridades, líderes comunitarios y la propia población de la comunidad), para evitar duplicar esfuerzos y que su mejoramiento sea más inmediato.

A pesar de que el Programa busca educar a las madres en el campo de la salud y nutrición de los niños, aún hay muchos casos de muerte infantil, causados por descuido y desconocimiento de aspectos básicos en ambas materias (salud y nutrición).⁵

El desarrollo del programa no se lleva como un proceso integrado en el que todas las dimensiones de una realidad económica, social, política y cultural van logrando el despliegue de sus potencialidades y posibilidades, al controlar la dinámica del proceso y consiguiendo que todos los recursos y todas sus manifestaciones sean aprovechados al

⁴ Anexo 2: Diseño Final de Instrumentos de Evaluación.

⁵ Tabla Estadística sobre mortalidad, fecundidad, esperanza de vida ver página 18.

máximo en beneficio de todos y de su comunidad. Cada centro está ejecutando el programa dado por Cáritas Arquidiocesana de manera diferente respecto a metodología; pero lo que hay siempre que evitar, es que eliminen contenidos básicos en beneficio de las madres y por consiguiente de la salud de la población infantil.

El propósito es lograr despertar el interés por parte de donantes, ejecutores y beneficiarios, respecto de la necesidad de evaluar si realmente se lleva a cabo con cada Programa, un desarrollo sostenible, ya que el modelo hace referencia a la necesidad de evaluar el nivel del conocimiento acerca de los componentes principales sobre salud y nutrición que satisfagan las necesidades consideradas básicas para todos y que no ponga en peligro la satisfacción de éstas en el futuro. Los componentes fundamentales de este indicador son: la esperanza de vida al nacer, la salud y el saber, tasas de alfabetización, de acceso a los distintos niveles educativos y unos niveles de vida dignos.

Otro aspecto notorio al aplicar los instrumentos de evaluación piloto fue que es muy importante contar con una evaluación interna y externa, ya que esto puede ayudar a mejorar no sólo el contenido del programa sino también la metodología, recursos materiales y humanos utilizados, así como las necesidades prioritarias.

Para ello es necesario que todo el equipo humano involucrado en su desarrollo, trabaje conjuntamente con el equipo responsable de la evaluación (interna o externa), en busca de análisis constante sobre la planificación, metodología y resultados. Esto facilitará la toma de decisiones sobre la actividad que se ejecuta y proporcionará pistas para la reformulación y creación de nuevas teorías sobre la formación de las madres que asisten al Programa de Salud Materno Infantil.

Algunas de las limitaciones que se observaron es que hay muchas madres que tienen un concepto equivocado de lo que significa una evaluación y hasta que se les indica en detalle a qué se refiere la evaluación del programa, dejan de ser personas herméticas y colaboran al proporcionar toda la información requerida. Inicialmente pensaban que lo que se pretendía era suspender el programa por no saber responder a todo lo que les solicitaba. Definitivamente la educación es un proceso permanente aplicado también en este tipo de programas de intervención social. Así puede decirse que, como la experiencia adquirida en la aplicación piloto no tiene el suficiente tiempo de vida como para presentar unos resultados mensurables y cuantificables, solamente debe decirse que el impacto social que obtuvo el Modelo, su metodología y sus posibilidades de aplicación han sido bien recibidas.

• FASE 4: RESULTADOS

TABLA DE CATEGORIAS DEL PROGRAMA DE EDUCACION MATERNO INFANTIL

SUJETOS CATEGORIAS	DONANTES	EJECUTORES	EDUCADORAS	BENEFICIARIOS
<p>FINALIDAD Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA</p>	<p>Sabemos que la mala nutrición infantil es un problema muy grave que enfrentan los estratos más pobres de nuestras sociedades latinoamericanas y que dicha malnutrición acarrea consecuencias serias que repercuten a lo largo de la vida, tanto en la salud física como mental y de la sociedad en general. Por ende, nuestro interés en enviar alimentos que beneficien directamente a este grupo tan indefenso y a la vez ayudar a las madres a concentrar sus energías en otros aspectos que puedan mejorar la calidad de vida de sus familias.</p>	<p>Que el 100% de las madres participantes, se capaciten en temas como salud y nutrición, así como proporcionar una alimentación complementaria a niños de bajo peso, comprendidos entre los 0 y 12 años de edad, con el propósito de mejorar el nivel nutricional del infante. Llevar un control periódico sobre la salud de los niños que integran el programa y simultáneamente dar educación a las madres sobre Atención Primaria en Salud y específicamente dentro del componente Materno Infantil.</p>	<p>Evaluar las necesidades de las comunidades y brindar ayuda. Combatir la desnutrición en Guatemala, educar a las madres sobre cómo alimentar a sus niños y cómo lograr un crecimiento sano para ellos. El programa materno infantil si es una respuesta a las necesidades más inmediatas de las comunidades pobres, a través de los alimentos.</p>	<p>Los alimentos que les han proporcionado, tienen el propósito de mejorar el nivel de vida de las comunidades y el de sus familias pero sobre todo que no haya más niños desnutridos y que puedan estudiar mejor, por lo que ellos ahora pueden comer. Que las madres aprendan a cocinarlos y aprovecharlos bien. Capacitar a las madres para llevar control de talla, peso y las enfermedades más comunes en los niños.</p>
	<p>Para llevar a cabo este programa de la manera más eficiente posible, contamos con dos tipos de ayuda: nuestra contraparte en el país receptor, en este caso particular Cáritas Arquidiocesana, y una nutricionista cuyo objetivo es el de dar seguimiento a los centros que distribuyen la comida, asegurándose que los niños que lo reciben demuestren los beneficios por un aumento progresivo de su peso. El proceso incluye también entrenamiento a los centros de distribución en cuanto al uso y preparación adecuados de los alimentos, además de normas básicas de nutrición e higiene que ayuden a prevenir problemas futuros.</p>	<p>Cáritas Arquidiocesana divide la parte administrativa en dos fases o dos bloques: lo que es el control del alimento y su distribución, y lo que es el seguimiento de los centros en donde las madres llegan a capacitarse a través de la nutricionista y/o las educadoras de salud. Existe un compromiso con los donantes que obliga a un empleo adecuado de los alimentos para este fin preciso. Lamentablemente no se cuenta con una capacitación permanente para los responsables de ejecutar el programa, si existen programas escritos, elaborados por la nutricionista y el médico responsable de pasar consulta periódica.</p>	<p>Existe un plan de trabajo en el cual se debe pensar al niño para ver la prosperidad que ha tenido cada mes, se realizan reuniones programadas, en las que se le educa a la madre y se le capacita en la preparación y aprovechamiento de los alimentos que se le dan. Se imparten temas importantes como higiene, medicina preventiva, nutrición, etc. Sin embargo se necesita de la participación más eficiente de la nutricionista y del médico para que la orientación sea más completa. A pesar de que la organización institucional les parece bien, sugieren que haya más acercamiento con los supervisores para una mejor comunicación.</p>	<p>Se tienen grupos de trabajo con la educadora de la salud, las reuniones son de dos a tres por mes con el doble propósito de controlar el peso y la talla de los niños, así como también educar a las madres con temas de interés particular. En caso de no cumplir con asistir a las reuniones o citas, eliminan a esa familia o bien a la madre e hijo (s), para que así se utilicen eficientemente los alimentos con otras personas.</p>

<p>PERCEPCION ACERCA DEL PROGRAMA</p>	<p>La entidades de ayuda humanitaria, se sienten muy complacidas por el manejo del Programa Materno Infantil por parte de Caritas Arquidiocesana, su contraparte en Guatemala. Tal manejo es de vital importancia, ya que infunde la confianza necesaria para continuar este tipo de proyectos en dicho país. Obviamente, Caritas Arquidiocesana es una entidad totalmente comprometida con el servicio a los más necesitados de Guatemala.</p>	<p>Es la presencia y el acompañar con esperanza, aliento y ganas que se le pone al pobre para que tenga conciencia de su pobreza y ponga lo mejor de sí mismo para salir de la pobreza, como el mejor homenaje a Dios y a su dignidad humana. Se ha hecho un gran esfuerzo por aprovechar al máximo los alimentos recibidos, a pesar de no ser los de mayor consumo en la dieta de la población guatemalteca. Debe haber mayor empuje en el aspecto educación, así como una mejor organización y coordinación con más supervisores que coordinen el progreso del programa.</p>	<p>Muy fortificado. Con muchas vitaminas que han beneficiado a todos los niños del programa, aunque el Bulgor es muy delicado pues se descompone fácilmente. Sin embargo, estos alimentos han mejorado el peso de los niños que presentaban desnutrición. Uno de los obstáculos encontrados ha sido para almacenar los alimentos, en algunos casos, esto es difícil porque no se cuenta con los recursos ni el espacio necesarios.</p>	<p>Si nos han dado bastantes temas importantes que nos han orientado mucho, también los alimentos son muy buenos porque tienen vitaminas, se ha visto cómo los niños han subido de peso. Sugirieron que siempre siga el programa porque les ayuda mucho a nivelar la casa hasta familiar. Que el programa incluya a niños mas grandes y si es posible que haya un programa de desparasitantes ya que de lo contrario las vitaminas que tienen los alimentos no les ayudan igual a los niños.</p>
<p>IMPACTO ALCANZADO EN LAS COMUNIDADES</p>	<p>La labor del nutricionista incluye una evaluación general del impacto del programa para demostrar los beneficios de éste, y poder así presentar nuevas propuestas cada año a los donantes para la continuidad de tales programas en Latinoamérica. Dichos programas se trabajan de forma anual de acuerdo con las regulaciones establecidas por parte de las diversas instituciones donantes.</p>	<p>Es significativo, dado el grado de desnutrición y el atroz hundi-miento de los desposeídos. Se ha logrado en la mayoría de los niños, que mejoren el nivel de peso y talla, así como también que las madres se eduquen apropiadamente y así poder preparar mejor los alimentos y capacitarse en temas de nutrición, atención materno infantil y atención primaria en Salud.</p>	<p>Si se ha logrado impacto hemos servido y seguiremos sirviendo a personas muy humildes y en necesidad. Se ha logrado que todos los concimientos adquiridos sean aplicados con las familias completas así también la economía familiar de muchos hogares ha mejorado, por lo tanto, la calidad de vida de la población en general se ha visto muy beneficiada al luchar por combatir la desnutrición y mejorar la educación de madres y niños. Además se ha logrado un control de peso y talla previo a la entrega de alimentos para verificar si se están utilizando. Se ha verificado que los niños han mejorado tanto en peso y talla como en su apariencia física.</p>	<p>Si porque hay muchas necesidades en la comunidad en la que vivimos y nos han dado el apoyo con los alimentos que contienen vitaminas para la prosperidad de los niños y la orientación en el hogar, cocina e higiene. La restricción que sienten, es respecto de las contribuciones económicas que hay que dar mensualmente y que hay que asistir a las charlas. También han pesado a nuestros hijos cada mes para ver si estamos invirtiendo bien los alimentos que nos dan y han subido de 1 a 2 libras y nos comentamos entre todas que es bastante notoria la ayuda que nos dan, que es muy bonito, porque ayudan a los pobres y enseñan a valorar los alimentos de cómo cuidarlos y cocinarlos.</p>

VI. OBSERVACIONES FINALES

- Toda Institución, Organización Gubernamental o no Gubernamental debe contar con una sistematización de sus intervenciones sociales que incluya retroalimentación permanente con un buen diagnóstico (identificación de problemas, necesidades y recursos), una planificación estratégica (planteamiento de objetivos, metodología, actividades y recursos: tiempo, humanos, materiales y financieros), así también es muy importante la parte de ejecución (desarrollo del proyecto, seguimiento y control); y otro aspecto que debe tomarse muy en cuenta es la evaluación (diagnóstica, de proceso y final).
- Deben establecerse prioridades con el fin de fundamentar bases sólidas para la prevención de la desnutrición y mortalidad infantil al seguir el proceso de investigación y evaluación permanentes, para enriquecer las bases de datos con la información derivada de las diversas instituciones y así devolver a ellas mismas los avances en dicho proceso.
- Es recomendable promover directamente y a través de las organizaciones involucradas en proyectos de intervención social, una cultura preventiva a escala familiar, escolar y comunitaria, de acuerdo con la realidad de cada contexto. Sistematizar la experiencia con el objeto de comprenderla y hacer aportes a la comunidad médica y educativa.
- Es aconsejable que para el uso del presente diseño de evaluación, se cumpla con los requerimientos técnicos mínimos que aseguren su eficacia. Construir un modelo de evaluación no es lo más importante, su implementación, ejecución y puesta en marcha, es lo más difícil, pero no imposible de lograr. Algunas poblaciones requerirán de un respaldo muy grande que hasta el momento significa:
 - a. Contacto permanente con la institución ejecutora e instituciones nacionales e internacionales de intervención y prevención en salud y nutrición.
 - b. Intercambio de información con dichas instituciones.
 - c. Utilizar los formatos unificados de recolección de información, aplicables a las diversas poblaciones, en donde se ejecutan programas educativos en salud materno infantil.
 - d. Conjunto de programas de análisis estadístico tanto para datos cuantitativos como para datos cualitativos y otros como: procesador de palabra, graficadores, de

mapas e imágenes, para conexión a redes de Internet, para publicaciones y presentaciones.

- e. Equipos para procesamiento e impresión de la información o bien contactar a una persona especializada en el ramo de la investigación, evaluación y procesamiento de datos.
- f. Alimentación permanente y confiable de las bases de datos correspondientes a las fases y momentos de evolución de resultados del modelo.
- g. Publicaciones periódicas de avance.
- h. Reuniones periódicas, así como talleres de capacitación a las educadoras del programa y a las madres involucradas en él.
- i. Evaluación constante para tomar medidas correctivas según los criterios del mejoramiento continuo.

VII. BIBLIOGRAFIA

- Abramson, J.H.: Medicina Comunitaria, Madrid, España, Editorial Díaz de Santos, 1990 1-59 pp.
- Ackernecht, Erwin H.: Medicina y Antropología Social, Madrid, España, AKAL 1985 Universitaria, Estudios Varios, 09-56 pp.
- Alaez, M.; Berdullas, M.; Cubero, G: El Trabajo con la Institución Escolar. II Jornada de trabajo sobre salud mental y educación en el campo comunitario. Seminario, Madrid, España, 74-82 pp.
- Alcazar, Rosa; Olivares, Rodríguez J.; García-López, I. J.: Evaluación de la Eficacia de un Programa de Entrenamiento a Padres a través de dos Soportes Tradicional versus Audiovisual. Tercer Congreso Nacional de Psicología conductual. (Asociación Española de Psicología Conductual) Granada, España, 39- 40 pp.
- Arizcun, Pineda José: Prevención Perinatal y Atención Precoz. Infancia y Sociedad: 1992 Revista No. 11 Hospital Nacional, Buenos Aires, Argentina 47-58 pp.
- Arnal, Justo; Latorre, Antonio; del Rincón, Delio: Bases Metodológicas de la Investigación Educativa. Barcelona, España, 92pp.
- Arnaz, José A.: La Planeación Curricular, México, D.F. Editorial Trillas, 18-49 pp. 1981
- Cohen, Ernesto; Franco, Rolando: Evaluación de Proyectos Sociales, Asociación Social, Asistencia Social. Madrid, España, Siglo XXI de España Editores S.A., 155-198 pp.
- Cano, García Elena: Evaluación de la Calidad Educativa, Madrid, España, 1998 Editorial La Muralla, 33-136 pp.
- Casanova María Antonia: Manual de Evaluación Educativa, Madrid, España, Editorial La 1995 Muralla, S.A., 243 pp.
- Cook, T.D. y Ch. S. Reichardt: Métodos Cualitativos y Cuantitativos en Investigación Educativa, Madrid, Morata, 228 p.p.
- Fernández, Sierra Juan: Evaluación Cualitativa de Programas, Granada, Editorial Aljibe, 1992 15-38 pp.
- Fitz – Gilbou, Carol T. Como Diseñar Evaluación de un Programa, N.Y. Universidad de 1981 NewYork, 185 pp.
- Friedrich, Naumann Fundación, Instituto de Estudios y Capacitación Cívica Guatemala: 1996 Diccionario Municipal de Guatemala, Guatemala, Editorial Fondo de Cultura, 28-64 pp.
- García Ferrando Manuel, El Análisis de la Realidad Social, Métodos y Técnicas de Evaluación, Segunda Edición, Editorial Alianza. Madrid, España, 12-39

- Goetz, J.P.; LeCompte, M.D.: Etnografía y Diseño Cualitativo en Investigación Educativa, 1988 Madrid, España, Editorial Morata, S.A., 88-106 pp.
- González, Soto; Medina, Antonio; Torre Saturnino: Modelos y Estrategias para la Intervención Social, 1981 Madrid, España, Editorial Universitas, S.A., 13-37 pp.
- Lafourcade, Pedro D.: La Evaluación en Organizaciones Educativas, México, D.F., 1982 Editorial Trillas, 210 pp.
- Mendicoa, Gloria Edel: Manual Teórico Práctico de Investigación Social, Primera Edición, Buenos Aires, Editorial Espacio, 5-23 pp.
- Pérez, Serrano Gloria: Elaboración de Proyectos Sociales Casos Prácticos 1999 Madrid España, Editorial Marcea, 15-96 pp.
- Pérez, Serrano Gloria: Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes: I Métodos; 1994 Editorial La Muralla, S.A., 230 pp.
- Pérez, Serrano Gloria: Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes: II Técnicas y Análisis de Datos, Madrid, España, Editorial La Muralla, S.A., 198 pp.
- Pérez, Serrano Gloria: Modelos de Investigación Cualitativa, 1999 Madrid España, Editorial Marcea, 11-57 pp.
- Quintanilla, Cabanas José María: Pedagogía Social, Madrid España, Editorial Dykinson, 1994 14-33 pp.
- Rodríguez, Gómez Gregorio: Gil Flores Javier; García Jiménez Eduardo. Metodología de la Investigación Cualitativa, España, Ediciones Aljibe, S.L., 378 pp.
- Universidad de DEUSTO: Evaluación de Experiencias y Tendencias en la Formación del Profesorado, Bilbao, Editorial Mensajero S.A., 58-70 pp.

ANEXO

GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL OBJETO DE ESTUDIO

El Programa de Educación Materno Infantil que desarrolla Cáritas Arquidiocesana.

Preguntas de Investigación:

1. ¿Cuál es la finalidad del Programa Materno Infantil?
2. ¿Cómo beneficia a las Comunidades el Programa de Educación Materno Infantil?
3. ¿Cómo se percibe el Programa de Educación Materno Infantil?
4. ¿Cómo puede mejorar el Programa de Educación Materno Infantil para lograr impacto?

ENTREVISTA COLECTIVA DIRIGIDA A EDUCADORAS DE LA SALUD, SOBRE EL PROGRAMA MATERNO INFANTIL, COORDINADO POR CARITAS ARQUIDIOCESANA

Nombre del centro al que atiende: _____

Dirección del centro: _____

Número de madres que atiende: _____

1. ¿Cuál ha sido su experiencia como docente en el programa materno infantil? Explique
2. ¿Conoce los objetivos del programa materno infantil? Diga cuales son
3. ¿El programa cumple con los objetivos propuestos? Explique
4. ¿Existe un programa o un plan de trabajo? Explique
5. ¿Sugiere algún tipo de participación para el cumplimiento de los objetivos? Explique
6. ¿Conoce a la Institución que dirige el programa materno infantil? Explique
7. ¿Cómo le parece la organización del programa? Explique
8. ¿La realización del programa cumple con las necesidades de los beneficiarios? Explique
9. ¿Sugiere otra forma para la realización del programa? Explique

10. ¿Considera que es justa la distribución del programa? Explique
11. ¿Desde cuando atiende la docencia en el programa? Explique
12. ¿Cree que son apropiados los temas tratados en clase? Explique
13. ¿Las actividades realizadas llenan las expectativas de los beneficiarios? Explique
14. ¿Considera suficientes las clases y actividades que realiza? Explique
15. ¿Cómo considera que es la calidad de los alimentos que distribuye? Explique
16. ¿Qué entiende por calidad de los alimentos? Explique
17. ¿Ha recibido instrucción sobre la preparación de los alimentos? De quién, explique
18. ¿Conoce la acción nutritiva de los alimentos? Explique
19. ¿Conoce las medidas sanitarias para la preparación de alimentos? Explique
20. ¿Considera que el programa ha sido beneficioso para usted? Explique
21. ¿Considera que el programa ha sido beneficioso para su familia? Explique
22. ¿Considera que el programa ha sido beneficioso para su comunidad? Explique
23. ¿Existe algún tipo de restricciones para la participación en el programa? Explique
24. ¿Conoce de alguna penalidad al no cumplir con los requerimientos establecidos?
Explique
25. ¿Se han logrado cambios considerables en los niños que se benefician con el programa? Explique
26. ¿Cree que el programa podría mejorarse? Cómo, explique

Observaciones y/o sugerencias:

**ENTREVISTA COLECTIVA DIRIGIDA A MADRES PARTICIPANTES EN EL
PROGRAMA MATERNO INFANTIL, COORDINADO POR CARITAS
ARQUIDIOCESANA**

Nombre del centro al que pertenece: _____

Número de madres participantes en la entrevista: _____

Edad de las madres participantes: _____

Edad de los niños que atiende el programa materno infantil:

EDAD GENERO	0-2 Año	3-4 Años	5-6 Años	7-8 Años	9-10 Años	11-12 Años	TOTAL
NIÑAS							
NIÑOS							

1. ¿Cuál ha sido su experiencia al participar en el programa materno infantil? Explique
2. ¿Conoce los objetivos del programa materno infantil? Diga cuales son
3. ¿El programa cumple con los objetivos propuestos? Explique
4. ¿Sugiere algún tipo de participación para el cumplimiento de los objetivos? Explique
5. ¿Conoce a la Institución que dirige el programa materno infantil? Explique
6. ¿Cómo le parece la organización del programa? Explique
7. ¿La realización del programa cumple con sus necesidades? Explique
8. ¿Sugiere otra forma para la realización del programa? Explique
9. ¿Considera que es justa la distribución del programa? Explique
10. ¿Desde cuando viene participando en el programa materno infantil? Explique
11. ¿Le han resultado interesantes los temas tratados en clase? Explique
12. ¿Le han parecido adecuadas las actividades realizadas? Explique
13. ¿Han sido suficientes las clases y actividades realizadas? Explique
14. ¿Cómo considera que es la calidad de los alimentos que recibe? Explique
15. ¿Qué entiende por calidad de los alimentos? Explique

16. ¿Ha recibido instrucción sobre la preparación de los alimentos? De quién, explique
17. ¿Conoce la acción nutritiva de los alimentos? Explique
18. ¿Conoce las medidas sanitarias para la preparación de alimentos? Explique
19. ¿Considera que el programa ha sido beneficioso para usted? Explique
20. ¿Considera que el programa ha sido beneficioso para su familia? Explique
21. ¿Considera que el programa ha sido beneficioso para su comunidad? Explique
22. ¿Existe algún tipo de restricciones para la participación en el programa? Explique
23. ¿Conoce de alguna penalidad al no cumplir con los requerimientos establecidos?
Explique
24. ¿Se han logrado cambios considerables en los niños que se benefician con el programa? Explique
25. ¿Cree que el programa podría mejorarse? Cómo, explique

Observaciones y/o sugerencias:

**ENTREVISTA INDIVIDUAL DIRIGIDA A EJECUTORES DEL PROGRAMA MATERNO
INFANTIL, EN CARITAS ARQUIDIOCESANA**

Nombre de la persona entrevistada: _____

Cargo que ocupa: _____

Número de centros que atiende: _____

Función principal en el Programa Materno Infantil: _____

Tiempo de laborar en el Programa Materno Infantil: _____

1. ¿Cuál ha sido su experiencia como ejecutor del programa materno infantil? Explique
2. ¿Cuáles son los objetivos del programa materno infantil?
3. ¿El programa cumple con los objetivos propuestos? Explique

4. ¿Existe por escrito, un programa o un plan de trabajo? Explique
5. ¿Sugiere algún tipo de participación para el cumplimiento de los objetivos? Explique
6. ¿Conoce a las Instituciones donantes del programa materno infantil? Explique
7. ¿Cómo le parece la organización de la entidad ejecutora del programa? Explique
8. ¿La realización del programa cumple con las necesidades de los beneficiarios?
Explique
9. ¿Sugiere otra forma para la realización del programa? Explique
10. ¿Considera que es justa la distribución del programa? Explique
11. ¿Desde cuando reciben los donativos para éste programa? Explique
12. ¿Qué temas propone la entidad ejecutora, que se impartan en clase? Explique
13. ¿Tienen algún plan o programa docente, para que sea ejecutado? Explique
14. ¿Cómo considera que es la calidad de los alimentos que donan? Explique
15. ¿Capacita la institución ejecutora a los docentes del programa? De quién, explique
16. ¿Cuál es la acción nutritiva de los alimentos? Explique
17. ¿Considera que el programa ha sido beneficioso para la institución donante? Explique
18. ¿Considera que el programa ha sido beneficioso para la institución ejecutora?
Explique
19. ¿Considera que el programa ha sido beneficioso para las comunidades en
Guatemala? Explique
20. ¿Existe algún tipo de restricciones para la ejecución del programa? Explique
21. ¿Existe alguna penalidad al no cumplir la institución ejecutora con los requerimientos
establecidos? Explique
22. ¿Sabe si se han logrado cambios considerables en los niños que se benefician con el
programa? Explique
23. ¿Cree que el programa podría mejorarse? Cómo, explique

Observaciones y/o sugerencias:

**ENTREVISTA INDIVIDUAL DIRIGIDA A DONANTES, SOBRE EL PROGRAMA
MATERNO INFANTIL, EJECUTADO POR
CARITAS ARQUIDIOCESANA**

1. ¿Cuál ha sido su experiencia como donante en el programa materno infantil?
Explique
2. ¿Cuáles son los objetivos del programa materno infantil?
3. ¿El programa cumple con los objetivos propuestos? Explique
4. ¿Existe por escrito, un programa o un plan de trabajo? Explique
5. ¿Sugiere algún tipo de participación para el cumplimiento de los objetivos? Explique
6. ¿Conoce a la Institución que ejecuta el programa materno infantil? Explique
7. ¿Cómo le parece la organización de la entidad ejecutora del programa? Explique
8. ¿La realización del programa cumple con las necesidades de los beneficiarios?
Explique
9. ¿Sugiere otra forma para la realización del programa? Explique
10. ¿Considera que es justa la distribución del programa? Explique
11. ¿Desde cuando atienden los donativos para éste programa? Explique
12. ¿Qué temas propone la entidad donante, que se impartan en clase? Explique
13. ¿Tienen algún plan o programa docente, para que sea ejecutado? Explique
14. ¿Cómo considera que es la calidad de los alimentos que donan? Explique
15. ¿Capacita la institución donante a los ejecutores del programa? De quién, explique
16. ¿Cuál es la acción nutritiva de los alimentos? Explique
17. ¿Considera que el programa ha sido beneficioso para la institución donante? Explique
18. ¿Considera que el programa ha sido beneficioso para la institución ejecutora?
Explique
19. ¿Considera que el programa ha sido beneficioso para las comunidades en Guatemala? Explique

20. ¿Existe algún tipo de restricciones para la ejecución del programa? Explique
21. ¿Existe alguna penalidad al no cumplir la institución ejecutora con los requerimientos establecidos? Explique
22. ¿Sabe si se han logrado cambios considerables en los niños que se benefician con el programa? Explique
23. ¿Cree que el programa podría mejorarse? Cómo, explique

Observaciones y/o sugerencias:

CUESTIONARIO PARA PERSONAS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE EDUCACION MATERNO INFANTIL

INSTRUCCIONES

Cáritas Arquidiocesana, quiere evaluar el Programa de Educación Materno Infantil, que se lleva a cabo en los Centros Nutricionales. Por ello es muy importante conocer su opinión, con el fin de mejorarlo.

Marque con una **X** las respuestas elegidas (puede elegir una o más en la misma pregunta). Además, en varias preguntas se le solicita que de una pequeña explicación que aclare su respuesta.

En algunas preguntas se presenta un recuadro así:

EDUCACION EN SALUD

EDUCACION EN NUTRICION

Debajo de la palabra educación en salud, debe pensar en las sesiones que ha tenido tanto con la educadora de salud y/o el médico, respecto a la prevención de enfermedades. Debajo de la palabra educación en nutrición, se refiere básicamente a las sesiones que ha recibido con la nutricionista y/o la educadora en salud, respecto a la preparación de los alimentos.

Si no ha asistido a las últimas sesiones, deje en blanco la parte correspondiente

Si no sabe responder a alguna de las preguntas, no se preocupe

Si no entiende bien, por favor pregunte

Si no sabe leer o no puede ver bien, le ayudaremos a leer

Si se equivoca, tache la respuesta y elija otra

Este es un cuestionario reservado; puede responder con toda confianza y libertad

Gracias por su colaboración

DATOS DE IDENTIFICACION

0. Tipo de Centro: de Cáritas _____ de otra Institución _____ Indique cual: _____

0.1 Género _____ 0.2 Edad _____ años 0.3 Estado civil _____

0.4 ¿Con quién vive? _____

0.5 ¿Cuántos niños y niñas de 0 a 12 años viven con usted?

EDAD GENERO	0-2 Año	3-4 Años	5-6 Años	7-8 Años	9-10 Años	11-12 Años	TOTAL
NIÑAS							
NIÑOS							

0.6 ¿Cuántos de los niños y niñas de 0 a 12 años anotados anteriormente están inscritos en el Programa? _____

0.7 ¿Usted, hasta qué grado de estudios llegó?

___ Ninguno ___ Nivel Primario ___ Nivel Básico

___ Alfabetizado (a) Otro, especifique: _____

0.8 ¿En qué trabaja? _____

0.9 ¿Cuál es su horario de trabajo? _____

0.10 ¿A alguno de los niños o niñas que viven con usted, le han detectado desnutrición? ¿De qué edad?

EDAD GENERO	0-2 Año	3-4 Años	5-6 Años	7-8 Años	9-10 Años	11-12 Años	TOTAL
NIÑAS							
NIÑOS							

0.11 ¿Cuánto tiempo tiene de asistir al Programa Materno Infantil? _____

0.12 ¿Cuántas veces ha asistido a charlas o consulta médica?. Si no recuerda exactamente cuántas han sido las veces, responda lo más aproximado.

- Consulta médica _____ veces
- Sesiones de educación en salud con la educadora en salud _____ veces
- Sesiones de educación en salud con la nutricionista _____ veces
- Sesiones de educación con médico _____ veces
- Sesiones de dinámica de grupo _____ veces

0.13 ¿Cuáles son los principales inconvenientes que tiene para asistir al Programa de Educación Materno Infantil?

- _____ Vivo lejos y gasto mucho tiempo y dinero en desplazarme
- _____ Tengo dificultades en el trabajo
- _____ Tengo problemas si falto a clases
- _____ Tengo problemas económicos y no puedo pagar la cuota asignada
- _____ Creo que no vale la pena el tiempo que se pierde

Otras causas _____

EVALUACION GENERAL DEL PROGRAMA DE EDUCACION MATERNO INFANTIL

1. ¿Porqué se inscribió en el programa de educación?

- Me lo mandó el médico
 Me inscribí porque me habían hablado de él
 En mi familia hay niños desnutridos
 Mi situación económica es baja
 Los alimentos que me dan son de mucha utilidad

Otros motivos _____

2. ¿Conocía en que consistía el programa antes de asistir a él?

- Sí, muy bien
 Conocía algo
 No lo conocía

3. ¿Cuáles son las cosas más importantes que ha logrado asistiendo a las reuniones de educación?. Marque con una X sobre la línea que aparece a la izquierda de las opciones

- Nada
 Me ha ayudado a mejorar las relaciones con los demás
 Me ha ayudado a comprenderme y aceptarme mejor
 He aprendido a utilizar correctamente los alimentos
 He aprendido a mejorar la alimentación de mi familia
 Me ha dado seguridad en mí
 Conozco más sobre las enfermedades comunes en los niños
 Estoy capacitada para controlar deshidrataciones en niños
 Conozco sobre los nutrientes básicos para una buena alimentación

Otras cosas _____

4. ¿Le acompaña alguien más cuando asiste a las reuniones del programa? Indique con quien (y con un sí o un no) si entró o no a la reunión.

En la primera _____	¿Entró? _____
En la segunda _____	¿Entró? _____
En la tercera _____	¿Entró? _____
En la cuarta _____	¿Entró? _____

5. ¿Prefiere que los grupos de educadores en salud y nutrición que asisten el programa sean siempre los mismos?

	EDUCACION EN SALUD	EDUCACION EN NUTRICION
• Sí	_____	_____
• No	_____	_____
• Me da igual	_____	_____
¿Por qué? _____		

6. ¿Le gustaría que el programa se prolongara?

	EDUCACION EN SALUD	EDUCACION EN NUTRICION
• Sí	_____	_____
• No	_____	_____
• Me da igual	_____	_____
¿Por qué? _____		

7. ¿Cómo ha sido la puntualidad para comenzar las reuniones?

	EDUCACION EN SALUD	EDUCACION EN NUTRICION
• Nunca se comienza puntual	_____	_____
• Siempre se comienza puntual	_____	_____
• Unas veces sí y otras no	_____	_____

Sugerencias _____

8. ¿Cómo le parece la duración de las reuniones?

	EDUCACION EN SALUD	EDUCACION EN NUTRICION
• Demasiado largas	_____	_____
• Demasiado cortas	_____	_____
• Adecuada	_____	_____
• Debería haber un descanso en medio	_____	_____

9. ¿Cómo le parece el horario?

	EDUCACION EN SALUD	EDUCACION EN NUTRICION
• Me viene bien	_____	_____
• No me viene bien	_____	_____
• Me da igual ese que otro	_____	_____

Sugerencias _____

10. ¿Y la frecuencia de las reuniones?

	EDUCACION EN SALUD	EDUCACION EN NUTRICION
• Demasiado tiempo entre reuniones	_____	_____
• Demasiado seguidas las reuniones	_____	_____
• Está bien	_____	_____

Sugerencias _____

11. ¿Le han dado folletos o material para leer?

	EDUCACION EN SALUD	EDUCACION EN NUTRICION
• Sí	_____	_____
• No	_____	_____

12. ¿Cómo le parecen las reuniones?

	EDUCACION EN SALUD	EDUCACION EN NUTRICION
• Aburridas	_____	_____
• Amenas	_____	_____
• Ni una cosa ni otra	_____	_____

Sugerencias _____

**EVALUACION DE ACTITUDES ANTE EL PROGRAMA DE EDUCACION MATERNO
INFANTIL**

1. ¿Su participación en el programa de educación influye en su relación familiar?

- Muy positivamente
 Positivamente
 No influye
 Negativamente
 Muy negativamente

¿Por qué? _____

2. ¿El asistir al programa le ha ayudado a dedicar tiempo para usted?

- Muy positivamente
 Positivamente
 No influye
 Negativamente
 Muy negativamente

¿Por qué? _____

3. ¿Cuál es el comportamiento de su familia al saber que usted asiste al programa?.

- Están pendientes de lo que he aprendido
 No comprenden la importancia de participar en el programa
 Colaboran al máximo para que siga asistiendo
 No colaboran
 Se sienten responsables de ayudarme a que asista al programa
 No aceptan que esté inscrita en el programa
 Ultimamente han empezado a aceptar

Otras cosas _____

4. ¿Cuál es la actitud de las demás personas inscritas en el programa hacia usted?

- Me aceptan
 Me rechazan
 Me ignoran
 Me tratan igual que a las demás
 No hay buena relación interpersonal

Otras _____

5. ¿De qué manera trata de aplicar lo que aprende en el programa?

- Hago todo lo que me dicen en el centro
 No siempre hago lo que me dicen
 Trato de cuidar a mi familia para que estén bien de salud
 Me cuesta mucho cuidar a mi familia
 No entiendo lo que me dicen por eso no lo hago

Otras _____

6. ¿Qué es lo que más le preocupa y por eso asiste al programa?

- Adquirir los alimentos
- Aprender a cocinar
- La salud de mi familia
- Salir de mi casa y conocer más personas
- Distraerme en algo provechoso

Otras _____

**EVALUACION SOBRE APRENDIZAJE Y PRACTICA ADQUIRIDA A TRAVES DEL
PROGRAMA DE EDUCACION MATERNO INFANTIL**

1. ¿Lo que ha aprendido sobre salud y nutrición infantil, lo aprendió a través de?

- El médico de Cáritas Arquidiocesana
 La nutricionista
 La educadora de la salud
 Encargado del Centro Nutricional
 A través de orientación de otra organización
 Interés propio

Otros medios _____

2. ¿Conoce las características más importantes de un niño con desnutrición?

- Sí, muy bien
 Conozco algo
 No puedo identificarlas

3. ¿Cuáles son las cosas más importantes que ha logrado aprender sobre el cuidado de los niños, asistiendo a las reuniones de educación?. Marque con una X la (las) que haya aprendido.

- Cómo cuidar a un niño con diarrea
 Cómo cuidar a un niño con infecciones respiratorias leves
 En que momento llevar a un niño con el médico
 Cuáles son las vacunas que a un niño se le deben suministrar
 Cómo tratar a un niño deshidratado

Otras cosas _____

4. ¿La diarrea es producida por varias causas? Indique con una X, las principales causas que para usted la ocasionan.

- Por parásitos
 Por falta de higiene personal
 Por falta de higiene al preparar los alimentos
 Por desnutrición
 Por mala alimentación

Por otras causas _____

5. ¿Conoce los nutrientes diarios que necesita un niño incluir en su dieta alimenticia? Marque con una X los 5 nutrientes que considere de mayor importancia.

- Proteínas
 Calorías
 Calcio
 Vitaminas A, D, C, B1, B2, B12,
 Niacina
 Acido Fólico
 Hierro

Otros nutrientes _____

6. ¿Conoce el peso que un niño sano entre 1 y 12 años, debe tener? Indique el peso en libras, sobre la línea a la izquierda.

_____ 1 a 3 años
 _____ 4 a 6 años
 _____ 7 a 9 años
 _____ 10 a 12 años

7. ¿Conoce cómo debe ser la nutrición del niño lactante?

_____ Leche de vaca
 _____ Leche materna
 _____ Leche de bote
 _____ Incaparina
 _____ Leche de soya
 _____ Leche materna y de bote

Otro tipo de nutrición _____

8. ¿Conoce cuál debe ser la alimentación de la madre lactante?

_____ Consumir muchos productos lácteos (queso, leche)
 _____ Proteínas
 _____ Agua
 _____ Calcio, fósforo
 _____ Carbohidratos (pan, pastas)

9. ¿Conoce los beneficios de la lactancia materna?

_____ Sí, muy bien
 _____ Conozco algo
 _____ No sé nada

10. ¿Conoce sobre la alimentación complementaria que se le debe dar al niño a partir de los 4 a 6 meses?

_____ Sí, muy bien
 _____ Conozco algo
 _____ No sé nada

11. ¿Qué es lo que más y lo que menos le ha gustado del programa?

Lo que menos me ha gustado: _____

Lo que más me ha gustado: _____

Puede sugerir algo para mejorar el programa: _____

SINTAXIS DEL ANALISIS DE VARIABLES

FRECUENCIES

```
VARIABLES=niño0_3 niño4_8 niño9_12 niña0_3 niña4_8 niña9_12 inscrito
inscrita
/STATISTICS=MEAN MODE SUM
/ORDER= ANALYSIS .
```

FRECUENCIES

```
VARIABLES=edad nivescol estcivil vivecon trabaja aquehora
/STATISTICS=MEAN SUM
/ORDER= ANALYSIS .
```

FRECUENCIES

```
VARIABLES=tiemasis niñosesn edadesn consulta educsal educnutr edumed
dinamica
/STATISTICS=MEAN SUM
/ORDER= ANALYSIS .
```

FRECUENCIES

```
VARIABLES=puntual duración horario edunutri frecreun matlectu matlecnu
reunion edusalu misgrusa misgrunu
/STATISTICS=MEAN SUM
/ORDER= ANALYSIS .
```

* Multiple Response Tables.

TABLES

```
/FORMAT BLANK MISSING("")
/FTOTAL $t 'Total' /MRGROUP $inconve 'Inconvenientes Para asistir al'+
' programa' vivolejo diftraba probclas economic novalepe otrascau
/GBASE=CASES
/TABLE=$inconve +$t BY (STATISTICS)
/STATISTICS
count( $inconve( F5.0 ) 'Recuento')
cpct( $inconve( F6.1 ) '% columna').
```

* Multiple Response Tables.

TABLES

```
/FORMAT BLANK MISSING("")
/FTOTAL $t 'Total' /MRGROUP $inscrib 'Porqué se inscribió en el'+
' programa?' indicmed mecontar hijosdes bajaecon alimento
/GBASE=CASES
/TABLE=$inscrib +$t BY (STATISTICS)
/STATISTICS
count( $inscrib( F5.0 ) 'Recuento')
cpct( $inscrib( F6.1 ) '% columna').
```

* Multiple Response Tables.

```
TABLES
/FORMAT BLANK MISSING("")
/FTOTAL $t 'Total' /MRGROUP $logros 'Logros al asistir al programa' nada
mejorela meacepto alimusoc alimfam segura enfermed deshidra basicnut
otrasco
/GBASE=CASES
/TABLE=$logros +$t BY (STATISTICS)
/STATISTICS
count( $logros( F5.0 ) 'Recuento')
cpct( $logros( F6.1 ) '% columna').
```

* Multiple Response Tables.

```
TABLES
/FORMAT BLANK MISSING("")
/FTOTAL $t 'Total' /MRGROUP $familia 'Comportamiento de su familia al+'
' asistir al programa' pendiente noimport colabora no colabo meayudan noacepta
empacept otrasosa
/GBASE=CASES
/TABLE=$familia +$t BY (STATISTICS)
/STATISTICS
count( $familia( F5.0 ) 'Recuento')
cpct( $familia( F6.1 ) '% columna').
```

* Multiple Response Tables.

```
TABLES
/FORMAT BLANK MISSING("")
/FTOTAL $t 'Total' /MRGROUP $preocup 'Qué es lo que más me preocupa y por'+
' eso asisto' adqalime cocinar saludfam salircas distraer otras
/GBASE=CASES
/TABLE=$preocup +$t BY (STATISTICS)
/STATISTICS
count( $preocup( F5.0 ) 'Recuento')
cpct( $preocup( F6.1 ) '% columna').
```

* Multiple Response Tables.

```
TABLES
/FORMAT BLANK MISSING("")
/FTOTAL $t 'Total' /MRGROUP $aprendi 'Lo que aprendió sobre salud y'+
' nutrición' medico nutricio edusalud encentro otraorg intprop
/GBASE=CASES
/TABLE=$aprendi +$t BY (STATISTICS)
/STATISTICS
count( $aprendi( F5.0 ) 'Recuento')
cpct( $aprendi( F6.1 ) '% columna').
```

* Multiple Response Tables.

```
TABLES
/FORMAT BLANK MISSING("")
/FTOTAL $t 'Total' /MRGROU $cuidado 'Aspectos sobre cuidado de los'+
' niños' cuidiarr cuinfecc llevamed vacunar dishidra otrascos
/GBASE=CASES
/TABLE=$cuidado +$t BY (STATISTICS)
/STATISTICS
count( $cuidado( F5.0 ) 'Recuento')
cpct( $cuidado( F6.1 ) '% columna').
```

* Multiple Response Tables.

```
TABLES
/FORMAT BLANK MISSING("")
/FTOTAL $t 'Total' /MRGROU $diarrea 'Causas de la diarrea' parásito
higperso higalime desnutri malalim porotras
/GBASE=CASES
/TABLE=$diarrea +$t BY (STATISTICS)
/STATISTICS
count( $diarrea( F5.0 ) 'Recuento')
cpct( $diarrea( F6.1 ) '% columna').
```

* Multiple Response Tables.

```
TABLES
/FORMAT BLANK MISSING("")
/FTOTAL $t 'Total' /MRGROU $nutrien 'Nutrientes necesarios en un niño'
proteína calorías calcio vitamina niacina acidofol hierro otronutr
/GBASE=CASES
/TABLE=$nutrien +$t BY (STATISTICS)
/STATISTICS
count( $nutrien( F5.0 ) 'Recuento')
cpct( $nutrien( F6.1 ) '% columna').
```

* Multiple Response Tables.

```
TABLES
/FORMAT BLANK MISSING("")
/FTOTAL $t 'Total' /MRGROU $niñolac 'Nutrición del niño lactante'
lechvaca lechmat lechbote incapari lechsoya materbot otrotipo
/GBASE=CASES
/TABLE=$niñolac +$t BY (STATISTICS)
/STATISTICS
count( $niñolac( F5.0 ) 'Recuento')
cpct( $niñolac( F6.1 ) '% columna').
```

* Multiple Response Tables.

TABLES

```
/FORMAT BLANK MISSING("")
```

```
/FTOTAL $t 'Total' /MRGROUP $madlact 'Nutrición de la madre lactante'  
lacteos protein agua calcfosf carbohid
```

```
/GBASE=CASES
```

```
/TABLE=$madlact +$t BY (STATISTICS)
```

```
/STATISTICS
```

```
count( $madlact( F5.0 ) 'Recuento')
```

```
cpct( $madlact( F6.1 ) '% columna').
```

Frecuencias de Datos del Programa Materno Infantil

Estadísticos

		Niños entre 0 y 03 años	Niños entre 4 y 8 años	Niños entre 9 y 12 años	Niñas entre 0 y 03 años
N	Válidos	11	28	22	29
	Perdidos	39	22	28	21
Media		1.00	1.36	1.18	1.00
Moda		1	1	1	1
Suma		11	38	26	29

Estadísticos

		Niñas entre 4 y 8 años	Niñas entre 9 y 12 años	Niños inscritos en el programa	Niñas inscritas en el programa
N	Válidos	20	12	28	34
	Perdidos	30	38	22	16
Media		1.00	1.00	1.36	1.24
Moda		1	1	1	1
Suma		20	12	38	42

Tabla de Frecuencia

Niños entre 0 y 03 años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	11	22.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	39	78.0		
Total		50	100.0		

Niños entre 4 y 8 años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	18	36.0	64.3	64.3
	2	10	20.0	35.7	100.0
	Total	28	56.0	100.0	
Perdidos	Sistema	22	44.0		
Total		50	100.0		

Niños entre 9 y 12 años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	20	40.0	90.9	90.9
	3	2	4.0	9.1	100.0
	Total	22	44.0	100.0	
Perdidos	Sistema	28	56.0		
Total		50	100.0		

Niñas entre 0 y 03 años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	29	58.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	21	42.0		
Total		50	100.0		

Niñas entre 4 y 8 años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	20	40.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	30	60.0		
Total		50	100.0		

Niñas entre 9 y 12 años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	12	24.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	38	76.0		
Total		50	100.0		

Niños inscritos en el programa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	20	40.0	71.4	71.4
	2	6	12.0	21.4	92.9
	3	2	4.0	7.1	100.0
	Total	28	56.0	100.0	
Perdidos	Sistema	22	44.0		
Total		50	100.0		

Niñas inscritas en el programa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	28	56.0	82.4	82.4
	2	4	8.0	11.8	94.1
	3	2	4.0	5.9	100.0
	Total	34	68.0	100.0	
Perdidos	Sistema	16	32.0		
Total		50	100.0		

Frecuencias

Estadísticos

		Años cumplidos de la madre	Escolaridad de la madre	Estado civil de la madre	Con quien vive
N	Válidos	50	50	50	50
	Perdidos	0	0	0	0
Media		32.94	2.20	2.16	1.72
Suma		1647	110	108	86

Estadísticos

		En qué trabaja la madre	Cuál es su horario de trabajo
N	Válidos	48	28
	Perdidos	2	22
Media		1.75	3.43
Suma		84	96

Tabla de Frecuencia

Años cumplidos de la madre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20	2	4.0	4.0	4.0
	21	1	2.0	2.0	6.0
	23	2	4.0	4.0	10.0
	24	1	2.0	2.0	12.0
	25	1	2.0	2.0	14.0
	26	1	2.0	2.0	16.0
	27	5	10.0	10.0	26.0
	28	2	4.0	4.0	30.0
	30	6	12.0	12.0	42.0
	31	2	4.0	4.0	46.0
	32	3	6.0	6.0	52.0
	33	3	6.0	6.0	58.0
	34	4	8.0	8.0	66.0
	35	3	6.0	6.0	72.0
	36	2	4.0	4.0	76.0
	37	1	2.0	2.0	78.0
	38	1	2.0	2.0	80.0
	39	2	4.0	4.0	84.0
	40	1	2.0	2.0	86.0
	41	1	2.0	2.0	88.0
	44	2	4.0	4.0	92.0
	45	1	2.0	2.0	94.0
	47	1	2.0	2.0	96.0
	54	1	2.0	2.0	98.0
	56	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Escolaridad de la madre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	6	12.0	12.0	12.0
	analfabeta	3	6.0	6.0	18.0
	alfabeta	22	44.0	44.0	62.0
	nivel primario	15	30.0	30.0	92.0
	nivel básico	2	4.0	4.0	96.0
	nivel diversificado	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Estado civil de la madre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	soltera	11	22.0	22.0	22.0
	casada	22	44.0	44.0	66.0
	unión de hecho	15	30.0	30.0	96.0
	viuda	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Con quien vive

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	esposo	26	52.0	52.0	52.0
	hijos	12	24.0	24.0	76.0
	otros	12	24.0	24.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

En qué trabaja la madre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ama de casa	24	48.0	50.0	50.0
	oficios domésticos	12	24.0	25.0	75.0
	otros	12	24.0	25.0	100.0
	Total	48	96.0	100.0	
Perdidos	Sistema	2	4.0		
Total		50	100.0		

Cuál es su horario de trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	en la mañana	4	8.0	14.3	14.3
	en la tarde	2	4.0	7.1	21.4
	todo el día	22	44.0	78.6	100.0
	Total	28	56.0	100.0	
Perdidos	Sistema	22	44.0		
Total		50	100.0		

Frecuencias

Estadísticos

		Tiempo de asistir al programa	Se ha detectado niños con desnutrición	Edad de los niños con desnutrición	Número de veces en consulta
N	Válidos	47	44	18	25
	Perdidos	3	6	32	25
Media		9.47	1.64	4.67	3.40
Suma		445	72	84	85

Estadísticos

		Número de veces en educación en salud	Número de veces en educación en nutrición	Número de veces en educación medica	Número de veces en dinámicas de grupo
N	Válidos	41	40	15	24
	Perdidos	9	10	35	26
Media		4.63	3.03	2.40	2.42
Suma		190	121	36	58

Tiempo de asistir al programa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5	1	2.0	2.1	2.1
	6	4	8.0	8.5	10.6
	7	3	6.0	6.4	17.0
	8	13	26.0	27.7	44.7
	9	3	6.0	6.4	51.1
	10	6	12.0	12.8	63.8
	12	17	34.0	36.2	100.0
	Total	47	94.0	100.0	
Perdidos	Sistema	3	6.0		
Total		50	100.0		

Se ha detectado niños con desnutrición

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	16	32.0	36.4	36.4
	no	28	56.0	63.6	100.0
	Total	44	88.0	100.0	
Perdidos	Sistema	6	12.0		
Total		50	100.0		

Edad de los niños con desnutrición

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	4.0	11.1	11.1
	2	2	4.0	11.1	22.2
	3	2	4.0	11.1	33.3
	4	4	8.0	22.2	55.6
	5	2	4.0	11.1	66.7
	6	2	4.0	11.1	77.8
	8	2	4.0	11.1	88.9
	9	2	4.0	11.1	100.0
	Total	18	36.0	100.0	
Perdidos	Sistema	32	64.0		
Total		50	100.0		

Número de veces en consulta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	5	10.0	20.0	20.0
	2	6	12.0	24.0	44.0
	3	6	12.0	24.0	68.0
	4	4	8.0	16.0	84.0
	7	2	4.0	8.0	92.0
	10	2	4.0	8.0	100.0
	Total	25	50.0	100.0	
Perdidos	Sistema	25	50.0		
Total		50	100.0		

Número de veces en educación en salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	3	6.0	7.3	7.3
	2	7	14.0	17.1	24.4
	3	7	14.0	17.1	41.5
	4	7	14.0	17.1	58.5
	6	5	10.0	12.2	70.7
	7	4	8.0	9.8	80.5
	8	6	12.0	14.6	95.1
	9	2	4.0	4.9	100.0
	Total	41	82.0	100.0	
Perdidos	Sistema	9	18.0		
Total		50	100.0		

Número de veces en educación en nutrición

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	13	26.0	32.5	32.5
	2	12	24.0	30.0	62.5
	3	3	6.0	7.5	70.0
	4	3	6.0	7.5	77.5
	5	1	2.0	2.5	80.0
	6	2	4.0	5.0	85.0
	7	4	8.0	10.0	95.0
	9	2	4.0	5.0	100.0
	Total	40	80.0	100.0	
Perdidos	Sistema	10	20.0		
Total		50	100.0		

Número de veces en educación medica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	7	14.0	46.7	46.7
	2	1	2.0	6.7	53.3
	3	5	10.0	33.3	86.7
	6	2	4.0	13.3	100.0
	Total	15	30.0	100.0	
Perdidos	Sistema	35	70.0		
Total		50	100.0		

Número de veces en dinámicas de grupo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	9	18.0	37.5	37.5
	2	8	16.0	33.3	70.8
	3	3	6.0	12.5	83.3
	4	1	2.0	4.2	87.5
	6	2	4.0	8.3	95.8
	8	1	2.0	4.2	100.0
	Total	24	48.0	100.0	
Perdidos	Sistema	26	52.0		
Total		50	100.0		

Estadísticos

		Comienzan puntual las reuniones	Cómo le parece la duración de las reuniones	Cómo le parece el horario	Le gustaría que se prolongara Educ. Nutrición
N	Válidos	42	48	50	46
	Perdidos	8	2	0	4
Media		2.10	2.88	1.24	1.04
Suma		88	138	62	48

Estadísticos

		Frecuencia de las reuniones	Le han dado material para leer Educ. en Salud	Le han dado material para leer Educ. en Nutrición	Cómo le parecen las reuniones
N	Válidos	48	48	46	50
	Perdidos	2	2	4	0
Media		2.88	1.38	1.30	2.12
Suma		138	66	60	106

Estadísticos

		Le gustaría que se prolongara Educ. Salud	Prefiere que los grupos sean siempre los mismos	Prefiere que los grupos sean siempre los mismos
N	Válidos	48	50	42
	Perdidos	2	0	8
Media		1.00	1.08	1.05
Suma		48	54	44

Comienzan puntual las reuniones

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	nunca comienza puntual	8	16.0
	siempre se comienza puntual	22	44.0
	unas veces sí y otras no	12	24.0
	Total	42	84.0
Perdidos	Sistema	8	16.0
Total		50	100.0

Comienzan puntual las reuniones

		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca comienza puntual	19.0	19.0
	siempre se comienza puntual	52.4	71.4
	unas veces sí y otras no	28.6	100.0
	Total	100.0	
Perdidos	Sistema		
Total			

Cómo le parece la duración de las reuniones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	demasiado largas	2	4.0	4.2	4.2
	demasiado cortas	4	8.0	8.3	12.5
	adecuada	40	80.0	83.3	95.8
	debería haber un descanso en medio	2	4.0	4.2	100.0
	Total	48	96.0	100.0	
Perdidos	Sistema	2	4.0		
Total		50	100.0		

Cómo le parece el horario

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	me viene bien	42	84.0
	no me viene bien	4	8.0
	me da igual ese que otro	4	8.0
	Total	50	100.0

Cómo le parece el horario

		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	me viene bien	84.0	84.0
	no me viene bien	8.0	92.0
	me da igual ese que otro	8.0	100.0
	Total	100.0	

Le gustaría que se prolongara Educ. Nutrición

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	44	88.0	95.7	95.7
	no	2	4.0	4.3	100.0
	Total	46	92.0	100.0	
Perdidos	Sistema	4	8.0		
Total		50	100.0		

Frecuencia de las reuniones

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	demasiado tiempo entre reuniones	2	4.0
	demasiado seguidas las reuniones	2	4.0
	está bien	44	88.0
	Total	48	96.0
Perdidos	Sistema	2	4.0
Total		50	100.0

Frecuencia de las reuniones

		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	demasiado tiempo entre reuniones	4.2	4.2
	demasiado seguidas las reuniones	4.2	8.3
	está bien	91.7	100.0
	Total	100.0	
Perdidos	Sistema		
Total			

Le han dado material para leer Educ. en Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sí	30	60.0	62.5	62.5
	no	18	36.0	37.5	100.0
	Total	48	96.0	100.0	
Perdidos	Sistema	2	4.0		
Total		50	100.0		

Le han dado material para leer Educ. en Nutrición

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sí	32	64.0	69.6	69.6
	no	14	28.0	30.4	100.0
	Total	46	92.0	100.0	
Perdidos	Sistema	4	8.0		
Total		50	100.0		

Cómo le parecen las reuniones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	aburridas	4	8.0	8.0	8.0
	amenas	36	72.0	72.0	80.0
	ni una cosa ni otra	10	20.0	20.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Le gustaría que se prolongara Educ. Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	48	96.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	2	4.0		
Total		50	100.0		

Prefiere que los grupos sean siempre los mismos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	48	96.0	96.0	96.0
	me da igual	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Prefiere que los grupos sean siempre los mismos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	40	80.0	95.2	95.2
	no	2	4.0	4.8	100.0
	Total	42	84.0	100.0	
Perdidos	Sistema	8	16.0		
Total		50	100.0		

Tablas

		Recuento	% columna
Inconvenientes Para asistir al programa	vivolejos y gasto mucho tiempo y dinero en desplazarme	12	35.3
	tengo dificultades en el trabajo	8	23.5
	tengo problemas económicos y no puedo pagar la cuota asignad	14	41.2
	creo que no vale la pena el tiempo que se pierde	4	11.8
	otras causas	4	11.8
Total		34	100.0

		Recuento	% columna
Porqué se inscribió en el programa?	me lo mandó el médico	4	8.0
	me inscribí porque me habían hablado de él	22	44.0
	en mi familia hay niños desnutridos	12	24.0
	mi situación económica es baja	24	48.0
	los alimentos que me dan son de mucha utilidad	30	60.0
Total		50	100.0

		Recuento	% columna
Logros al asistir al programa	nada	24	48.0
	me ha ayudado a mejorar las relaciones con los demás	10	20.0
	me ha ayudado a comprenderme y aceptarme mejor	38	76.0
	he aprendido a mejorar la alimentación de mi familia	44	88.0
	me ha dado seguridad en sí misma	10	20.0
	conozco más sobre las enfermedades comunes en los niños	38	76.0
	conozco sobre los nutrientes básicos para una buena alimentación	20	40.0
	8	26	52.0
Total		50	100.0

		Recuento	% columna
Comportamiento de su familia al asistir al programa	están pendientes de lo que he aprendido	36	75.0
	no comprenden la importancia de participar en el programa	6	12.5
	colaboran al máximo para que siga asistiendo	42	87.5
	se sienten responsables de ayudarme a que asista	40	83.3
	últimamente han empezado a aceptar	6	12.5
Total		48	100.0

		Recuento	% columna
Qué es lo que más me preocupa y por eso asisto	adquirir los alimentos	24	54.5
	aprender a cocinar	28	63.6
	la salud de mi familia	36	81.8
	salir de mi casa y conocer más personas	20	45.5
	distraerme en algo provechoso	24	54.5
	otras	4	9.1
Total		44	100.0

		Recuento	% columna
Lo que aprendió sobre salud y nutrición	el médico de Cáritas Arquidiocesana	14	28.0
	la nutricionista	16	32.0
	la educadora de la salud	16	32.0
	encargado del centro nutricional	18	36.0
	orientación de otra organización	6	12.0
	6	20	40.0
Total		50	100.0

		Recuento	% columna
Aspectos sobre cuidado de los niños	cómo cuidar a un niño con diarrea	40	80.0
	cómo cuidar a un niño con infecciones respiratorias	34	68.0
	en qué momento llevar a un niño con diarrea	42	84.0
	cuáles son las vacunas que a un niño se le deben suministrar	28	56.0
	cómo tratar a un niño deshidratado	34	68.0
		50	100.0
Total		50	100.0

		Recuento	% columna
Causas de la diarrea	parásitos	38	76.0
	falta de higiene personal	44	88.0
	higiene al preparar los alimentos	38	76.0
	desnutrición	18	36.0
	mala alimentación	16	32.0
	por otras causas	2	4.0
Total		50	100.0

		Recuento	% columna
Nutrientes necesarios en un niño	proteínas	50	108.7
	calorías	34	73.9
	calcio	38	82.6
	vitaminas A,D,C,B1,B2,B12	42	91.3
	Niacina	6	13.0
	ácido fólico	12	26.1
	hierro	28	60.9
Total		46	100.0

		Recuento	% columna
Nutrición del niño lactante	leche de vaca	8	16.0
	leche materna	50	100.0
	leche de bote	8	16.0
	incaparina	40	80.0
	leche de soya	18	36.0
	leche materna y de bote	28	56.0
	otro tipo de nutrición	2	4.0
Total		50	100.0

		Recuento	% columna
Nutrición de la madre lactante	consumir productos lácteos	30	62.5
	proteínas	46	95.8
	agua	42	87.5
	calcio, fósforo	38	79.2
	carbohidratos	24	50.0
Total		48	100.0

