



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ARAGÓN"

"DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL CURSO-TALLER PARA LA FORMACIÓN DEL ASISTENTE RURAL DE SALUD"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN PEDAGOGÍA

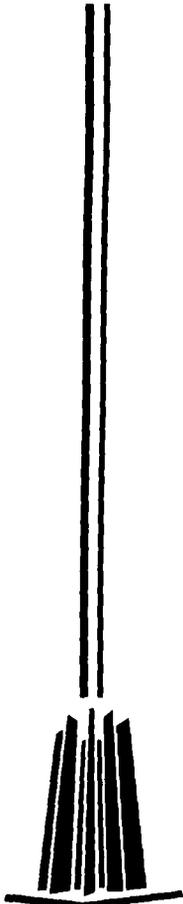
P R E S E N T A N :
BERENICE PÉREZ RODRÍGUEZ
TATIANA SALCEDO MORALES

ASESOR:
MTRO. JOSÉ LUIS ROMERO HERNÁNDEZ

MÉXICO

TEJES CON
FALLA DE ORIGEN

2002





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Tatiana

**Agradesco a mi madre su
valiosa colaboración
y apoyo, a mi padre por su
ayuda incondicional**

**A mi esposo y a mi hijo, razón
principal que me impulsa y me
motivan a seguir
desarrollándome
profesionalmente**

**A mi tía y a mi hermano por
su comprensión**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Bere

**Agradesco a mis padres
por el respaldo y la
confianza que siempre han
depositado en mí.**

**A mis hermanos especialmente
a Liz de la cuál he recibido su
apoyo incondicional en todos
los momentos de mi vida.**

A Víctor por su paciencia y amor.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**Agradecemos a nuestro asesor al
Mtro. José Luis Romero Hernández por
su constante orientación y por sus
aportaciones que enriquecieron él
presente trabajo.**

A nuestros maestros.

**Al programa IMSS - SOLIDARIDAD por la ayuda
brindada en la realización ésta tesis.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PRESENTACIÓN

Nuestro propósito fundamental al desarrollar ésta tesis; Fue elaborar una obra didáctica que ayude en forma eficaz al capacitado y al capacitador en el proceso de enseñanza, aprendizaje. Consideramos que ésta obra puede cumplir con ese objetivo si se toma en consideración lo siguiente:

- La sencillez y claridad del lenguaje que hemos empleado en ésta obra permite utilizarlo en el curso donde se da la capacitación.
- Las actividades planteadas en ésta tesis tratan de consolidar los conocimientos adquiridos y enriquecerlos. El instructor puede basarse en ellas para dinamizar su enseñanza y transformar el salón de clases en un lugar donde la acción remplace a la palabra y el capacitado participe en forma activa en la elaboración y fijación del conocimiento.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, nos dimos a la tarea de estructurar y elaborar los cuatro capítulos que constituyen ésta tesis, con el propósito de alcanzar nuestro objetivo; que es el que enunciamos a continuación:

"Identificar la eficiencia y eficacia del Curso-Taller para la formación del Asistente rural de Salud en el ejercicio diario, por medio del diseño de un instrumento de evaluación confiable que nos permita ofrecer alternativas a las problemáticas que surjan."

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para ello es necesario dar a conocer a los lectores en donde se elabora el curso evaluado, los antecedentes de la Institución que lo crea, por consiguiente surge la necesidad de crear un capítulo el cuál explique de manera detallada lo que se ha hecho en materia de "Salud Pública en México" siendo éste, el título de nuestro primer capítulo.

En él encontraremos los antecedentes de la salud pública en el ámbito mundial su implementación en nuestro país y como el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del Programa IMSS-SOLIDARIDAD lleva a las comunidades en extrema pobreza el servicio para fomentar la salud, esto se hace por medio de voluntarios de la propia comunidad que son capacitados por el programa. En éste apartado también hallaremos el curso de capacitación que proporciona la institución. La finalidad de presentar éste curso es tener un referente de la evaluación que se le hizo al mismo.

Para llevar a cabo la evaluación antes mencionada consideramos que el segundo capítulo de ésta tesis se ha dedicado a las teorías de la evaluación que fundamentan el propósito, del presente trabajo, por citar algunas de ellas están los Antecedentes del Concepto de Evaluación, la Evaluación de Proyectos Sociales y las Normas de la Evaluación. Con el motivo de dar una visión más amplia de éste concepto.

El siguiente capítulo está destinado al desarrollo de la metodología de la investigación, el cuál consta del diseño de los instrumentos de evaluación que posteriormente fueron aplicados para identificar la eficiencia y eficacia del Curso-Taller, lo que nos ayudó a encontrar las limitantes del curso; con la realización de la investigación logramos cumplir la meta propuesta al principio de ésta tesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Y por lo tanto el último capítulo se orienta a brindar las alternativas a las deficiencias encontradas en la investigación de campo para mejorar, el nivel de calidad del curso.

Para finalizar ésta tesis se dan las conclusiones a las que se llegaron a través de lo ya mencionado.

Está investigación y sus resultados fueron llevados a cabo gracias a nuestra formación como pedagogos y que nos dieron las herramientas necesarias para mejorar la calidad de educación y formación que se imparta en cualquier institución formal o informal.

Agradecemos el apoyo al IMSS y en especial al programa IMSS-SOLIDARIDAD el cual nos proporcionó la información necesaria para la elaboración de ésta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

CAPITULO I	
SALUD PUBLICA EN MÉXICO	1
1.1 Orígenes de la atención primaria de salud	3
1.2 Antecedentes del programa IMSS-SOLIDARIDAD	7
1.3 Modelo de Atención Integral a la salud	11
1.4 El Asistente Rural de Salud	20
1.4.1 Orígenes del Curso Taller para la Formación del Asistente Rural de Salud	23
1.4.2 Características Generales del Curso	24
1.4.3 Partes que conforman el curso	26
1.5 El rol de la evaluación en la capacitación	36
CAPITULO. II	
LA EVALUACIÓN	39
2.1 Panorama Histórico del Concepto Evaluación	40
2.2 La evaluación definida por distintos autores / vistas desde diversos enfoques.	48
2.3 Tipos de evaluación	62
2.4 Normas de evaluación	73
CAPITULO III	
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL CURSO-TALLER PARA LA FORMACIÓN DEL ASISTENTE RURAL DE SALUD	83
3.1 Investigación de campo	85
3.2 Diseño de instrumento de evaluación	86
3.3 Determinando el tamaño de la muestra	87
3.4 Levantamiento de datos	88
3.5 Concentrado de datos	89
3.6 Análisis de los resultados	104
3.7 Conclusiones de la investigación de campo	110
CAPITULO IV	
SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL NIVEL DE CALIDAD DEL CURSO-TALLER PARA LA FORMACIÓN DEL ASISTENTE RURAL DE SALUD	113
Justificación	114
Objetivo	115
4.1 La vinculación de los contenidos del Curso con la situación actual de la comunidad	116
4.2 Herramientas Teórico Practicas que permiten al Asistente Rural la interacción con la comunidad	118
4.3 Evaluaciones periódicas que ayuden a la planeación de la capacitación y a la actualización de los contenidos	123
4.4 Conclusiones del capítulo	124
"Perfeccionando el curso Taller para la Formación del Asistente Rural de Salud	127
CONCLUSIONES GENERALES	136
BIBLIOGRAFÍA	140

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

CAPÍTULO I.

La intención de éste primer capítulo, es que aquellos que lean éste apartado conozcan lo que ha realizado el Programa IMSS-Solidaridad hasta el momento en materia de salud en nuestro país, debido a que éste programa dio origen a nuestro objeto de estudio.

La seguridad social fue una demanda de las sociedades modernas al derecho a la salud y bienestar, individual y colectivo. En 1943, desde la fundación, del Instituto Mexicano del Seguro Social hasta la institución del derecho a la salud de todos los mexicanos a rango constitucional, procurar la salud, ha sido un enorme reto, pero permanentemente superado, a través de programas y esquemas de desarrollo que se modifican para aplicar mejores procedimientos de atención, acordes con la realidad socioeconómica de vastos sectores de la población mexicana.

El primer punto a señalar en éste capítulo hace referencia a la Reunión Cumbre Alma-Ata, en la cuál se establecen los puntos del Modelo de Atención Primaria a la Salud, siendo éste el fundamento del Programa IMSS-Solidaridad. El punto central de dicho modelo es que para el año 2000 las clases marginadas en el ámbito mundial gocen de servicios médicos, es por ello la necesidad de poner énfasis en éste apartado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es necesario revisar la iniciativa tomada en México en respuesta a la reunión antes mencionada, dicho proyecto es puesto en manos del Instituto Mexicano del Seguro Social el cual se encargó de adoptar el modelo de Atención Primaria a la Salud a las características y problemáticas de nuestro país.

Del mismo modo se describe específicamente el trabajo realizado por el programa y la conformación del mismo a lo largo de su existencia, el cual ha sido una respuesta de salud a las zonas marginales rurales, habitadas por pequeños grupos en desventaja social y económica. Lleva atención oportuna y de calidad a áreas marginadas con un modelo de atención a la salud, otorga servicios, propone soluciones de mejoramiento social y cultural. Con la ayuda de personal que él mismo capacita.

Dentro de ese personal podemos encontrar autoridades municipales, comités de salud, promotoras rurales voluntarias, parteras rurales, médicos tradicionales y asistentes rurales de salud, éstos últimos son los que vamos a evaluar, por consiguiente es importante saber cuáles son las actividades que ellos desempeñan. Dicha información se amplía en el inciso dedicado al Asistente Rural de Salud.

Profundizando en el apartado anterior se designarán varios subtemas de este punto:

El primero de ellos hace mención a los orígenes del Curso-Taller para la Formación del Asistente Rural de Salud. Subsecuentemente se hablará de las características generales del curso. El penúltimo subtema enfatiza las partes por las cuales está conformado el curso y el subtema final trata la importancia de la evaluación en los programas de capacitación y fundamenta el valor del capítulo.

1.1 Orígenes de la Atención Primaria de Salud.

Existe una política de salud definida y aceptada por todos los países del mundo en la asamblea de la OMS, en 1977, denominada "Salud para todos en el año 2000".¹

En 1978, fue llevado a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada del 6 al 12 de septiembre en Alma Ata, capital de la República Socialista Soviética de Kazajstán (OMS, 1978.). Donde quedó establecido que para llevar dicha política era necesario una estrategia específica, distinta a las utilizadas entonces.²

A esa estrategia se le nombró Atención Primaria de Salud (APS), la que no se debe confundir con el Primer Nivel de Atención o con los Servicios Básicos de Salud, ya que el primero hace referencia a la organización de los recursos humanos, físicos y financieros en servicios básicos para la atención primaria que parten de la comunidad misma y son apoyados por otros niveles de mayor complejidad y los siguientes son los servicios que se otorgan a la población de una determinada comunidad, por citar algunos encontramos a la educación para la salud, servicios médicos preventivos, también se le conoce como protección específica, etc. Como se mencionó anteriormente no deben de ser confundidos con Atención Primaria porque ellos son parte de la misma.

"La atención primaria es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad." (OMS y UNICEF, 1978.)

¹ En 1977, la Asamblea especificó que el objetivo principal social de los gobiernos y la OMS en los decenios por venir habría de ser el logro por todos los ciudadanos del mundo para el año 2000 de un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. (OMS, 1991)

La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento a la salud, esos servicios comprenden:

- La promoción de una nutrición adecuada.
- Abastecimiento suficiente de agua potable.
- Saneamiento básico.
- Salud de la madre y el niño, incluida la planificación familiar.
- Inmunización contra enfermedades infecciosas
- Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas de la localidad.
- Educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes.
- Tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes.

Para que la atención primaria sea lo más rápida y accesible a toda la comunidad es esencial que todos los miembros de la misma contribuyan con su mejor esfuerzo a su desarrollo sanitario, para que esto se logre, la sociedad debe participar en la planificación, la organización y la administración de la atención primaria. Esa participación se puede conseguir principalmente por medio de la educación.³

Todo da a entender que, para alcanzar su máxima eficacia, la atención primaria de salud habrá de emplear medios que la comunidad acepte y comprenda y que él personal sanitario pueda aplicar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país. Ese personal sanitario de la comunidad, incluidas las personas que practican la medicina tradicional (curanderos, brujos y parteras),

² Desde 1974 se empezaron a notar las disparidades en salud y servicios sanitarios entre los países del mundo, ya que ninguno contaba con un programa de salud que fuese realmente eficiente. (Ibidem)

³ El sistema nacional de salud debe apoyar a la atención primaria mediante la formación adecuada de personal, debe atribuirse alta prioridad a la preparación del personal sanitario, suficientemente numeroso, debidamente adiestrado y apropiado para la atención primaria de salud. Ese personal debe estar organizado para trabajar en equipo, adaptado al modo de vida y a las condiciones económicas de la comunidad. (OMS y UNICEF, 1978.)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

dará el máximo rendimiento si reside en la misma comunidad a la que ha de atender y ha recibido una formación social y técnica adecuada a las necesidades de salud expresadas por esa comunidad.

Como la atención primaria forma parte del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social, sin el cuál estaría condenada al fracaso, se habrá de coordinar, con los demás sectores que contribuyan a la estrategia para el desarrollo total del país.

Características generales de los programas en la estrategia de Atención Primaria de Salud.

La atención primaria de salud debido a su gran amplitud y complejidad, está conformada en varios programas como los que a continuación se mencionan:

- a) Programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, edad avanzada, incapacitado.
- b) Programa para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.
- c) Programas para la prevención, protección y control de enfermedades.

A su vez éstos programas deben cumplir con ciertas funciones específicas, las cuáles son:

- Garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esencial. Esto implica en la realidad establecer prioridades, sobre la base de las necesidades y carencias de la comunidad; las tienen los grupos rurales marginados y dentro de ellos las familias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Con respecto al contenido de los programas, acentuarán las actividades de promoción y prevención, combinándolas en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.
- Entre las características figurarán la universalidad (toda la población debe tener acceso a los servicios), la equidad (igual oportunidad de acceso en todos los niveles) y la continuidad.
- Satisfacer a las necesidades prioritarias como son: Salud materno infantil, inmunizaciones, lucha contra las enfermedades transmitidas por contacto sexual, salud mental, enfermedades cardiovasculares y otras de tipo crónico, salud ocupacional, etc. La alimentación y la nutrición, el abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento básicos se consideran requisitos fundamentales para la protección de la salud, y se clasifican como actividades intersectoriales y de participación de la comunidad.⁴

Las cuatro tareas prioritarias del asistente sanitario para el año 2000 propuestas por el documento de Alma Ata en 1978 son:

- Programa ampliado de inmunizaciones: su propósito es reducir la mortalidad y algunas enfermedades por medio de las campañas de vacunación.
- Control de enfermedades endémicas: es el manejo de aquellos brotes de enfermedades que se dan de acuerdo a las características de la región.
- Cuidados nutricionales: se trata de vigilar el tipo de alimentación para prevenir la desnutrición y si ésta ya está presente corregirla con los tratamientos adecuados.

⁴ KROEGER, Axel Et.al. Atención Primaria de Salud, principios y métodos. Editorial Pax México 1^{ra} edic. 1987, pág. 11.

- Educación para la salud: su principal función es brindar información acerca de los cuidados de la salud.⁵

Con lo visto anteriormente nos podemos dar una idea de lo que es la Atención Primaria de Salud, de sus características y componentes, así como también de la importancia de éste tipo de estrategias. Para ello se requiere de una organización y una estructura que permita ser posible y factible el desarrollo de la estrategia de los planes y programas para la Atención Primaria de Salud, para llevarlo a cabo en el país, el poder ejecutivo designa al Instituto Mexicano del Seguro Social como el órgano coordinador surgiendo así el Programa IMSS-Solidaridad.

1.2 Antecedentes del Programa IMSS – SOLIDARIDAD.

Uno de los precedentes del Programa IMSS-SOLIDARIDAD es la Ley del Seguro Social⁶ la cual fue promulgada en 1943 y que dio sustento jurídico a la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social como organismo de servicio público, responsable de proteger a los obreros ante diversas contingencias de la vida (enfermedad, maternidad, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte), se determinó que se extenderían sus beneficios a trabajadores sin capacidad contributiva, en alusión a la inmensa mayoría de los campesinos e indígenas del país, marginados del desarrollo nacional.

Después de once años se incorpora a la seguridad social a los trabajadores asalariados e independientes de las zonas agrícolas del norte de la república. Para 1960 el seguro social amplía su cobertura a los trabajadores estacionales del

⁵ OPS/OMS. Salud para todos en el 2000-Estrategias. Documento oficial No. 173

⁶ Ahí se determina, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la seguridad social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

campo y a los miembros de las sociedades de crédito ejidal; En 1963 hace extensivos sus beneficios a los productores y cortadores de caña, y nueve años más tarde a los ejidatarios dedicados al cultivo del henequén.

El gobierno de la república promueve cambios sustanciales en la legislación del seguro social, la nueva Ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados.

El rasgo más trascendente de ésta Ley fue la clara intención de que el Seguro Social no se quedara en una mera instancia de justicia laboral sino que, en la medida de las posibilidades, tendiera a construir una "seguridad social integral".⁷

El Instituto Mexicano del Seguro Social construye y pone en operación 30 hospitales en áreas rurales e instala de manera coordinada con la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) en 310 graneros pertenecientes a esa dependencia, servicios de salud de primer nivel; Todos ellos ubicados en 25 estados de la república. De éste modo, se estructura una red de unidades médicas para proteger la salud de tres millones de indígenas y campesinos residentes en el ámbito rural a cambio de su participación en actividades de beneficio a la salud individual, familiar y colectiva. En ésta etapa, 40% del financiamiento de la operación queda a cargo del IMSS y el gobierno federal asume el compromiso de aportar el 60 % restante. Todo esto se logra entre 1974 y 1978.

En el siguiente año, el gobierno de la república confiere al Instituto Mexicano del Seguro Social la responsabilidad de proteger, con servicios de salud, a la población de las zonas marginadas rurales del país, mediante un convenio firmado con la Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la presidencia de la república (COPLAMAR), organismo instituido con él

⁷ Página web//www.imss.gob.mx/estoessimss/esbhistorico.htm

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

propósito de coordinar la labor de distintas dependencias federales y estatales en materia de salud, caminos, electrificación y apoyo a la economía campesina, e impulsar con ello la integración al desarrollo de México de los habitantes del medio marginado rural. El programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria adquiere el rango de nacional y comienza a ser identificado con el nombre IMSS – COPLAMAR.

Para 1981, el instituto construye y pone a funcionar, con recursos de la federación y la participación invaluable de la población rural, 30 hospitales de segundo nivel y 2715 unidades médicas de primer nivel, la mayor parte de ellas en comunidades pequeñas y de difícil acceso. En ese mismo año ya se contaba con una red regionalizada de servicios integrada por 60 hospitales y 3025 Unidades Médicas Rurales que cubría a más de diez millones de indígenas y campesinos.

En el referido convenio, suscrito con la federación, se estipuló que para retribuir el derecho de recibir los servicios, las familias beneficiadas de cada comunidad aportarían jornadas de trabajo que COPLAMAR encauzaría a la realización de obras comunitarias, con el apoyo financiero y técnico de las dependencias federales y estatales vinculadas al desarrollo rural.

Durante el periodo presidencial del C. Miguel de la Madrid ocurren sucesos que repercuten en el proceso de extender la seguridad social al campo. En febrero de 1983, el derecho a la salud de todos los mexicanos queda elevado a rango constitucional y el Estado comienza a realizar acciones para hacerlo efectivo. En abril de ese mismo año, el gobierno federal decreta la desaparición del organismo COPLAMAR y confiere al Instituto Mexicano del Seguro Social la total responsabilidad del programa, circunstancia que permite, con base en la experiencia institucional y en las recomendaciones emanadas de la Conferencia Internacional de Alma – Ata sobre atención primaria, transformar el modelo médico establecido desde los inicios de la solidaridad social en el Modelo de Atención Integral a la Salud actualmente vigente. En marzo de 1984 se crean por decreto, el

comité de operación y los consejos estatales del Programa IMSS – COPLAMAR con la finalidad de apoyar y evaluar la atención que el programa brinda a la población rural.

Lo anterior hizo necesario replantear la contraprestación para considerarla, en la práctica, como el compromiso de todo solidario habiente ante su comunidad, de participar, voluntariamente y de manera continua, sistemática y organizada, en la realización de obras y acciones que contribuyen a un mejor estado de salud individual, familiar y colectiva.

Entre 1985 y principios de 1988, se concreta la descentralización de los servicios de salud a población abierta decretada por el Ejecutivo Federal en 1984. En 14 estados de la República, el Seguro Social transfiere a los gobiernos estatales, en condiciones satisfactorias de operación, 23 Hospitales Rurales y 911 Unidades Médicas Rurales. Como resultado de este proceso, la operación del Programa quedó circunscrito a 17 estados de la república los cuales se mencionan a continuación: Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

En el periodo de 1989-1994, cambia el nombre del programa por el de IMSS-Solidaridad, por otra parte hubo un incremento notable en la infraestructura de servicios del Programa IMSS-SOLIDARIDAD, como resultado de la política social del gobierno de la República expresada en el compromiso de dar atención prioritaria en materia de salud, educación y vivienda a la población indígena y campesina más depauperada del país.

Los resultados demostraron que la formación y apoyo permanente de asistentes rurales de salud, residentes en comunidades aledañas a las unidades médicas rurales, es otra alternativa viable para acercar los servicios de salud del programa a poblados aislados y dispersos.

La capacitación al personal, centrada en el trabajo como eje de aprendizaje, tuvo como finalidad incrementar la capacidad de análisis para resolver problemas y proporcionar mejores bases para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, el trabajo en equipo y dialogo reflexivo con la comunidad. Los avances y logros fueron importantes y deberán consolidarse.

El Programa IMSS-Solidaridad actualmente continúa su operación al 100% en los diecisiete estados antes referidos y con la misma infraestructura. Solo ha incorporado para incremento de su cobertura, las estrategias de microregiones para atender localidades que no tenían servicios de salud señalados por el programa progresa.

En este punto sólo se ha narrado la evolución y estructuración del Programa IMSS-Solidaridad, a continuación se explicarán las modificaciones que realizó el Instituto Mexicano del Seguro Social, como es la creación de un nuevo modelo que permitiera brindar los servicios de salud al individuo tanto en los aspectos de fomento a la salud, detección y atención de los daños, la rehabilitación oportuna, así como la atención en la esfera biológica, psicológica y social del individuo.

1.3 Modelo de atención integral a la salud

Conforme el programa IMSS - SOLIDARIDAD extendía sus servicios se fue logrando un conocimiento más amplio de las condiciones socioeconómicas y de la situación de salud de la población marginada rural. Desde que comenzaron a funcionar las diferentes regiones del país las primeras unidades médicas se pudo apreciar, en su área de influencia, un basto mosaico cultural y étnico que debía ser entendido y respetado. El trato directo y continuo con los campesinos e indígenas permitió ir identificando sus ancestrales formas de organizarse para cooperar en asuntos de interés colectivo, así como las costumbres, las tradiciones y las prácticas comunitarias entorno a la salud.

El diagnóstico de las zonas marginadas rurales, efectuada por primera vez en 1981, demostró que en dichas áreas geográficas los principales riesgos y daños a la salud son producto de las precarias condiciones de vida de sus habitantes, de modo que para continuar modificándolos se requería transitar hacia un concepto más integral del proceso salud - enfermedad y visualizarlo como un fenómeno determinado por la interacción compleja del entorno social y ecológico con el modo de vida y herencia biológica de cada ser humano, sin dejar de considerar los distintos grupos sociales, según el momento histórico y su ideología, coinciden y enfrentan este proceso de diferente manera.

"El enfoque mencionado presuponía la obligación de cumplir con el mandato constitucional de otorgar a la población con oportunidad y eficiencia, servicio de salud accesible desde el punto de vista cultural y geográfico, y de respetar su derecho de participar en el cuidado de su salud en el momento y forma que ella decidiera, de acuerdo con sus valores culturales y las circunstancias de su realidad económica. Implicaba el compromiso de trabajar con la comunidad, con el concurso de personal de otras disciplinas además del de medicina y de enfermería, a fin de llevar a la práctica propuestas concretas acordes en la cultura local, basadas en una tecnología simplificada, que posibilitarán actuar sobre las principales causas de muerte. Por último, implicaba también el deber de articular, las acciones del Programa a las de otras dependencias públicas o privadas, corresponsales del desarrollo rural, que están en posibilidad de aportar asesoría técnica y recursos a la población y contribuir a ello a elevar su nivel de vida, requisito indispensable para un mejor estado de salud comunitaria".⁸

En 1983 existían las condiciones propicias para la transición mencionada. En ese año el Programa cubría ya las principales zonas marginadas rurales del país. La estructura administrativa del Instituto permitía mantener las Unidades Médicas Rurales y los Hospitales Rurales en condiciones adecuadas para la prestación de servicios. La población mostraba una actitud favorable hacia el Programa y se

⁸ Página web/www.ims.gob.mx/solidaridad/antecedentes.

TEXIS CON
FALLA DE ORIGEN

había iniciado un acercamiento respetuoso a su cultura, del que existía una experiencia concreta, obtenida de la interrelación de la medicina institucional con la tradicional. La contraprestación formaba parte de la vida comunitaria y era un medio valioso para orientar la participación de los campesinos e indígenas hacia el objetivo común de mejorar su estado de salud. Aunado a lo anterior la desaparición de Coplamar había creado las bases que confería al Instituto, la facultad de convocar a otras dependencias del sector público para trabajar en favor de la población marginada rural.

Ante las circunstancias favorables expuestas, en 1983 se decide llevar a la práctica el nuevo enfoque de trabajo y cumplir las obligaciones que presuponía, por lo que se elabora el Modelo de Atención Integral a la Salud que, como ya se mencionó es congruente a las recomendaciones de Alma - Ata y con la realidad socioeconómica del país.

Dicho modelo, adecuado a las necesidades de la población y a la cultura local encauza la prestación de servicios en las unidades médicas hacia el mejoramiento del estado de salud de la población con su participación organizada, voluntaria y continua, mediante un proceso de diálogo y reflexión que posibilita al personal del programa y a la comunidad trabajar juntos en la identificación de los riesgos y daños locales más frecuentes a la salud, la plantación y ejecución de actividades individuales y colectivas para anticiparse a ellos y en la evaluación periódica de resultados, a fin de impulsar o reorientar acciones.

Para propiciar el proceso de reflexión en la forma descrita, se consideró conveniente que el personal de las unidades médicas estableciera vínculos con las comunidades a su cuidado, interactuando con ellas en condiciones de igualdad y de respeto a sus creencias y valores culturales, con lo que se prevé lograr paulatinamente:

- Mantener el reconocimiento de la comunidad obtenido por el programa y sobre esta base, formar y consolidar una organización comunitaria para la salud, con la anuencia previa de la población.
- Intercambiar conocimientos con dicha organización comunitaria, que le permitiera reflexionar, sobre los problemas locales de salud y establecer compromisos para resolverlos.
- Irradiar, a partir de la organización comunitaria al resto de la población, el producto de la reflexión y los compromisos factibles de ser asumidos, para que cada familia, en la medida de sus posibilidades y por convicción, los adoptara como propios.⁹

La organización comunitaria para la salud que se decidió impulsar es aquella que ha estado operando en el ámbito del Programa IMSS-Solidaridad desde el inicio de este, conforme a la siguiente estructura:

La Asamblea: En cada comunidad, se constituye, con los habitantes que de acuerdo con los patrones culturales locales tienen la facultad de intervenir en reuniones comunales donde se toman decisiones y establecen compromisos colectivos. Es el foro más importante en el que se analizan los principales riesgos y daños a la salud en la localidad y se establecen compromisos para modificarlos.

El Comité de Salud: Es el órgano de gestoría local, es el vínculo entre los promotores sociales voluntarios rurales y el personal de la unidad médica. Está constituido por un presidente y vocales de saneamiento, de salud, nutrición y educación. La selección de sus miembros se efectúa cada dos años o con la periodicidad que la población determina y pueden ser reelegidos. Cada nuevo Comité que se integra participa con el equipo de salud en un proceso reflexivo de capacitación en el que, mediante el intercambio de conocimientos y experiencias,

⁹Página web//www.imss.gob.mx/solidaridad/estructura.

se identifica con sus funciones y adquiere las bases que los habilitan para desempeñarlas.

Los Promotores Sociales Voluntarios Rurales: Son miembros de la comunidad que han aceptado la responsabilidad de cuidar la salud de un grupo de familias, incluida la propia. Su selección la efectúa la comunidad y su tarea más importante es la de aplicar, en beneficio de su familia, los conocimientos sobre la salud que adquieren y difundirlos a las demás familias, a fin de que éstas asuman compromisos para mejorar su estado de salud.

Antes de iniciar su labor solidaria, los promotores participan en un proceso de capacitación similar al del Comité de Salud. En síntesis, el modelo descrito tiene los siguientes rasgos distintivos:

- Favorece el trabajo en equipo privilegiando el esfuerzo interdisciplinario, la integridad en las acciones, el empleo de tecnología apropiada, de eficacia comprobada y socialmente aceptable, el enfoque anticipatorio del daño y la vinculación con la medicina tradicional.
- Posibilita al equipo de salud orientar la prestación de servicios a las personas enfermas, así como a las sanas, en forma individual, familiar o colectiva, y vincular su labor en la unidad, con la que realiza en la comunidad, permiten a la comunidad articular sus recursos a los aportados por el Programa IMSS-Solidaridad y por Instituciones públicas, responsables del desarrollo rural, con base en un propósito común.

La implantación del modelo en 1983 significa planear y controlar acciones en más de 10,000 poblados pequeños, mal comunicados y con deficientes medios de transporte. Pese a la dimensión de la responsabilidad, la tarea fue factible, porque además el soporte administrativo y técnico del Instituto, el Programa contaba con

una estructura administrativa propia que requería ser habilitada y reforzada para que pudiera llevar a la práctica el modelo.

En ese mismo año se elaboraron nuevos documentos técnicos de trabajo, se comienza la actualización de otros y se cancelan los obsoletos. Simultáneamente se elabora y ejecuta un plan intensivo de capacitación "en cascada", iniciada primero en el nivel central y después a los grupos multidisciplinarios de salud, además, se reorienta la supervisión en los distintos niveles, con la finalidad de enfocarla hacia una asesoría en servicio que contemplara el campo de la capacitación.

En el período de 1983-1984 se estructura y simplifica el sistema de información para transformarla en un recurso que hiciera factible evaluar, en los distintos niveles de la estructura administrativa, los avances logrados en el mejoramiento de la salud de la población solidario habiente, y se establecen los procedimientos para obtener de la comunidad, previo acuerdo con ella, información no convencional de las acciones de salud realizadas en el seno de la familia y la colectividad.

Entre esos años se generaliza a todo el ámbito del Programa la experiencia de interrelacionar la medicina institucional con la tradicional, adquirida previamente en el estado de Chiapas; se aportan las bases para propiciar una relación armónica entre el personal de las unidades médicas y de los terapeutas tradicionales del universo de trabajo, y se favorece la participación de éstos en el esfuerzo por mejorar el estado de salud de su comunidad.

De modo paralelo a lo anterior, en el período antes referido se crea la Coordinación General, un área encargada de planear y controlar los aspectos técnicos relativos a la organización y participación comunitaria, y se incorpora a los grupos multidisciplinarios y zonales, personal con formación en el campo de las ciencias sociales o la salud comunitaria, a que se asigne la función de apoyar a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

los equipos de las unidades médicas en el proceso de lograr la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.¹⁰

Con el proceso de facilitar la aplicación del Modelo en las localidades del universo de trabajo carentes de un servicio permanente de salud, a partir de 1984 se comienza a capacitar a voluntarios de esas comunidades, elegidos en asamblea, en el diagnóstico de enfermedades frecuentes de baja complejidad, en la identificación y derivación de la unidad médica de los casos difíciles o complicados, en la formación y consolidación de la organización comunitaria para la salud, y en la promoción del mejoramiento de la vivienda, el saneamiento básico y la producción familiar de alimentos: surge así el asistente rural de salud.

Desde 1985 el Modelo entra en una fase de consolidación, lo que posibilita ir adecuando periódicamente a las necesidades de los equipos de salud de las unidades médicas y de la población solidario habiente, los documentos técnicos de apoyo, la capacitación de personal institucional y a los voluntarios de la comunidad, la supervisión - asesoría, el sistema de información y los lineamientos de evaluación y seguimiento, en especial los relativos a la auto evaluación anual de las delegaciones que desde 1981 se realizan en todo el ámbito del Programa, así como los concernientes a las reuniones zonales y delegacionales en las que con periodicidad mensual se analizan avances y limitantes y se adoptan las medidas correctivas procedentes.

En el proceso de consolidar el Modelo se otorga particular relevancia a la infraestructura de servicios, a efecto de mantenerla en condiciones óptimas de operación, con su plantilla de personal cubierta abastecida de medicamentos y materiales de curación y con una satisfactoria conservación de la planta física. Para contribuir a proporcionar una mejor atención, se acelera la instalación del sistema de radiocomunicación en las unidades médicas con objeto de enlazarlas

¹⁰ IMSS. El Programa IMSS-Solidaridad 1988-1994. Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social Genaro Borrego Estrada, 1ra edic. México 1994, Pág. 19-21.

entre sí y con los equipos zonales interdisciplinarios de supervisión; así mismo, se actualiza la regionalización de los servicios.

Todas las acciones de consolidación, se realizan utilizando procedimientos innovadores avances tecnológicos acorde al medio rural y socialmente aceptados para la población indígena y campesina a la que el Programa tiene el compromiso de servir.

En los años posteriores y hasta 1991 el programa realizó diversas investigaciones en las cuales encontró datos muy significativos como el hecho de que uno de los obstáculos que hace más difícil la atención a la salud de las poblaciones es la migración, esta se da por factores como son la pobreza extrema, la situación laboral dicho en otras palabras la falta de empleo, las condiciones de vida tan precarias que se distinguen por la falta de servicios de salud como son agua potable y drenaje, así como el hacinamiento en las viviendas y el analfabetismo, además del traslado de diversos virus de unas localidades a otras y la imposibilidad de completar tratamientos médicos.

En 1986, 34% de las localidades contaban con algún medio de comunicación como correo, teléfono y telégrafo. Para 1991 este porcentaje ascendió a 73 por ciento, en ese mismo año el setenta y dos por ciento ya contaba con energía eléctrica.

En lo que respecta a medios educativos se ha aumentado su presencia en las comunidades, por ejemplo el 70% de las localidades ya contaba con jardín de niños, el 97% corresponde a las primarias y las secundarias incrementaron un 6% de 23 a 29 %; de igual forma el instituto Nacional de Educación para Adultos alcanzó el 16.4%, esto fue logrado en 199

Toda esta información muestra algunas de las características del universo de trabajo donde opera el Programa IMSS-Solidaridad y, por consiguiente, las

complejas circunstancias que tiene que enfrentar para hacer realidad su modelo de atención a la salud.

El programa IMSS-Solidaridad proporciona atención a 43 grupos étnicos que representan un 76% del total nacional; sólo en Coahuila, Tamaulipas y Zacatecas no existen unidades médicas en zonas habitadas por indígenas. Por otra parte, es importante destacar la atención que brinda el Programa, por lo menos a seis grupos indígenas de origen guatemalteco en los campamentos para refugiados asentados en los estados de Campeche y Chiapas.

La diversidad surgida de este mosaico multiétnico y pluricultural plantea una gran heterogeneidad de creencias, hábitos y costumbres. Los pueblos indígenas en el país conservan y practican su cultura y formas de organización social; además cuentan con esquemas de cooperación que sustentan su propia solidaridad. Estos elementos llevan al establecimiento de una dicotomía, ya que por un lado constituyen un gran potencial para los objetivos del Programa IMSS-Solidaridad, y por otra su incompreensión conduce al choque cultural.¹¹

Al asumir la condición del país, el Licenciado Salinas de Gortari afirmó que el propósito medular de la Revolución Mexicana, que es el de alcanzar la justicia social, no se había logrado, y convocó a la sociedad en su conjunto a buscar la modernización de México sobre la base de tres acuerdos nacionales.

Uno, el Acuerdo Nacional para el Mejoramiento Productivo del Bienestar Popular, señala como una de sus prioridades la erradicación de la pobreza extrema. Para cumplir con este objetivo se creó el Programa Nacional de Solidaridad que tiene como propósitos fundamentales los siguientes:

¹¹ Diagnóstico de Salud en las zonas marginadas rurales de México 1986-1991, Publicación de la Coordinación del Programa IMSS-Solidaridad, México D.F 1992 Págs. 42, 43.

- Mejorar las condiciones de vida de los grupos campesinos, indígenas y de colonos populares.
- Promover el desarrollo regional equilibrado y crear las condiciones para el mejoramiento productivo de los niveles de vida de la población.
- Promover y fortalecer la participación y la gestión de las organizaciones sociales y de las autoridades locales.

Los rubros que reciben particular atención son, entre otros, alimentación, vivienda, educación, salud, agua potable y preservación de recursos naturales. En todo esto destaca que el diseño y ejecución de las acciones se lleva a cabo con la participación y corresponsabilidad de los grupos involucrados. Así mismo, se pretende la movilización de la sociedad civil en solidaridad con aquellos que menos tienen.

Hasta el momento sólo hemos hablado de lo que es la Atención Primaria de Salud, del Modelo de Atención Integral a la Salud y de los antecedentes del Programa IMSS-Solidaridad, y a que se dedica cada uno de ellos. Ahora toca el turno de mencionar a uno de los personajes principales del Programa, si no es que el más importante por todas las labores que éste desempeña, nos estamos refiriendo al *Asistente Rural de Salud*, el cual va hacer nuestro sujeto de investigación.

1.4 El Asistente Rural de Salud

Es un personaje que realiza sus actividades en una localidad de acción intensiva de la que es originario. Trabaja con gente de la comunidad a la cual él pertenece y así los miembros de la localidad se sienten en confianza ya que se conocen desde hace tiempo. La gran mayoría de los asistentes pertenecen al género femenino, el único requisito que se les demanda es que sepan leer y escribir y en algunos casos si se encuentran en etnias se les pide que hablen el castellano.

Recibe una capacitación formal de dos meses y un mes más de practicas en su propia comunidad, lo que le permite desarrollar, entre otras, las siguientes acciones:

- Otorgar tratamiento a enfermos con padecimiento de baja complejidad.
- Derivar a enfermos a la unidad médica que por su complejidad no puede resolver.
- Orientar a las familias en la realización de actividades de promoción de salud.
- Así como el saneamiento ambiental a través del uso de tecnología apropiada al medio rural.¹²

Los asistentes rurales de salud representan un valioso recurso para ampliar la cobertura hacia aquellas localidades que no tienen servicios instalados de salud.

Con el propósito de mantener una estrecha relación con el equipo de salud, reciben del Programa IMSS-Solidaridad una compensación económica de trescientos pesos mensuales, esta cantidad no es un pago por los servicios que ofrecen ya que esta perfectamente establecido y entendido que su labor es totalmente voluntaria, esta compensación la utilizan para gastos de traslado en las visitas que cada quince o treinta días realiza a la unidad médica para tres necesidades fundamentales; recibir capacitación continúa por parte del equipo de salud en aquellos aspectos que en el desempeño de sus funciones se les haya dificultado tanto en la atención a la salud, como en la asesoría a las familias sobre saneamiento ambiental.

¹² Guía para la Formación de Promotores Sociales Voluntarios. Documento publicado por El Programa IMSS-Solidaridad, México 1991 pp.117

Actividades del Asistente Rural de Salud

La función del Asistente Rural de Salud es ser recurso de salud en el que descansa la posibilidad de interesar y movilizar a la población en la búsqueda colectiva de soluciones para sus problemas de salud.

Lo anterior quiere decir que la formación del Asistente Rural de Salud tiene el propósito de contar con una persona comprometida e interesada en la salud de su comunidad que adquiera los conocimientos necesarios para desempeñarse como un recurso de salud capaz de:

- Coordinarse con el Comité de Salud y Solidaridad para el desarrollo de las acciones programadas.
- Coordinar, junto con el Comité de Salud y Solidaridad, la formación, capacitación y las actividades de los Promotores Sociales Voluntarios.
- Coordinarse con parteras rurales y médicos tradicionales para promover las actividades médico-preventivas y de desarrollo comunitario.
- Participar en la elaboración del diagnóstico de salud y el programa de trabajo de la comunidad.
- Brindar atención primaria a la salud, promoviendo acciones de promoción y recuperación de la misma, participando en campañas de vacunación y actividades de saneamiento del medio familiar y comunitario
- Realizar visitas domiciliarias con los promotores sociales voluntarios con objeto de proporcionar orientación para las acciones de saneamiento familiar comunitario, detectar enfermos, realizar seguimiento de casos y canalizar pacientes que lo ameritan a la unidad médica.

- Acudir a las reuniones con el equipo de salud de la Unidad Médica para recibir orientación y asesoría
- Participar en la coordinación de actividades con otras dependencias.

Para realizar éstas acciones el Asistente Rural de Salud fue sujeto de acciones de capacitación.

1.4.1 Orígenes del Curso-Taller para la Formación del Asistente Rural de Salud.

En los párrafos anteriores se hizo referencia al Asistente Rural de Salud y a las actividades que él desempeña, además se hizo mención de la capacitación que reciben los aspirantes a Asistentes Rurales de Salud dicha capacitación la imparte el Programa IMSS-Solidaridad. Este no sólo capacita personas para desempeñar el papel de asistente rural sino también realiza la formación de diferentes grupos voluntarios de la comunidad con el fin de promover entre la población la salud y su autocuidado.

De estos voluntarios, la formación de asistentes rurales de salud (A. R. S) ha cobrado relevancia por el desempeño que éstos logran en sus comunidades y por la experiencia sistemática con que se ha realizado esta actividad. Desde 1984, fecha en que dio inicio la capacitación de este agente comunitario a la actualidad, se han formado alrededor de 13,040 asistentes rurales de salud.

En un principio, la formación de asistentes rurales de salud se ha concebido con el enfoque de atención integral a la salud y ha centrado su tarea en la promoción para la organización y participación comunitaria en beneficio de la salud individual, familiar y colectiva, buscando una relación de igualdad, respeto y colaboración mutua entre la comunidad y la institución.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Debido a la evolución que ha ido transformando al país y a sus pobladores, se necesito revisar el Curso-Taller para la Formación del Asistente Rural de Salud y de acuerdo a los resultados obtenidos de la revisión, adecuarlo a las circunstancias actuales, con el fin de mejorar las estrategias que eran empleadas hasta ese año, esta modificación fue realizada en 1995.¹³

1.4.2 Características generales del curso.

En este punto se hablará de las características que conforman al Curso-taller el cuál brinda a los Asistentes Rurales de Salud las bases sólidas que fomenten su participación, colaboración y desarrollo de ideas. Logrando en ellos la superación de expectativas que tienen del curso y de esta manera puedan difundirlo fácilmente a su comunidad. A continuación se hará mención de las características que se mencionaron anteriormente.

- Esta basado en una metodología participativa.¹⁴
- Intercambiar experiencias y conocimientos individuales y colectivos.
- Producir aprendizajes individuales y grupales.
- Producir cambio de actitudes para el desarrollo positivo de las personas.
- Búsqueda conjunta de soluciones a las dificultades.
- Debe permitir una comunicación abierta y sincera.

¹³ Curso-Taller para la Formación del Asistente Rural de Salud. Documento de la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad, 2da. Edic. México 1995, pág.5

¹⁴ J.J. Ferrero. La pedagogía los problemas, los métodos, las enseñanzas. Ed. Mensajero, Bilbao, Pág. 20 La metodología activa implica necesariamente la coherencia entre la concepción que se tiene de la realidad concreta de la población y la utilización de los recursos necesarios para lograr desarrollar la labor educativa y formadora dentro de un contexto determinado que permita cumplir con los objetivos propuestos y que satisfaga las expectativas de los beneficiarios. Es la práctica educativa ligada al permanente quehacer de la población que exige una relación lógica entre los objetivos, contenidos, y las necesidades de sus miembros, que les permita obtener conocimientos para proponer alternativas desde sus propias posibilidades individuales y grupales. La metodología participativa, forma parte del propio recurso humano que facilita la puesta en común de las ideas, problemas y expectativas que tienen las personas y que al mismo tiempo les permite dar respuestas y proponer alternativas a sus inquietudes individuales y colectivas a partir de la discusión y del análisis de la realidad personal, familiar y comunal.

La metodología participativa se caracteriza por que se adapta a las condiciones y particularidades de la población y por que utiliza en forma adecuada los recursos disponibles

- Facilita el encuentro y la aceptación entre los participantes.
- Permite conocer las cualidades y limitaciones para poder mejorar.
- Promueve espacios de confraternidad y confianza entre los participantes.
- Motiva a asumir compromisos personales y colectivos.
- Favorece el desempeño y la práctica democrática en las actividades
- Tiene un carácter Teórico-Práctico: con esto se refiere a que en primera instancia se les explican los contenidos temáticos para que después se lleven a la práctica en la misma sesión.
- Su estrategia principal es la participación individual y colectiva: utilizan esta estrategia desde el curso de capacitación para que en el futuro su trabajo sea más interactivo con la comunidad.
- Está dividido en tres módulos los cuales comprenden temas y subtemas.
- Cada uno de ellos tiene objetivos generales, particulares, contenidos temáticos específicos, actividades pedagógicas, material bibliográfico y de apoyo así como formas de evaluación.
- Su evaluación es no escolarizada: se da al término de cada sesión principalmente se les aplican cuestionarios o prácticas de campo, las cuales no adquieren un valor numérico sino se enfocan en las capacidades de los Asistentes Rurales de Salud.

1.4.3 Partes que conforman el curso.

El curso-taller cuenta con aspectos teóricos y prácticos que se espera permitan a los asistentes rurales, por un lado promover y conservar la salud y por otro prevenir y resolver problemas concretos en sus comunidades.

Para lograrlo, en el aspecto de promoción y participación comunitaria para la salud, el referente principal es el individuo, la familia y la comunidad sana, condiciones básicas que facilitan la instrumentación. Es importante señalar en este aspecto que el curso toma como punto de partida a la salud, vista como un proceso social en cada una de las localidades que tienen sus propias formas de concebir y hacer salud; que requiere de condiciones mínimas de este orden para lograrla.

El curso-taller se ha organizado en tres grandes módulos, el primero está referido a la definición y caracterización del Programa IMSS-Solidaridad y al modelo de desarrollo integral de la salud, el Módulo II hace referencia a la atención integral de salud, que a su vez se subdivide en cinco temas. En el tercero y último módulo se aborda la problemática de la pérdida de la salud vista como un proceso. A continuación se explicará de manera general en que radica el primer módulo del curso.

MODULO I: PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

Este primer modulo expone en que consiste el programa IMSS-SOLIDARIDAD y al Modelo de Atención Integral a la Salud. El objetivo primordial del Programa es mejorar la salud de los habitantes del medio rural, mediante los servicios que se proporcionan en las unidades médicas rurales y los hospitales rurales de solidaridad, con la participación de la comunidad en actividades de autocuidado de la salud. Para lograrlo el Programa comprende y practica el cuidado de la salud en forma diferente.

La diferencia es que el Programa tiene un carácter anticipatorio (enfoque de riesgo), pretende prevenir las enfermedades antes de que se presente el daño en las personas, además está enfocado no sólo a atender al individuo sino a su familia y la comunidad en general, considerando que no es únicamente responsabilidad del equipo de salud, sino de todos (individual, familiar y comunitario). Por lo que propone que sean los propios interesados los que participen en la planificación, aplicación y toma de decisiones acerca de su propia salud y atención de la misma.

El Modelo de Atención Integral a la Salud propone que sean los propios interesados los que participen en la planificación y toma de decisiones acerca de su propia salud; así mismo implica para los trabajadores de la salud nuevas funciones y perspectivas, ya que no solo deberán interesarse en el control y prevención de enfermedades sino también deben estar interesados en el fomento y promoción de la salud así como en el desarrollo de los individuos y el desarrollo en general.

Por otro lado deberán actuar como mediadores de las actividades de los individuos, familiares y comunidades creando conjuntamente proyectos y programas económicos y de cultura, teniendo como principal preocupación encontrar la manera de ayudar a los individuos y comunidades a llegar a ser autocorresponsables en asuntos de salud lo cual no significa de ninguna manera pasarles su responsabilidad a otros, sino que comunidad y trabajadores de salud trabajen juntos, esperando que esta unión de esfuerzos se traduzcan en acciones que surjan de su propia organización (autoridades organizaciones locales, profesores, grupos voluntarios, terapeutas tradicionales, etc.) * enseguida se mencionan los puntos que componen los módulos II y III, éstos son descritos brevemente para su mejor comprensión.

* Para más información remitirse al apartado "Modelo de Atención Integral a la Salud", de esta tesis.

MÓDULO II: ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD

Debido a la amplitud de este módulo solo se mencionarán los puntos que lo integran, para no desviar la atención del lector.

I. Valoración integral a la salud.

Salud individual

- Caracterización del individuo sano en las diferentes etapas de la vida y las condiciones que favorecen su salud; niñez, adolescencia, edad adulta (hombre, mujer) y vejez.

Salud comunitaria

- Caracterización de las comunidades rurales e indígenas.
- Estructura y organización de la comunidad.
- Valoración integral del estado de salud comunitaria.

Participación de la Comunidad.

- Atención médica funcional (servicios en uso).
- Saneamiento básico: vivienda, potabilización del agua, letrinización, etc.
- Conservación y mejoramiento del medio ambiente.
- Servicios públicos: escuela, transporte, energía eléctrica, seguridad, etc.
- Detección y control prenatal, planificación familiar.
- Inmunizaciones.

Tema II Valoración para la conservación de la salud.

Salud individual

Valoración integral del estado de salud individual.

- Estado general de salud: apariencia de la persona (estado físico y emocional que denota), talla, peso, temperatura, respiración, pulso, presión arterial, ojos, oídos, garganta, nariz, piel, abdomen, músculos, nervios, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Alimentación cotidiana.
- Hábitos personales, (baño, lavado de manos, de dientes, etc.)
- Ocupación, recuperación, recreación y ejercicio.
- Inmunizaciones: niños pequeños, embarazadas, personas que laboran con herramientas punzo cortantes, etc.

Tema III Medidas alternativas para la conservación de la salud individual, familiar y colectiva.

Subtemas:

1. Participación de la comunidad.

- Uso adecuado de los servicios existentes en la localidad y región (de la UMR, del CEN del hospital del albergue, de otras instancias).
- Identificación de líderes naturales tradicionales, parteras rurales y médicos tradicionales. Promoción de técnicas y recursos tradicionales para la atención en la salud.
- Vinculación del equipo de salud con los grupos formales e informales.
- Organización y capacitación de grupos voluntarios y grupos específicos (escolares, adolescentes, embarazadas y madres lactando, AA, tuberculosos, diabéticos, desnutridos, etc.).
- Promoción de servicios educativos para adultos: alfabetización y educación básica.

2. Comunicación con la comunidad sobre su situación de salud.

- Necesidades de la comunicación
- La comunicación como un recurso educativo de la comunidad.
- Niveles de comunicación: individual, grupal, colectivo, masivo
- Técnicas y medios para la comunicación de la salud.

3. Nutrición y salud

- Características de la dieta normal
- Uso de los recursos de la región para lograr una dieta adecuada:
 - Recursos institucionales y no institucionales.
 - Medidas para lograr la nutrición, huertos familiares y su mejoramiento con la tecnología apropiada, granjas de especies menores, conservación y almacenamiento apropiado de los alimentos, etc.
 - Detección y atención particular de menores, mujeres embarazadas y lactando.

4. Manejo del agua para el consumo humano

- Métodos de potabilización del agua; ebullición, cloración.
- Técnicas y procedimientos para la limpieza y conservación de fuentes colectivas de abastecimiento de agua.

5. Higiene y saneamiento básico

- a) Personal: Baño, lavado de manos, dientes, corte de uñas, lavado de cosas personales (ropa, toallas, cobijas, utensilios para comer, etc.), para la preparación de los alimentos, etc.
- b) De la vivienda y su mejoramiento: Barrido, recolección y almacenamiento de la basura, incineración, confinación y enterramiento de la misma; construcción y aseo de letrinas y sanitario ecológico; drenaje rústico, construcción para corrales de animales, de fogones y camas en alto, separación de cuartos; apertura de ventanas, enjarres y encajamiento de paredes, mejoramiento de pisos, construcción de anexos rurales o bodegas, etc.
- c) Colectiva: Basurero comunal, quema y depósito lejos de las viviendas y agua, limpieza y cerco de pozos y ríos que proporcionan agua para tomar; construcción de excusados o letrinas lejos de las viviendas, pozos y ríos.

5. Educación ambiental:

- Valoración de la flora útil (silvestre y cultivada) para uso nutricional, curativo y de ornato.
- Reforestación y conservación de bosques, impidiendo la tala irracional de éstos, técnicas que favorecen el ahorro de la leña

- **Caracterización de la fauna:**
 - Positiva: Protección de fauna que conserva el equilibrio ecológico favoreciendo la producción y nutrición.
 - Nociva y transmisora: Moscas, mosquitos, roedores, cucarachas, arañas, alacranes, chinches, piojos, pulgas, ácaros, niguas, garrapatas, arácnidos, ratas, ratones y reptiles.
 - Combate y control de la fauna nociva y transmisora mediante métodos biológicos (preservación de algunas especies inofensivas que equilibran la cadena ecológica) y físicos (trampas, desecamiento de charcas, instalación de mosquiteros, descacharrización) métodos químicos (insecticidas, recomendaciones de uso).

7. Prevención de accidentes y primeros auxilios.

- En el hogar, en la escuela, en el trabajo, en la vía pública.
- Atención de: heridas, fracturas, quemaduras, picaduras, mordeduras, intoxicaciones, irritación de la piel con diferentes sustancias, asfixia, choque, fiebre, ahogamiento por agua, insolación, hemorragias y deshidratación.

Tema IV: Salud Reproductiva

Subtema: Maternidad voluntaria y planificación familiar.

- Derecho de la mujer a decidir si desea o no tener hijos, cuántos y cuándo.
- Decisión conjunta de la pareja para la planificación familiar.
- Planificación familiar: fecundación, métodos anticonceptivos (ventajas y limitantes de cada método)

Subtema Embarazo y maternidad:

- Señas de embarazo y condiciones de salud de la madre.
- La planificación familiar en la prevención de riesgos y daños de la salud materna.
- Consejos para la buena salud durante el embarazo: control de peso, vacuna antitetanos, nutrición, descanso, etc.

- Manejo de la "Cartilla de salud durante el embarazo" y derivación de embarazadas a la UMR.
- Crecimiento y desarrollo normal del feto y cuidados de la madre

Subtema: Parto

Medidas higiénicas para la atención del parto

- Instrumentos básicos para la atención del parto
- Señas que indican que el parto va a ocurrir
- Etapas del parto: dolores, salida del niño, salida de la placenta
- Cuidados inmediatos del recién nacido: corte y cuidados del cordón umbilical, limpieza del niño, cuidados de los ojos, conservación de la temperatura, lactancia materna inmediata.
- Costumbres y tradiciones de la localidad para la atención del parto

Subtema: Problemas durante el embarazo, parto y puerperio

- Problemas durante el embarazo: vómitos, agruras, hinchazón de los pies, dolor de cintura, anemia y mala alimentación, venas varicosas, etc.
- Problemas mayores durante el embarazo, sangrado, hipertensión, anemia avanzada, intoxicación del embarazo, etc.
- Causas o factores de riesgo de cada problema. Sintomatología de cada problema.
- Medidas preventivas y terapéuticas de cada caso.
- Criterios de referencia y contrarreferencia.
- Atención del parto de alto riesgo.

Tema V: Cuidados y control del niño sano

Las inmunizaciones y su importancia para la salud de la población

- Padecimientos prevenibles por vacunación; Tuberculosis, poliomielitis, tétanos, tos ferina, difteria, sarampión.
- Tipos de biológicos.
- Manejo de la red fría.

- Esquema de vacunación.
- Técnicas de vacunación.
- Indicaciones y contraindicaciones.
- Alimentación del niño: lactancia al seno materno, ablactación y alimentación durante el primer año de vida.
- Control de su crecimiento; valoración integral de su salud: estimulación temprana, higiene, afecto oportunidades educativas, juegos y socialización.

MÓDULO III: RIESGOS Y DAÑOS MÁS FRECUENTES Y MEDIDAS PARA RESTABLECER LA SALUD.

Tema I: Pérdida de la salud

- Principales riesgos y daños en la comunidad derivados de las malas condiciones de la vivienda, de la alimentación, del deterioro ambiental, del mal saneamiento, de las condiciones del trabajo y de la violencia.
- Riesgos y daños más frecuentes.

Subtema: Cólera, Diarrea y deshidratación

- Causas o factores de riesgo
- Medidas preventivas, saneamiento básico, mejoramiento de la vivienda, detección y atención oportuna.
- Sintomatología.
- Medidas terapéuticas.
- Criterios de derivación.

Subtema: Problemas de las vías respiratorias

- Causas o factores de riesgo de cada problema: Falta de vivienda adecuada, de ropa, de alimentación, etc.
- Medidas preventivas: saneamiento básico, mejoramiento de la vivienda, detección y atención oportuna, etc.
- Sintomatología de: tos, catarro, amigdalitis, rinofaringitis, neumonía, bronconeumonía, tuberculosis pulmonar, etc.
- Medidas terapéuticas.

- Criterios de derivación.

Subtema: Problemas de la piel

- Causas y factores de riesgo de cada problema.
- Medidas preventivas: saneamiento básico, mejoramiento de la vivienda, control de fauna nociva etc.
- Sistemología de: infecciones y parasitosis (granos, llagas con pus, herpes, hongos, sarna o escabiosis, impétigo, abscesos, alergias, pelagra, piojos, garrapatas, niguas, chinches etc.)
- Criterios de derivación.

Subtema: Problemas de los ojos

- Causas o factores de riesgo de cada problema: heridas, espinas, basuras, úlceras, dolor muy fuerte, conjuntivitis, hemorragias, conjuntivitis neonatal, ojos bizcos, etc.
- Medidas preventivas de higiene: higiene personal y de la vivienda, control de fauna etc.
- Medidas terapéuticas.
- Criterios de derivación.

Subtema: Problemas de la boca

- Causas o factores de riesgo de cada problema: postemillas, caries, dolor de muela, piorrea, mal de encías, boquillas, manchas o puntos blancos en la boca, llagas de fiebre, etc.
- Medidas preventivas: higiene personal, mejorar la alimentación y evitar alimentos muy dulces, revisión médica.
- Medidas terapéuticas.
- Criterios de derivación.

Tema II Detección y control de problemas de salud que necesitan de ayuda médica urgente

Subtema: Búsqueda intencionada de enfermos en la comunidad

- Casos que ameritan de ayuda médica urgente: diabéticos, hipertensos, tuberculosos, palúdicos, dengue, alcohólicos, cancerosos, etc.
- Criterios para la referencia y contrarreferencia.
- Interrelación del ARS con CSS; PSVR, terapeutas tradicionales y parteras para la búsqueda intencionada de casos y su derivación.
- Registro de casos y actividades atendidas por el Asistente Rural de Salud.

Forma de evaluación utilizada en la impartición del curso.

Después de haber descrito como está constituido cada modulo* del curso en cuestión, nuestro siguiente paso es dar a conocer los instrumentos de evaluación que fueron utilizados durante la capacitación. Esta evaluación consiste principalmente en:

- Participación individual.
- Participación en equipo.
- Resolución de cuestionarios.
- Resolución de problemas ficticios que de alguna manera reflejen la realidad.
- Elaboración de material didáctico.
- Practicas de campo.

Como se ha podido observar toda capacitación lleva implícita una evaluación, y para que ésta sea efectiva debe estar planeada con los objetivos del curso. Para ello es importante delimitar el tipo de evaluación que se pretende emplear, para

* El contenido de los módulos y la forma de evaluación anteriormente descrita fue extractada del documento Curso-Taller para la formación del Asistente Rural de Salud.

poder resolver las posibles fallas que se puedan encontrar dentro de un programa de capacitación.

1.5 El rol de la evaluación en la capacitación.

Por lo tanto, el siguiente paso en este proyecto de investigación será realizar la evaluación pertinente de acuerdo a los objetivos que se plantean en el curso para conocer el impacto causado en los Asistentes Rurales de Salud, y fundamentar de esta manera, la relevancia que tiene utilizar los instrumentos adecuados en la evaluación y la importancia que tiene la evaluación en la capacitación para así poder replantear los programas.

Es por ello que en este primer capítulo se le da relevancia a las bases del Programa IMSS-Solidaridad, a la Atención Primaria de Salud y al Modelo de Atención Integral a la Salud, porque son el marco de referencia de donde surge nuestro objeto de investigación que es el Asistente Rural de Salud.

El partir de éstas bases nos ayuda a tener una visión más amplia ya que nos va a permitir conocer las funciones y actividades que desempeña el Asistente Rural de Salud dentro de su comunidad y la importancia de la capacitación que se les otorga a éstas personas y de esa manera poder ubicarnos en su contexto, para realizar una evaluación objetiva y certera en la cuál se observen los resultados de éste curso su efectividad y eficacia.

Otro de los aspectos que cabe destacar en este capítulo son las referencias que hemos tomado en cuenta con respecto a la opinión que algunos autores tienen con relación al tema, un ejemplo claro es el de William B. Wrtner y Jr. Heith Davis en su libro, Administración de personal y recursos humanos, mencionan que "La evaluación de programas de capacitación de jóvenes pertenecientes a los

sectores más pobres de nuestros países presenta retos aún no resueltos." ¹⁵ Al igual que el origen de la mayoría de los programas de capacitación, se realizan evaluaciones más desde la reacción a situaciones concretas que desde la ejecución de verdaderos sistemas que la incluyan desde la planeación.

¿Qué y cuándo se evalúa y quién debe hacerlo? Estas son preguntas propias de todos los procesos de evaluación, pero cuando se trata de los programas de capacitación para sectores marginados aparecen las primeras reacciones en contra de inversiones que son muy costosas y con muy pocos resultados. Es aquí donde los indicadores se multiplican, se hace más difícil verificar su cumplimiento y el impacto parece diluirse. Es clave entonces formularse las interrogantes adecuadas teniendo en cuenta los contextos de desarrollo de los programas.

"La evaluación de los procesos de capacitación de jóvenes, más que un instrumento para controlar y reflexionar acerca de los procesos y resultados, debe legitimar frente a aportantes y a la sociedad en general, que lo logrado con los resultados finales es capaz por sí solo de justificar políticas públicas en la materia y dejar atrás la forma tradicional de combatir con programas transitorios."¹⁶

Es por ello que en nuestro siguiente capítulo está dedicado al tema de Evaluación, en él abordaremos desde el surgimiento del Concepto Evaluación, así también estudiaremos los diferentes puntos de vista que tienen diversos autores de la Evaluación, por otra parte analizaremos los diferentes tipos de evaluación que existen y por último se revisarán las normas que existen en la evaluación para sustentar legalmente y validar nuestra investigación.

La trascendencia del siguiente apartado es dejar en claro al lector las transformaciones que ha sufrido a través de la historia mencionado concepto y los

¹⁵ Texto resumido de ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL Y RECURSOS HUMANOS - William B. Wither, Jr. y Heith Davis - Ed. Mc. Graw Hill

¹⁶ Ibid., Pág. 15.

usos del mismo, para sustentar nuestra investigación en algunas de esas teorías y elegir la más adecuada para nuestro proyecto.

Para lograr los objetivos que nos hemos planteado al inicio del proyecto es importante que se tome en cuenta todo el proceso que implica el llevar a cabo una evaluación de forma verificable y correcta, que nos ayude a poder observar los errores que se comenten en cuánto se da una capacitación, es por eso que el tocar este tema nos va a permitir fundamentar lo anteriormente mencionado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA EVALUACIÓN

CAPITULO II

En el último punto del capítulo anterior llamado *El rol de la Evaluación en la Capacitación* se hizo referencia al concepto evaluación, así como la importancia que tiene el llevar a cabo un proceso para evaluar un programa, un curso, proyecto, etc. , la intención de este capítulo es la de hacer que él lector comprenda detalladamente el concepto de evaluación, y que ello le permita llegar a construir una definición que se acerque a las necesidades que surgen de lo que se va a evaluar, ya que el objetivo principal de esta investigación es llevar a cabo la evaluación del Curso-Taller para la Formación del Asistente Rural de Salud y por medio de ella determinar la trascendencia que ha tenido el curso en la práctica de las actividades del Asistente Rural de Salud y como la ha llevado a cabo en su comunidad.

Pero para poder evaluar algún proyecto, programa, curso, etc., se necesita revisar de donde surge la necesidad de crear el concepto evaluación, así como los diferentes puntos de vista que se han tenido al respecto, y sobre estar bien informado acerca de los distintos conceptos que se le han dado a la palabra evaluación, ya que es necesario conocer los distintos puntos de vista que se le ha tenido este concepto a través de la historia, y de esta manera poder ubicarnos en nuestro tiempo y decidir cuál es el tipo de evaluación más recomendable a nuestra investigación. Por último se llegará a una conclusión, en esta parte determinamos tres conceptos de evaluación que creemos necesarios incluir para darle sustento a nuestro proyecto.

2.1 Panorama Histórico del Concepto Evaluación.

El interés por el estudio y medida de las diferencias individuales así como la necesidad de evaluar a los sujetos en determinadas situaciones, aparecen claramente en la antigüedad. La mayor parte de las sociedades civilizadas desde tiempos antiguos, han incluido procedimientos más o menos formales, de evaluación en sus matrices culturales.

“Algunos de los autores de mayor importancia en el estudio de la evaluación psicológica parecen estar de acuerdo en referirse a la astrología y a la fisognomía como los antecedentes más lejanos de la misma (Mc Reynoldes, 1975, 1986) resaltan el papel de la astrología y la fisiognomía en los tiempos antiguos, y especifica que su contribución a la evaluación es importante por:

1. Iniciar la idea de la evaluación, como posibilidad de describir con precisión las características psicológicas individuales.
2. Anunciar el concepto de las diferencias individuales.
3. Estimular el desarrollo primitivo de una taxonomía de variables psicológicas.
4. Practicaban la astrología y la fisognomía, dado el complejo y esotérico cuerpo de conocimientos que manejaban.

Fernández Ballesteros (1980) sitúa a la astrología como fuente mítica del psicodiagnóstico, enfatizando que el horóscopo es la primera técnica utilizada. Destaca que se dirige a predecir la conducta y lo considera como la forma evaluativa más antigua y permanente de todos los tiempos.

Desde sus orígenes, el concepto de evaluación ha tenido diferentes significados, en virtud de que no pertenece a una disciplina en particular,

aquellas que la retoman la utilizan de acuerdo a sus propios intereses y necesidades, ejemplo de ello es " la valorización que realiza un médico a su paciente, la apreciación que hace un psicólogo sobre las habilidades y aptitudes de un sujeto a partir de los test; los mecanismos de regularización y control en la cibernética; el feed-back en la ingeniería de sistemas, etc."¹⁷

Dentro del ámbito educativo, históricamente la evaluación tiene sus antecedentes en el examen, instrumento que se empleó por vez primera en la China Imperial (SIGLO III a.C), como un tramite que se tenía que cumplir para obtener un puesto en la burocracia. Posteriormente durante el período de la Edad Media se empezó a emplear en Europa, dentro del ámbito educativo y sus "primeras propuestas didácticas fueron ante todo para promover el aprendizaje del alumno, sin estar vinculada a la acreditación escolar"¹⁸. De hecho Juan Amos Comenio en su Didáctica Magna, presentaba al examen como un elemento estrechamente ligado al método, cuya función era la de ayudar al alumno a aprender, de ahí que no se le utilizara para otorgar calificaciones ni acreditaciones.

Sin embargo con el tiempo, su intencionalidad fue modificada. En un principio una de sus funciones era determinar si un individuo tenía la capacidad para ser promovido a otro nivel o curso, posteriormente adquirió otras funciones el "permitir el ingreso de un individuo a un sistema en particular (caso del examen de admisión) o legitimar el saber de un individuo a través de acreditarlo u otorgarle un título profesional"¹⁹

¹⁷ ALBA, Alicia de et.al. "Evaluación: Análisis de una noción". En : UPN comps. Antología evaluación de la Práctica docente. México. Pág. 95.
¹⁸ HERNÁNDEZ B, Ma. Eugenia. "La evaluación Educativa, algunos ejes de análisis" en Planación y evaluación Educativa. Vol.5 México. ENEP-ARAGON-UNAM. Pág.15.

Con el surgimiento del test básicamente psicométrico, a finales del siglo XIX y principios del XX, se vislumbra otra forma de evaluar más científica y objetiva²⁰, en otras palabras más exacta, a fin de dar respuesta a las nuevas necesidades que enfrentaban las sociedades en proceso de cambio generados por la industrialización. "La problemática del control es inherente a la evolución del mismo examen. Sin embargo, el siglo XX crea condiciones para establecer mecanismos científicos que garanticen dicho control. De hecho, en nuestro siglo, la pedagogía dejará de referirse al término examen, lo reemplazará por test (que aparentemente es más científico), y posteriormente por evaluación (que tiene una supuesta connotación académica)."²¹

En los comienzos del siglo XX hubo un gran desarrollo de las técnicas de evaluación centrado en los entonces denominados << test mentales>>²². De hecho el éxito obtenido por Binet y Simon para evaluar la inteligencia de los niños en edad escolar sirvió para catalizar y centrar los esfuerzos evaluativos de aquellos años en el test de inteligencia siguiendo una línea psicométrica y diferencialista.

¹⁹ DÍAZ BARRIGA, Ángel. *El Examen: Textos para su Historia y Debate*. México, CESU-UNAM, 1993, Pág. 15

²⁰ Este tipo de evaluación surge debido al contexto positivista que vivía en ese entonces, la premisa de la doctrina positivista era: La realidad empírica se convierte en lo verdadero y en el único objeto del conocimiento; lo cual supone una renuncia a cualquier planteo o propuesta valorativa. Se trata de explicar, con la aplicación del método científico, la totalidad de los fenómenos, sean de orden natural o espiritual. Aquello que no pueda someterse a las premisas y condiciones de esta concepción de la ciencia carece absolutamente de valor. Todo lo que se encuentre más allá de lo regido por la relación causa-efecto pertenece a la fantasía. Como se ve el positivismo es, sobre todo, una actitud frente al problema del conocimiento y la expresión más clara del espíritu cientificista del siglo XIX.

²¹ DÍAZ BARRIGA, Ángel. Op. Cit. Pág. 17

²² En palabras de Pichot Test mental es "Una situación experimental estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento. Tal comportamiento se evalúa por una comparación estadística, respecto a otros individuos colocados en la misma situación. lo que permite clasificar al sujeto examinado, ya sea cuantitativamente, ya sea tipológicamente" (Pierre Pichot, Los test mentales, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1960).

El trabajo de Alfred Binet (1857-1911) en Francia supuso un avance cualitativo importante al plantear un nuevo enfoque de la evaluación de la inteligencia. Binet propuso la evaluación de la ejecución del sujeto en una variedad de procesos mentales superiores. En su preocupación y estudio acerca de la atención educativa diferencial a niños deficientes, Binet y Simon dieron lugar al primer test de inteligencia que introdujo el concepto de edad mental, al considerar que la inteligencia se incrementaba con el desarrollo.

Si bien, en un principio los test, se utilizaron como instrumento de selección de personal dentro del ejército, con el apoyo y los avances de la psicología su empleo se diversificó y empezó a aparecer en varios sectores como son: La escuela, el ámbito gubernamental, el laboral, el penal, las clínicas psicológicas, etc., comenzando a inculcar la idea de los test como instrumentos de control.

La introducción de éstos, al ámbito educativo, sé dió a partir de la preocupación por aquellos niños que mostraban debilidad mental²³ y problemas de aprendizaje²⁴ en general, a fin de medir el grado de la problemática presentado por el individuo, la cual se realizaba a partir de la comparación de las habilidades y actitudes de un individuo con otro.

²³ Es un estado de insuficiencia intelectual que puede ser congénito o debido a una alteración cerebral precoz. Es difícil establecer con absoluta claridad los límites entre debilidad mental y normalidad. A este respecto suele emplearse con criterio estadístico que se basa fundamentalmente en elementos sociológicos y psicométricos: quien posee un cociente intelectual por debajo de 70 se le considera débil mental.

²⁴ Es un término que ha evolucionado en su definición dentro del campo de la educación, así como también ha cambiado siendo su denominación: discapacidades del aprendizaje. Se considera que un niño presenta discapacidades de aprendizaje cuando: Los niños a pesar de poseer un nivel intelectual promedio (medido por pruebas psicológicas) no se desempeñan de forma adecuada siendo su nivel de rendimiento escolar inferior al esperado según su edad. Por lo que el niño en la etapa preescolar y escolar presenta dificultades para adquirir la lecto-escritura, la comprensión de cantidades, números y operaciones aritméticas. Asimismo presenta dificultades para escuchar, articular, pronunciar, letras, sílabas y palabras. Se considera que su origen es por alguna disfunción del sistema nervioso central. Pudiendo presentarse también otros factores tales como problemas emocionales, retraso mental, deficientes oportunidades educativas, entre otras.

Los primeros estudios realizados respecto al tema, fueron hechos por Binet, los cuales se propagaron por toda Europa, así como en los EE.UU., dándole distintos usos: Elección de personal, mediciones psicológicas, etc., en EE.UU., Thorndike se encargó de difundirlo y desarrollarlo en el ámbito escolar a través de los test escolares estandarizados.

Esto propició el surgimiento de un sin número de test para evaluar todas aquellas cualidades y características del ser humano factibles de ser medidas, así surgieron los test de Inteligencia, aprovechamiento, lenguaje, ortografía, entre otros.

Sin embargo, el abuso de su aplicación provocó una serie de actos y juicios injustos para algunos individuos, trayendo como consecuencia una serie de críticas* hacia los test, lo cual dió pie a la búsqueda de otras alternativas de evaluación que tomarán en cuenta al sujeto en su totalidad, en su primer intento fueron los test cualitativos, donde ya no se remitan a las escalas de calificación.

La incorporación de los test al ámbito de la educación tiene como finalidad desplazar la práctica del examen por otra de corte más "científico" llamadas evaluación; A fin de lograr una "medición" más objetiva de las conductas aprendidas por los individuos la "creencia en los test, tal como lo postula Thorndike, permite expresar que a partir de ellos se puede ubicar al individuo en el lugar que le corresponde; Esta concepción está íntimamente articulada con el problema del control".²⁵ Además el abuso de éstos, provocó una serie de decisiones equivocadas para el individuo evaluado, el cuál se vio etiquetado injustamente.

²⁵ DE ALBA, Alicia. Et.al. "Evaluación Análisis de una Noción" en antología de Evaluación en la Práctica Docente, UPN México, 1993, Pág.17

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hasta la primera guerra mundial, de acuerdo con Silva, F. (1985), en su publicación, *Psicodiagnóstico: Teoría y Aplicación*, se pueden apreciar dos caminos distintos en el desarrollo del diagnóstico o evaluación psicológica:

- La construcción y perfeccionamiento de la escala de Binet-Simon con las aportaciones de Goddard para su difusión en EE.UU. y sobre todo de Terman y Stein en su adaptación de la prueba e introducción del concepto de cociente intelectual o cociente mental respectivamente.
- La importancia de la educación en este período es creciente, iniciándose las aplicaciones de la evaluación psicológicas al campo educativo con la introducción de los procedimientos psicomáticos y test. Destacan aquí las figuras de Claparede en Francia y Thorndike en EE.UU.

Es aquí cuando se empieza a hablar de evaluación; sin embargo, el concepto como parte articulada de una propuesta educativa, surge a partir de la preocupación del atraso de EE.UU. en relación con otros países, en este caso, con la URSS, de ahí, la necesidad de llevar a cabo una evaluación en todo su sistema educativo, a fin de corroborar si los recursos aplicados a la renovación escolar eran justificados, y de ésta manera proceder a realizar las reformas educativas pertinentes, y así conservarse a la vanguardia del progreso mundial.

"Al respecto Díaz Barriga (1986) considera que el recurso de la evaluación viene a ser uno de los que constituyen el pensamiento pedagógico propio de la sociedad industrializada (pedagogía de la sociedad industrial), junto con los discursos del currículo y de la tecnología educativa".²⁶

En un principio la evaluación se utilizaba como una herramienta aplicable al final de un proceso, es decir, un instrumento mediante el cual el muestreo

determina si él alumno tiene elementos necesarios para continuar su aprendizaje o no, de esta manera solo se evalúa el producto final. Sin embargo es a partir de la década de los setenta como el concepto adquiere un nuevo giro con Scriven, quien hace una diferencia entre evaluación sumativa y evaluación formativa, y es a partir de él como surge la noción de evaluación formativa. Siguiendo ésta línea es como Stufflebeam "concibe la evaluación desde una perspectiva de sistemas, vinculándola a la toma de decisiones y distinguiendo cuatro categorías en éstas decisiones de planeación, de estructuración, de implementación y de reciclaje (retroalimentación) . En ésta perspectiva a cada tipo de decisiones le corresponde un tipo de evaluación: de contenido, de insumo, de procesos y de productos."²⁷

Bajo estos enfoques, el campo de acción de la evaluación sé amplía, ya no es concebido sólo como la evaluación del aprendizaje, ahora "interesa evaluar, al docente, al currículo, a los materiales instruccionales, a los programas, a la institución, a los planes, al sector, etc. Situación que permite y exige el desarrollo de una diversidad de modelo de evaluación".²⁸

Ésta variedad de perspectivas, ha provocado una polisemia del término, diluyendo su significado ante tantas definiciones, "si en 1967, la evaluación era pensada por Scriven y Stake como juicio de expertos, en 1971 es pensado por Stufflebeam como insumo para la toma de decisiones, y en 1981 como una herramienta delicada o muy afilada "(axiológica) por Nilo"²⁹

De esta manera la diversidad de enfoques se da paulatinamente de acuerdo al momento histórico de cada sociedad, ocasionando confusión en la comprensión del término evaluación. Sin embargo, esto no ha podido quitar la

²⁶ Cit. Por: ALBA, Alicia de. Evaluación Curricular-Conformación Conceptual del campo. México, 1991, CESU-UNAM 1^{ra} edición, Pág. 73

²⁷ Ibid. Pág. 80

²⁸ Ibid. Pág. 81

²⁹ Ibid. Pág. 79

idea de asociación, e incluso hasta pensar en la medición como sinónimo de evaluación no obstante, la evaluación es mucho más completa en comparación con la medición. Para no caer en confusiones al emplear éste concepto a continuación revisaremos diferentes significaciones de evaluación y así poder elegir el más completo según nuestras necesidades.

El término de evaluación, como ya se mencionó, ha causado controversia durante su desarrollo, por ser definida conforme al interés de evaluar, en el sentido de que algunos la retoman como sinónimo de medición y otros la conciben como algo más que una mera medición. Es decir, por un lado encontramos los "modelos o propuestas de evaluación que privilegian los aspectos técnicos o cuantitativos en contra posición a aquellos que manejan metodología cualitativa y privilegian los aspectos teóricos y axiológicos de la evaluación."³⁰

Pues tratándose de evaluación como dice Taba " todo puede ser evaluado dentro de un currículo o plan de estudio: Sus objetivos, sus alcances, la calidad del personal docente, la preparación de los estudiantes, la importancia relativa de los diversos materiales, el grado en el que se cumplen los objetivos, los medios de enseñanza, etc."³¹

La evaluación basada en el currículo más que un concepto nuevo es un enfoque amplio que plantea unir la evaluación y la instrucción con vistas a favorecer el aprendizaje de los alumnos.

La evaluación aparece en la actualidad pedagógica con características distintas de cómo estuvo durante mucho tiempo concebida. Se ha reconocido, que la evaluación no es algo nuevo como elemento ni como actividad en el proceso

³⁰ Ibidem. Pág. 77

enseñanza- aprendizaje, pero se reitera, que los enfoques especialmente en la articulación con el resto de la estructura didáctica, si presentan algunas variantes novedosas, que todo instructor debe conocer a fin de poder controlar y conducir de manera coherente el proceso de enseñanza-aprendizaje en sus sesiones.

2.2 La evaluación definida por distintos autores / vista desde diversos enfoques.

De unos años a esta parte a la evaluación la consideran un valioso instrumento para la mejora cualitativa de los servicios que proporciona; ocupa un lugar específico, proporcionando conceptos, enfoques y técnicas para la gestión de sistemas complejos, como el sanitario o el educativo. Ha ocupado tradicionalmente un lugar destacado, aunque adoptando generalmente otras denominaciones (examen, calificación, certificación.)

Evaluación: es la acción de juzgar, de inferir juicios a partir de cierta información desprendida directa o indirectamente la realidad evaluada, o bien, atribuir o negar calidades al objeto evaluado o, finalmente, establecer reales valoraciones en relación con lo enjuiciado. Por ende, los juicios evaluativos pueden ser desde muy simples hasta muy elaborados y relativos todos ellos incluyen como mínimo de elementos un objeto y un criterio de juicio o valoración. (Carreño, 1977).

³¹ SEP-UPN. Criterios de evaluación. UPN, México 2^{da} edic., 1988, Pág. 27.

Evaluar: acción que consiste en apreciar cualidades o determinaciones de algo con referencia a valores específicos previamente aceptados y empleando diversos instrumentos de observación. (Tyler)

Proceso que consiste en examinar ciertos objetos y eventos a la luz de normas específicas, con el fin de adaptarlos a la toma de decisiones (Paulson).

Proceso mediante el cuál se obtiene y se aplica información para formar criterios que se emplearán en la toma de decisiones (Brink).

De acuerdo al concepto de evaluación de Carreño, Tyler, Paulson y Brink podemos decir que la evaluación consiste en rescatar información que permita tomar decisiones, el concepto de Carreño y Tyler se queda en la pura y llana valoración, en cambio Paulson y Brink dan un paso más allá de la valoración llegando a la toma de decisiones.

La evaluación supone en juicio de valor de uno o más procesos, algunas veces éste juicio se basa solamente en las mediciones. Uno de los finales primordiales de la medición y la evaluación esta vinculado a la determinación del grado hasta el cual se han alcanzado los objetivos de un programa. (Clarence, 1971)

Evaluación formativa: se lleva a cabo con la finalidad de desarrollar un programa, con el propósito de optimizar su construcción. (Verdugo, 1994)

Evaluación de la recapitulación o transferencia: se busca probar la eficacia del programa ya construido, es decir, si él programa tiene algún efecto o no. (Op.cit)

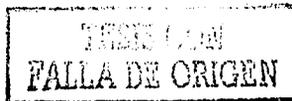
Su creciente utilización no ha constituido una novedad radical para los educadores. Sin embargo, sí resultan nuevos su uso sistemático y su aplicación a otras parcelas de la realidad educativa tales como la concepción y el desarrollo del currículo, el profesorado, los centros docentes, tras ampliar considerablemente su perspectiva y su campo de aplicación (Tiana, 1996.)

Para Verdugo y Tiana la evaluación permite desarrollar un programa o un currículo; sin embargo Verdugo coincide en que la evaluación ayuda a determinar los alcances de un programa que se encuentra vigente.

La fundamentación de la evaluación se constituye a la relación de los elementos claves necesarios para su operacionalización; ésta ha tenido una evolución que la ha concebido desde sus inicios como un proceso de cuantificación en tanto se ha manifestado con números o con letras.

Entre los símiles utilizados para referirse a las funciones que desempeña actualmente la evaluación en relación con los sistemas educativos, uno de los más extendidos y felices es el de la conducción (De Landsheere, 1994; Kogan, 1996; Michel, 1996.) El uso de dicho término sugiere una imagen del funcionamiento de la administración educativa muy diferente a la que ha predominado hasta ahora. Frente a la regulación mediante normas y el control jerárquico del cumplimiento de las mismas.

Una de las teorías que fundamenta la cuantificación es el conductismo ya que ve al individuo como un ser autómatas que debe responder a la forma establecida y con ello reduce su acción a lo que desea que haga, esto es debido a que su aprendizaje ha sido condicionado arbitrariamente siendo manipulada su manera de actuar y pensar.



La evaluación no ha sido definida teóricamente, ni implementada instrumentalmente con un sentido valorizante³², sino más bien, cuantificable, entendemos que el primero se refiere a los aspectos objetivos, biológicos y ambientales del sujeto en el momento de su aprendizaje, sin que ello se entienda que la evaluación será únicamente medida sino también debe ser observable y sensible por él sujeto.

Tratándose de evaluación, los criterios positivistas han favorecido la estructuración de un discurso basado en la utilidad de la clasificación de los sujetos de acuerdo a escalas, la selección para cumplimiento de roles específicos mediante la aplicación de pruebas y test estandarizados, la tecnificación de la sociedad y la manipulación para producir y conservar las condiciones de la explotación.

Es así como la ausencia de una explicación teórica del objeto de estudio ha derivado el tratamiento convencional que equipara la evaluación con la medición.

El carácter instrumentalista del discurso de la evaluación revela la falta de un análisis teórico del problema y de sus fundamentos epistemológicos.

" La evaluación se define como el procedimiento que se emplea para determinar el valor o la utilidad de un proceso o una cosa; mediante la evaluación educacional puede verificarse la eficacia de la enseñanza o el valor de una experiencia de aprendizaje desde el punto de logro por parte de los alumnos y de los objetivos de la educación". (Lafourcade, 1982.)

³² Con ello hacemos referencia a los valores humanos.

En evaluación la constante es comparar un patrón de deseabilidad con la realidad " Evaluar es fijar el valor de una cosa; para hacerlo se requiere un procedimiento mediante el cuál se compara a aquello a evaluar respecto a un criterio o patrón determinado". (Franco, 1971)³³.

Evaluación es aquélla rama de la ciencia que se ocupa del análisis de la eficiencia (Musto, 1975)³⁴.

Para los autores citados anteriormente la evaluación es un proceso de cuantificación, para ellos la evaluación se basa en escalas de medición determinadas por ciertas normas, por lo tanto podemos decir que éstos autores pertenecen a la corriente conductista.

El objeto de la investigación evaluativa es comparar los efectos de un programa con las metas que se propuso alcanzar a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguiente acerca del mismo para mejorar así la programación futura (Weiss, 1982)³⁵.

Fundamentalmente se hace la evaluación para conseguir la mejora de programas: del que está en curso y de otros que se pongan en marcha. "Si la evaluación educativa es una reflexión sistemática sobre la acción docente / discente y organizativo / funcional tiene que ser la base de las innovaciones que se introduzcan" (Casanova, 1992)³⁶.

La mejora puede consistir, pues, en diversos fenómenos referidos al programa. Por una parte, tiene que ver con la introducción de innovaciones que, desde la comprensión que se ha generado, se consideran positivas para la calidad.

La participación de los destinatarios en la valoración del programa lleva consigo un factor importante, aumentar la participación de los destinatarios del programa en su desarrollo y valoración para poder mejorarlo.

La mejora habría de ser definida en la propia dinámica de la acción contextualizada en la que aparece un fuerte juego de expectativas, motivaciones, intereses, deseos, sentimientos y valores. Consecuentemente, la mejora, no consistirá solamente en la consecución de mejores resultados finales. Existen otras cuestiones sobre las que habrán de interrogarse quiénes piensen en la mejora de un programa.

- La justicia de sus planteamientos desde un punto de vista social y educativo.
- La racionalidad de sus prácticas en cuanto a sus fines perseguidos y a los métodos elegidos para su logro.
- La bondad de las relaciones entre los organizadores y los participantes y las de estos entre sí.

No todo cambio es, por el hecho de ser, una mejora. Lo que sucede con la evaluación es que permite descubrir, a través de la comprensión, en qué consiste la auténtica mejora de los programas.

La evaluación facilita la mejora al preguntar por el valor educativo del programa, al facilitar la comprensión de lo que sucede en el mismo, al provocar la reflexión y el debate de los implicados, al surgir las respuestas sobre los posibles cambios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"La alternativa metodológica que supone el estudio de caso en el campo de la evaluación viene dada por la riqueza de posibilidades que presentan su capacidad de analizar la realidad educativa en términos de su utilidad. Utilidad inmediata para la acción institucional y para la práctica docente, engarzadas en la variedad de situaciones que generan y en la diversidad de contextos con los que interactúan. Utilidad diferida en cuanto a la progresiva sucesión de los mismos y su paulatina acumulación" (Bréznes y Carretero, 1990)".

Weiss, Casanova, Breznes y Carretero dicen que la evaluación no sólo se limita a la valoración y la toma de decisiones, ellos parten de la idea de que el sujeto forma parte importante del proceso de evaluación, éstos autores se preocupan porque la evaluación sea una reflexión educativa la cual consiste en el análisis de resultados de la evaluación y que ayudará a lograr una verdadera mejora del programa y que el sujeto sea parte de él.

El interés por conocer y controlar cómo se utiliza la información suministrada por la evaluación está presente en todos los evaluadores, de una u otra forma y con mayor o menor intensidad. En efecto, sí siempre resulta difícil sustraerse a la valoración del impacto de la propia actividad profesional, aún lo es más cuando el objetivo último de ésta consiste precisamente en orientar la acción en alguna parcela de la realidad, a partir de su análisis detenido y riguroso. Por eso, aun cuando algunos modelos teóricos insistan más que otros en la vertiente utilitaria de la actividad evaluadora, ninguno llega a ignorarla por completo.

El énfasis que los evaluadores ponen en la utilización de los resultados de su trabajo es, por otra parte, uno de los principales aspectos que distingue la evaluación de la investigación. En opinión de algunos autores como Popham (1993)", las diferencias se sitúan en tres ámbitos: la generalización de sus resultados, los valores que orientan la actividad y el propósito fundamental de la misma. Así, mientras que la investigación pretende obtener resultados con

un alto grado de generalización, la evaluación se preocupa más por la adecuación de los mismos a la situación y características específicas de su objeto de estudio. Por otra parte, la investigación sitúa como valor central el logro de la verdad científica, mientras que la evaluación se preocupa por la estimación del mérito de una realidad concreta. El objetivo de la evaluación consiste en informar y orientar la toma de decisiones.

Los evaluadores no pueden olvidar que su trabajo está encaminado a emitir juicios de valor acerca de una realidad determinada, basándose para ello en una información recogida y tratada de manera sistemática.

La utilidad de una evaluación suele ser que sirve ante todo para proporcionar información y elementos de juicio a quienes deben tomar decisiones.

Los evaluadores deberían proporcionar una información rigurosa, válida y fiable a los responsables de una determinada institución o programa de intervención, a partir de la cuál éstos tomarían las decisiones más oportunas acerca de su mantenimiento, supresión o modificación, adoptarían medidas para su mejora o llevarían a cabo cualquiera otra acción que se considere conveniente.

La idea de una utilización instrumental de los resultados de la evaluación, que fue la concepción predominante durante las primeras etapas de su desarrollo histórico. Como afirma W.J. Popham de manera elocuente:

"A comienzos de los setenta [...] existía la creencia dominante de que las evaluaciones educativas bien conducidas podían, y debían, constituir el elemento singular más importante para la toma de decisiones. Los evaluadores educativos que iniciaban algún proyecto de importancia soñaban con el momento en que los responsables políticos, después de consultar diligentemente su informe, tomarían decisiones esencialmente concordantes con los resultados de la evaluación" (Popham, 1993:5.)³⁹

Actualmente se tiende a considerar que la relación existente entre evaluación y toma de decisiones es más compleja de lo que sugiere su concepción instrumental.

Por una parte, se suele contar con información directa o indirecta, procedente de diversas fuentes y con mayor o menor pertinencia y fiabilidad en cada caso.

Por otra parte, se han de tener en cuenta ciertos condicionamientos, de carácter normativo, institucional o personal, que determinan el margen existente de maniobra. Se ha de tomar así mismo en consideración el contexto de relaciones interpersonales, anticipando las reacciones que puedan producirse.

Shadish, Cook y Leviton (1995:448-449)¹⁰ afirman que "la evaluación es un acto político en un contexto en el cual el poder, la ideología y los intereses son primordiales e influyen sobre las decisiones más que la información procedente de la evaluación" y que "incluso cuando los resultados de la evaluación y las decisiones de los gobiernos coinciden, los primeros sirven muchas veces para justificar decisiones tomadas a partir de otros criterios. Los ejemplos de un uso instrumental, inmediato y frecuente de la evaluación son todavía bastante raros". Por su parte, Popham (1993:5-6)¹¹ afirma que "la mayor parte de las decisiones educativas de cierta importancia se toman en un entorno claramente político e interpersonal en el que la evidencia desempeña un papel secundario", además de que "las evaluaciones educativas raramente arrojan evidencias indiscutibles".

La evaluación puede realizar varias aportaciones destacadas. En primer lugar, permite sensibilizar a una comunidad acerca de la existencia de determinados problemas. En segundo lugar, contribuye a movilizar la conciencia social en torno a ciertos asuntos de interés general. En tercer lugar, pone de manifiesto

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la ineficacia de ciertas prácticas o enfoques. En cuarto lugar, permite arrojar luz acerca del impacto real de determinadas actuaciones o políticas, más allá de la propaganda difundida sobre las mismas (Rossi y Freeman, 1993.)⁴²

En vez de pensar en un impacto inmediato y directo, la aceptación de la función iluminativa obliga a considerar los efectos diferidos e indirectos de la evaluación, en plazos de tiempo más largos que los habituales.

Hoy en día se acepta cada vez más que la evaluación cumple una importante función de información pública acerca de los asuntos de interés general y de objetivación de los fenómenos sometidos a debate social.

Por una parte, permite fomentar el funcionamiento realmente democrático de nuestras sociedades, aportando elementos y criterios a partir de los cuales sea posible una discusión abierta e informada acerca de los asuntos sometidos a evaluación, contribuye a modificar los marcos cognitivos de los ciudadanos y a facilitar la comprensión individual y colectiva de los fenómenos analizados. Aporta elementos para la toma de decisiones.

La evaluación tendió en sus primeras etapas evolutivas a buscar su justificación social en la utilidad instrumental que prometía, en la actualidad encuentra su principal legitimación en una combinación de sus dos funciones principales, instrumental e iluminativa.

Rossi y Freeman (1993)⁴³, quienes hablan de un tipo posible de utilización que denominan persuasivo. Su ámbito específico sería el de la política, donde la evaluación desempeñaría una función eminentemente argumentativa al servicio del discurso político, sea éste de gobierno o de oposición. Su misión sería similar a la que cumple la inclusión de citas de literatos relevantes en los discursos parlamentarios o en los mítines, por ejemplo. En su opinión, este tipo de uso desborda los estrictos límites de la evaluación y de su incidencia

práctica y no constituye, en consecuencia, objeto de análisis específico por parte de los evaluadores.

La evaluación cuya finalidad sería la de generar credibilidad, movilizar voluntades, lograr motivación o influir en una audiencia determinada. Quizás deba señalarse que este tipo de uso es el que más fácilmente se desliza hacia diversos abusos, como algunos de los que acertadamente expone Miguel Ángel Santos: convertir la evaluación en un elogio a quien la patrocina o la realiza; Convertir la evaluación en un instrumento de dominación, control y opresión; O hacer públicas sólo aquellas partes del informe que tienen un carácter halagador (Santos, 1993.)⁴⁴

Shadish, Cook y Leviton, quiénes ilustran muy adecuadamente la progresiva expansión del concepto de utilización de la evaluación, hasta llegar a englobar una gran diversidad de nuevas ideas y prácticas:

"Hoy en día, el concepto de uso de la evaluación abarca su utilización (de manera independiente o conjuntamente con otros factores) para la toma de decisiones, la inclusión de referencias o citas suyas en los debates públicos, su empleo en cursos de formación continua de docentes y de formación inicial de futuros profesionales, o su utilización con objeto de reconceptualizar programas y problemas sociales. El principal medio a través del cual ejerce su influencia ya no es simplemente la presentación de un informe a quiénes deben tomar decisiones [...] Los medios actualmente utilizados para la difusión del conocimiento incluyen no solamente los informes y resúmenes dirigidos a sus promotores o patrocinadores, sino también la elaboración de otros informes dirigidos a los profesionales, diversas presentaciones efectuadas a través de los medios de comunicación y conversaciones imprevistas en encuentros informales" (Shadish, Cook y Leviton, 1993:451.)⁴⁵

Estamos de acuerdo con el planteamiento que dan acerca de la evaluación los autores citados en el párrafo anterior, ellos mencionan que la evaluación es un acto político, podemos citar como ejemplo lo que sucedió con el Programa IMSS-Solidaridad. Al llegar a la presidencia el Lic. Salinas de Gortari tomó el Programa IMSS-COPLAMAR al cual le hizo algunas modificaciones, la más sobresaliente de ellas es el cambio de nombre y de esta manera logra darse un crédito que no le corresponde. Éste acto lo realizó con la finalidad de que la población viera su preocupación por la gente pobre del país.

En una primera aproximación, podemos distinguir tres niveles básicos en los cuáles una evaluación puede llevarse a cabo. El primero tiene por objeto la valoración de la actividad de los distintos individuos que participan en el proceso educativo. Sobre todo en su vertiente de calificación y certificación de los resultados logrados por los estudiantes. En términos generales, puede afirmarse que las evaluaciones desarrolladas en este nivel individual son las que cuentan con mayor experiencia y tradición.

Un segundo nivel corresponde a la valoración de las instituciones o entidades singulares que componen una determinada parcela del sistema educativo. En una institución como ésta desarrollan su actividad numerosos individuos, enmarcados en unas estructuras organizativas y unos patrones determinados de funcionamiento, cuya evaluación exige desbordar el ámbito puramente individual. El resultado de la actuación de esas personas y de sus relaciones mutuas produce unos determinados efectos educativos.

El tercer nivel es el que aborda la valoración del conjunto de un sistema educativo o de alguna parcela significativa del mismo. Frente a los dos casos anteriores, en éste desaparece el énfasis en la singularidad, para adoptar una perspectiva global. Aunque la evaluación realizada en este nivel esté basada en información correspondiente a unidades singulares, la pretensión de globalidad que la guía determina el rango y selección de los datos

Podríamos hablar de *tres niveles de análisis*, individual, institucional o sistémico, de acuerdo con el tipo de conclusiones que pueden extraerse de una determinada evaluación para los individuos (sean alumnos o profesores), las instituciones (centros docentes, programas) o el sistema educativo en su conjunto e independientemente del ámbito concreto en que aquella se efectuó.

La utilización más fructífera es la que se basa en análisis realizados en el mismo nivel que el de aplicación. Así, la evaluación individualizada de un alumno o profesor es la más adecuada para valorar su actuación y adoptar decisiones acerca de su promoción, certificación o progreso.

En cada una de esas tres situaciones óptimas (aplicación y análisis en el nivel individual, institucional o sistémico, respectivamente) se pueden identificar algunos usos específicos de la evaluación. El ámbito individual, la evaluación constituye un instrumento que puede ser utilizado con fines de acreditación y de desarrollo. La evaluación realizada sobre individuos (sean alumnos, profesores, directores o administradores) con la intención de adoptar decisiones que les puedan afectar de una u otra manera ha presentado siempre esta doble dimensión. Por una parte, ha estado encaminada a emitir juicios de valor conducentes a la atribución de grados académicos, a la promoción en sus estudios o carrera o a la certificación de haber superado un determinado escalón en su progreso académico o profesional; es lo que se denomina acreditación. Por otra parte, también ha incluido entre sus objetivos la elaboración de planes de desarrollo personal, la evaluación en el ámbito individual ha tenido y sigue teniendo la doble vertiente, sumativa y formativa, que popularizara Scriven.

En segundo lugar, en el ámbito institucional también se identifican esas dos vertientes, aunque utilicemos distintas denominaciones para referirnos a ellas. Por una parte, la evaluación permite un uso de carácter sumativo, esencialmente orientado hacia el exterior de la institución, que podríamos

calificar de rendición de cuentas o de supervisión. Por otra parte, también ofrece un uso formativo, orientado más bien hacia el interior de la propia institución, que podría denominarse de mejora y desarrollo. El primero hace hincapié en la valoración de los logros o las carencias del centro docente o el programa de que se trate, con la intención de aumentar su transparencia y proporcionar información acerca de su situación. El segundo se centra sobre todo en los puntos débiles y en las posibilidades que existen para su mejora, con el propósito de elaborar planes de desarrollo.

En tercer lugar, también pueden identificarse dos usos principales de la evaluación en el ámbito sistémico, aquí denominados de conducción y de información pública, respectivamente.

Ciertas evaluaciones llevadas a cabo sobre individuos o instituciones son utilizadas para ejemplificar determinados aspectos de una realidad institucional o sistémica más amplia que la evaluada. Ciertas evaluaciones realizadas sobre instituciones o sistemas se utilizan para reflexionar y adoptar decisiones en un nivel individual o institucional más particularizado.

Es cierto que la evaluación es una tarea técnicamente compleja, que se lleva a cabo a merced de la actuación de diversos especialistas. Pero ello no quiere decir que sea responsabilidad exclusiva de los técnicos ni que se desarrolle en el vacío. Su contexto es profundamente humano, puesto que cada evaluación concreta afecta e interesa a una diversidad de individuos y de colectivos, todos los cuáles tienen algo que decir acerca de su enfoque, su proceso y sus resultados.

TESIS DE
FALLA DE ORIGEN

2.3 TIPOS DE EVALUACIÓN.

Con lo revisado hasta el momento del concepto evaluación hemos podido ver las transformaciones, los diferentes usos y las diversas interpretaciones que le han dado algunos autores al concepto, por lo tanto podemos imaginarnos que no existe un sólo tipo de evaluación, sino varios. Es por ello que en este punto explicamos los tipos de evaluación que están más enfocados a nuestra área de investigación.

Hemos seleccionado los diferentes tipos de evaluación que existen, revisaremos desde el más sencillo hasta el más complejo, para ver cuál es el que más se acerca a nuestra investigación y pueda servirnos de referencia. A continuación mencionamos las definiciones de los distintos tipos de evaluación.

- **Evaluación del Aprendizaje:** proceso sistemático y continuo, mediante el cual se recoge información acerca del aprendizaje del educando con relación a los objetivos planteados en los planes y programas de estudio, proporcionando al docente o instructor elementos para formar un juicio sobre el nivel alcanzado o la calidad del aprendizaje, con el propósito de tomar las decisiones pertinentes para mejorarlo o para prevenir desviaciones o deficiencias.
- **Evaluación Diagnóstica:** es la que tiene por objeto conocer el grado en que él educando posee los prerrequisitos necesarios para un curso, área, asignatura, tema o unidad.
- **Evaluación Formativa:** Es aquella que tiene por objeto conocer el grado en que el educando ha alcanzado los aprendizajes de un área, asignatura, tema o unidad, con el fin de proporcionar realimentación tanto al educando como al profesor, a lo largo del proceso enseñanza - aprendizaje para efectuar acciones correctivas en el momento oportuno.

- **Evaluación Sumativa:** Tiene por objeto conocer el grado en que el educando logró los aprendizajes planteados al término de una etapa de aprendizaje, considerando los resultados cualitativos y cuantitativos obtenidos en diferentes evaluaciones, con el fin de asignar una calificación que determina la acreditación de un curso, área, asignatura, tema o unidad.
- **Evaluación de Programas:** Son evaluaciones mediante las cuales se miden las actividades educativas, se da un servicio continuo y con frecuencia se ofrecen prospectos curriculares. Algunos ejemplos son evaluaciones de programas de lectura de un distrito escolar, programas estatales de educación especial o programas universitarios de educación continua.
- **Evaluación de Proyectos:** Son evaluaciones mediante las cuáles se miden las actividades financiadas por un tiempo determinado para desempeñar tareas específicas.

Una diferencia entre un programa y un proyecto es que el primero debe continuar entre un período indefinido, mientras que el segundo es de corta duración. De hecho los proyectos que se institucionalizan se vuelven programas.

Hasta el momento se han abordado las normas de evaluación así como la evaluación cuantitativa y la cualitativa en términos muy generales, describiendo a su vez en que consisten éstas y su utilidad.

Para llevar a cabo una evaluación de proyectos es importante saber que metodología utiliza éste. En los proyectos sociales es destacar la parte

cualitativa, es por ello que su evaluación se basa en la calidad, aunque también se auxilia de la cantidad.

Las ciencias sociales manejan desde hace mucho tiempo procedimientos basados en las escalas Intervalar y de razón (nominales y ordinales), que permiten establecer la viabilidad de la evaluación, aún cuando los objetivos de los programas y proyectos sociales y las formas de alcanzarlos no sean traducibles a aquellas otras escalas. La evaluación incluye explícitamente la cualidad y la posibilidad de medirla, por lo cuál en los proyectos sociales se miden los resultados de las acciones realizadas de esta manera se observa si se lograron los objetivos.

Una de las herramientas de gran utilidad, es el análisis de costo- beneficio; existen fuertes restricciones derivadas de la metodología empleada para analizar proyectos cuyos productos no son traducibles a beneficios expresados en unidades monetarias.

Anteriormente se hablo de la repartición de bienes la cual es injusta y por ello se busca la equidad aunque esta lleva implícita la eficiencia.

Equidad: se basa en los valores y es la vía a través de la cuál puede plasmarse la justicia distributiva. El termino equidad significa la igualdad entre dar y quitar.

Eficiencia: instrumento para alcanzar los bienes que la sociedad ha impuesto, se sustenta en el principio de los individuos escogen en función de su propia felicidad y que siempre prefieren elevar su capacidad de elección y así mismo su productividad, de esta forma las ciencias logran conseguir que sus miembros internalicen y sientan deseos propios de esa cultura como si fuesen naturales. Como en todos lados existen políticas, los proyectos sociales no están exentos de las mismas, dentro de los proyectos se destacan dos tipos de políticas:

Política Económica: lo más sobresaliente en este tipo de política es la distribución de bienes; la cuál comienza con la distribución personal del ingreso como un insumo básico, es un medio para alcanzar objetivos junto con el empleo.

Política Social: se encarga de elaborar los programas de inversión en capital humano (prepara a la mano de obra para que se incorpora al mercado de trabajo), y los orientados a la creación de empleos (asistenciales y promocionales); además cumple el objetivo de invertir en recursos humanos pero necesita que el sistema productivo (económico) este en condiciones de demandar ese personal, en otras palabras, donde puedan desarrollar las habilidades adquiridas. Tiene como principio la búsqueda de la equidad, y está implica la satisfacción de las necesidades básicas de la población, priorizándola según sus grados de urgencia relativa. Por otro lado tiene costos de operación altos y constantes, y la calidad de servicios depende de los costos y el responsable de estos servicios es el Estado, pero la mayoría de las veces se les reduce el presupuesto, es por ello que se debe propiciar que los beneficiarios aporten recursos. Una opción sería el esfuerzo propio y la ayuda mutua.

Para poder evaluar un programa social se debe utilizar la objetividad y ésta tiene que captar la realidad tal cuál, la información debe de ser suficiente, se exige una validez en la cuál los instrumentos utilizados midan realmente lo que se intenta medir, para que sea confiable tiene que ver con la calidad y la estabilidad de la información y de los resultados obtenidos. La calidad hace referencia a que la información debe ser adecuada al uso que se hará de ella y la estabilidad pretende que los resultados no varíen con el evaluador.

La evaluación forma parte del proceso de planificación, generando una retroalimentación que permite elegir entre diversos proyectos de acuerdo con

su eficacia y su eficiencia, así mismo analiza los logros obtenidos por esos proyectos, creando la posibilidad de rectificar las acciones y reorientarlas hacia el fin postulado.

En función del momento en que se realiza y los objetivos que se persigue:

EVALUACIÓN EX ANTE; Tiene por finalidad proporcionar criterios racionales para ver si el proyecto debe o no implementarse, permite ordenar los proyectos según su eficacia para alcanzar los objetivos perseguidos; las metodologías aptas para ésta evaluación son dos el análisis costo - beneficio (ACB) que es más adecuado para analizar proyectos económicos y el análisis costo - efectividad (ACE) que es el más conveniente para la evaluación de proyectos sociales.

EVALUACIÓN EX POST: Es necesario distinguir la situación de los proyectos que están en curso o los que ya finalizaron. Los que se encuentran en ejecución, lo cualitativo tiene que ver con la decisión de continuar el proyecto o no, y lo cuantitativo es mantener la formulación original o introducir modificaciones en la programación. En los proyectos que ya finalizaron lo cualitativo tiene que ver con el uso futuro de las experiencias realizadas; su aprobación depende de los costos.

EVALUACIÓN DE PROCESOS: Determina la medida en que los componentes de un proyecto contribuyen o son disfunciones a los fines perseguidos. Busca detectar las dificultades que se dan en la programación, administración, control, etc., para corregirlas oportunamente disminuyendo los costos derivados de la ineficiencia por lo tanto es una evaluación periódica.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO: Busca apreciar en qué medida el proyecto alcanza sus objetivos y cuáles son sus efectos secundarios, es utilizable para resolver sobre su eventual continuación y para diseñar otros proyectos; los

usuarios de la evaluación serán autoridades del proyecto o incluso quienes tienen capacidad de decidir orientaciones más generales. La evaluación de impacto puede ser llevada durante o después de finalizado el proyecto. El impacto se define como un resultado de los efectos de un proyecto (ONU, 1984)⁶⁰. La determinación del impacto exige establecimiento de objetivos operacionales y de un modelo causal que permita vincular el proyecto con los efectos resultantes de su implementación (ibidem) distingue los resultados brutos (RB) que son los cambios que se observan en la población objetivo después de que el proyecto ha estado funcionando durante un tiempo suficientemente largo para que tales modificaciones sean observables. Los resultados netos (RT) son las alteraciones en el grupo meta que pueden única y exclusivamente al proyecto. Esto exige la eliminación de los efectos externos (EE), lo que se logra mediante la aplicación del modelo experimental o sus derivados.

Si tiene entonces: $RB = RN - EE$ por lo tanto $RN = RB - EE$ El resultado neto es el equivalente al impacto.

EN FUNCIÓN DE QUIEN REALIZA LA EVALUACIÓN:

Evaluación externa: es realizada por agentes a la organización, esta evaluación tiende a dar más importancia al método de evaluación que al conocimiento sustantivo del área en la que se desarrolla el proyecto.

Evaluación Interna: se lleva a cabo dentro de la organización gestora del proyecto "El propio proceso de evaluación puede ser tan importante como las conclusiones a que conduzca, ya que el hecho de participar en ese proceso permite con frecuencia comprender mejor las actividades que se evalúan y enfocar de modo más constructivo su ejecución y las necesidades de acción futura" (Organización Mundial de la Salud, 1981)⁷. La evaluación interna del

programa debe realizarla personas que no están directamente vinculadas con la formulación o ejecución del proyecto.

Evaluación Mixta: hace que los evaluadores externos realicen su trabajo en estrecho contacto y con la participación de los miembros del proyecto a evaluar.

Evaluación participativa: su objetivo es minimizar la distancia que existe entre el evaluador y el beneficiario; en el proceso de un proyecto social la estrategia participativa prevé el concurso de la comunidad en el diseño, programación, ejecución, operación y evaluación del mismo.

EN FUNCIÓN DE LA ESCALA DE LOS PROYECTOS:

Estrategia de la evaluación: se recurre a una estrategia analítica y objetiva, la evaluación se descompone en las dimensiones del proyecto; es posible realizar evaluaciones de las distintas etapas para medir el logro alcanzado en objetivos intermedios (cortes transversales); también puede apreciarse el avance en la búsqueda de objetivos específicos (cortes longitudinales y transversales).

Lógica de la evaluación: los objetivos derivan en un modelo causal que se expresa en hipótesis articuladas entre sí. Su verificación exige construir variables, indicadores e índices que permitan determinar el logro en que el proyecto ha modificado la realidad con relación a sus objetivos.

Hacia una Evaluación Constructivista de Proyectos Sociales.

Los investigadores sociales tienen la necesidad de conocer y asumir con responsabilidad el paradigma epistemológico desde el cuál hablamos y decimos lo que decimos, acerca de lo que conocemos. De esta manera no basta declarar que nos encontramos haciendo ciencia o explicando fenómenos

desde el paradigma de la post-modernidad sin efectivamente incorporar los principios y enfoques que dicho paradigma implica.

En el caso de la evaluación de proyectos sociales en donde los investigadores-evaluadores emiten juicios acerca del éxito o fracaso de intervenciones sociales.

La evaluación es el juicio emitido - de acuerdo a ciertos criterios preestablecidos por una persona o un equipo sobre las actividades y resultados de un proyecto. Con ella se pretende realizar un análisis lo más sistemático y objetivo posible acerca de las distintas etapas y resultados alcanzados por los proyectos de manera de determinar entre otros aspectos, la pertinencia y logro de objetivos, la eficiencia, el impacto y sustentabilidad de las acciones.

Contribuye al conocimiento que fundamenta la intervención, aportando al aprendizaje y a los conocimientos que los propios equipos a cargo de los proyectos tienen del problema que abordan. Este aprendizaje es el que permite ampliar y enriquecer las perspectivas conceptuales y prácticas permitiendo focalizar las acciones y controlar de mejor manera, las relaciones, variables y factores que inciden en los resultados.

Los proyectos sociales aspiran a producir cambios en la realidad económica, social y cultural de determinados sectores sociales. El evaluador recurre a ciertos criterios y a un marco de referencia que le permite contrastar, comparar e interpretar los resultados observados en función de patrones explícitos implícitos, y utiliza una serie de criterios básicos éstos son:

Coherencia: se refiere al análisis en función del grado de integración lógica de los distintos componentes del proyecto (objetivos, resultados, actividades y recursos.)

Pertinencia: Es la capacidad para dar respuestas a las necesidades reales de los grupos y sujetos involucrados.

Relevancia: Análisis del grado de significatividad de las acciones y resultados para los sujetos directamente involucrados en el proyecto. Evaluar de acuerdo a estos criterios básicos es asumir una perspectiva teórica en la cual la población beneficiaría ya no sea un objeto o ente pasivo sino que emerge como un actor o "grupo de interés" que interactúa con determinados equipos o instituciones que intervienen en los problemas que les afecta.

- *Criterios cuantitativos para la evaluación como por ejemplo:*

Costo- beneficio: Basado en un principio económico que en términos generales, sostiene que un proyecto es exitoso si el beneficio que genera la inversión en un período determinado, es mayor que la que se puede obtener con otra alternativa durante el mismo período. Por otra parte considera que un proyecto es más efectivo cuando logra sus productos con un menor costo y los beneficios sociales obtenidos son mayores que la inversión realizada.

Eficiencia: La evaluación de la eficiencia de los proyectos tiene como objeto el análisis de los recursos o insumos utilizados para realizar las actividades y obtener los resultados o productos esperados. Un proyecto es eficiente si ha tenido un adecuado gasto y no ha producido déficit en su operación. Es decir, si ha optimizado el uso de los recursos materiales y humanos de los que dispone.

En los procesos evaluativos actuales se utilizan de manera conjunta criterios cualitativos y cuantitativos de análisis de información.

Etapas y Modelos de Evaluación de Proyectos Sociales

La evaluación de programas sociales sólo es factible si se cumple con ciertas condiciones como son: la existencia de un "modelo" que explique la relación entre los beneficios y las intervenciones y que sea posible distinguir entre los resultados atribuibles al proyecto y los cambios que pudieron haber ocurrido sin la intervención de éste.

En el actual contexto de cambios y reformas sociales se requiere de enfoques evaluativos que ponen el énfasis en la calidad y pertinencia de los resultados por sobre la cobertura de sus acciones y en los aprendizajes de los equipos ejecutores más que en el control tradicionalmente asociado a la evaluación. Se exige fundamentalmente una efectiva y sustentable solución a los problemas que tienen los grupos con los cuales el proyecto trabaja.

No existe un modelo único y universal para llevar a cabo las evaluaciones. De acuerdo a los métodos que se utilizan suelen diferenciarse en evaluaciones cualitativas y evaluaciones cuantitativas; de acuerdo al tiempo en evaluaciones ex-ante y ex-post; de acuerdo al observador en internas o externas; de acuerdo al objeto en evaluaciones de proceso, efectividad e impacto entre otras. Por ejemplo en una evaluación social cuantitativa la pregunta central es que hacen los sujetos y qué variables pueden explicar y medir tales comportamientos. Para los estudios cualitativos en cambio, lo importante no sólo es describir qué hacen los sujetos sino qué significa para ellos lo que hacen, cuál es el sentido o significado de sus prácticas y comportamientos.

Dada la naturaleza de los proyectos y de los cambios que pretenden producir, la incorporación y utilización de manera combinada de métodos cuantitativos y cualitativos para dar cuenta de los resultados obtenidos, es cada vez mayor. Es esta la estrategia que predomina actualmente en los estudios evaluativos de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

proyectos sociales. El modelo de evaluación CIPP, uno de los más utilizados por los evaluadores sociales.

Modelo de Evaluación CIPP (1): Contexto- Insumo- Proceso- Productos

El enfoque de evaluación que se presenta a continuación analiza la relación entre conceptos como contexto, insumes, procesos y productos o resultados del proyecto para describirlo y explicarlo. Esta perspectiva asume el proyecto como un sistema de acción, cuyos elementos interactúan entre sí y con su entorno, tanto para generar como para aceptar cambios. Este enfoque permite visualizar la relación y consistencia entre los distintos componentes de la estrategia asumida por el proyecto y el efecto que estos tienen en los distintos ámbitos o niveles en los que interviene. Se definen los niveles y componentes a evaluar estableciendo las hipótesis correspondientes ya sea entre insumes y procesos y/o entre procesos y resultados incorporando como variables intervinientes, aquéllas referidas al contexto social y cultural en el cual se desarrolla la intervención.

Modelo de Evaluación CIPP

Insumos hipótesis Procesos hipótesis Productos/ Resultados

Insumo 1 Procesos Producto / Resultado 1

Insumo 2 Producto / Resultado 2

Insumo S Producto / Resultado 3

A partir de un proceso riguroso se establecen mecanismos para la recogida de datos que permitirán emitir una opinión "válida" sobre la calidad de actividades, resultados, efectos e impacto de lo realizado por el proyecto. Para ello se procede a la construcción de "indicadores", los cuales se determinan fundamentalmente en función de los objetivos y productos del proyecto más aquellos que se derivan de las hipótesis y de la propia evaluación. Los indicadores señalan que se debe medir u observar para verificar los logros

prometidos. En caso que en el diseño no estén considerados los indicadores o éstos se consideran insuficientes por el evaluador o los evaluadores, se procede a su elaboración que considera lo central del elemento analizado (objetivos o productos) y a una decisión sobre qué es lo que realmente dará cuenta del logro.

2.4 NORMAS DE EVALUACIÓN

Las normas contienen recomendaciones para manejar asuntos vitales, se aconseja a los evaluadores reunir la suficiente evaluación pertinente respecto a las preguntas planteadas por los clientes y otras audiencias, para medir la efectividad, los costos, las respuestas a las necesidades sociales, la factibilidad y la valoración. Deben ser aplicadas por personas que comisionan, dirigen, o utilizan los resultados de las evaluaciones y se aplican a cualquier campo de trabajo en la evaluación.

Además son precauciones o advertencias y sólo se pueden cumplir mediante una responsabilidad común y el compromiso de todos los miembros de la evaluación.

Las normas incluidas en la primera categoría, relativas a la utilidad de la evaluación, están "concebidas para asegurar que una evaluación proporcione las informaciones prácticas que necesita una audiencia determinada" (Stufflebeam y Shinkfield, 1987:27)⁴. En ellas se establecen principios tendentes a asegurar que la evaluación responde a las necesidades e intereses de las audiencias concretas, proporcionándoles una información suficientemente clara y fácilmente utilizable.

En el ámbito sistémico, por poner otro ejemplo diferente, hay que insistir en la función iluminadora que desempeña la evaluación, que suele ser más importante que la estrictamente utilitaria. Son muchos los autores que han puesto en conexión este tipo de usos no convencionales de la evaluación con su contribución al funcionamiento democrático de una sociedad. Así, Escudero se refiere a esta utilidad en la perspectiva de un modelo de servicio público, tendente a la "animación de debates públicos, pluralistas y democráticos, que, informados por los resultados de la evaluación, activen no tanto procesos de toma de decisiones instantáneas cuanto acuerdos negociados deliberativamente" (Escudero, 1995:101)⁹.

La exigencia de identificar y atender a las necesidades de las audiencias es considerada por Barry MacDonald un requisito inexcusable de una evaluación democrática, como pone certeramente de manifiesto en un interesante texto que puede servir para cerrar este apartado:

"Una evaluación democrática debería procurar servir a los valores universales de las sociedades democráticas, atendiendo a los dos elementos que creemos fundamentales en la democracia. Por una parte el ejercicio del voto, que debe ser un voto informado y, por lo tanto, la necesidad de asumir como valor el deber de informar a la ciudadanía de todos los asuntos que le competen. Y por otra parte, que la democracia se caracteriza por un sistema de equilibrios y controles para prevenir el uso ilícito del poder. La evaluación debe tener en cuenta todos los intereses que se puedan identificar, es decir, nadie puede comprar la evaluación ni determinar las preguntas porque si no fuese un mero instrumento de aquellos que pueden comprar una evaluación. Tener en cuenta todos los intereses significa identificar las preocupaciones de los diferentes grupos respecto de la actividad que se está analizando, y para garantizar que sus intereses estén representados todos han de recibir información de todos los resultados" (MacDonald, 1995:15-16)¹⁰.

Las normas contienen recomendaciones para manejar asuntos vitales, se aconseja a los evaluadores reunir la suficiente información pertinente respecto a las preguntas planteadas por los clientes y otras audiencias, para medir la efectividad, los costos, las respuestas a las necesidades sociales, la factibilidad y la valoración. Deben ser aplicadas por personas que comisionan, dirigen o utilizan los resultados de las evaluaciones y que se aplican en cualquier campo de trabajo en la evaluación.

Además son precauciones o advertencias y sólo se pueden cumplir mediante una responsabilidad común y el compromiso de todos los miembros de la evaluación. Otro tipo de normas que es necesario mencionar son las que se refieren a la evaluación de la educación y éstas son:

- **Utilidad:** Son las normas de guía, informativas, oportunas y capaces de influir. Se ocupan de determinar si una evaluación satisface las necesidades prácticas de información en una audiencia.
- **Factibilidad:** Reconoce que una evaluación educativa se debe realizar en un ambiente natural. La factibilidad de las normas requiere que las evaluaciones sean realistas, prudentes, económicas, diplomáticas.
- **Legitimidad:** Es asegurar que los derechos de las personas afectadas por una evaluación se protejan; éstas normas requieren que aquellos que dirigen las evaluaciones aprendan y añadan las leyes referidas a asuntos como la privacidad, la libertad de información y la protección de los sujetos. Las normas de legitimidad requieren que las evaluaciones se realicen legalmente, con ética y con el debido respeto hacia el bienestar de quienes participan en la evaluación, así como aquellos afectados de los resultados.

- **Precisión:** Esta categoría influye aquellas normas cuya intención es asegurar que una evaluación revele y proporcione la información adecuada acerca de las características del objeto de estudio y determinar su mérito o valor.

LAS NORMAS MÁS RELEVANTES SON LAS SIGUIENTES:

- **Selección y alcance de la información:** se hace a través de lo que piden las autoridades. Las evaluaciones deben ser pertinentes a los objetivos de quiénes toman las decisiones.
- **Interpretación valorativa:** Las perspectivas, procedimientos y fundamentación que se utilicen para interpretar los resultados deben describirse con cuidado de manera que los juicios de valor sean claros.
- **Relación costo - producto:** Las evaluaciones deben proporcionar la información de valor suficiente para fundamentar la inversión de los recursos empleados, los beneficios denotan el valor de los resultados, incluyen el valor de diagnosticar y resolver los problemas y servicios ineficaces, determinando con precisión si las instituciones y programas están calificados para desempeñar funciones educativas específicas, descubrir como reducir los costos monetarios del programa sin disminuir sus servicios.
- **Obligación formal:** Las obligaciones de las partes formales de la evaluación deben acordarse por escrito, de tal forma que estas partes se agreguen obligatoriamente a todas las condiciones del acuerdo o se renegocien de manera formal.

Como ya se ha mencionado uno de los modelos que maneja a la evaluación es la cualitativa y uno de los investigadores que se ha interesado en llevarla a cabo es Robert Rippey. La evaluación educativa estaba dominada por acercamientos analíticos sistemáticos empleados habitualmente en la economía y la industria (Rivlin, 1971)³¹. Estas perspectivas enfatizaban la medición de variables fácilmente escalables y cuantificables que generaban datos muy fiables; se ajustaban al dominio prevalente en la investigación educativa ejercido por el positivismo y los modelos experimentales. Mientras que apuntaban temas de causalidad que eran de interés para los planificadores de los programas, los datos que proporcionaban eran insatisfactorios porque no podían explicar por qué los programas tenían el impacto -o la falta del mismo- que indicaban los resultados. Además, la validez de muchos de los datos era cuestionada por los prácticos, quienes encontraban que las preguntas respondidas y las interpretaciones dadas eran incongruentes con sus propias experiencias y creencias (Guttentag, 1977; Helfgot, 1974; House, 1979; LeCompte, 1972)³².

También el paradigma experimental era inadecuado para mostrar las complejidades del cambio institucional e instruccional. A principios de los setenta estaba claro que ni la experiencia de los alumnos y profesores, ni los factores relacionados con el centro que afectan a los resultados de los alumnos, podían consignarse adecuadamente con los procedimientos metodológicos empiricistas (Goetz y LeCompte, 1984:28)³³.

Por el contrario, eran necesarios estudios con detenimiento a pequeña escala utilizando observaciones participantes y no participantes durante un largo período de tiempo. Únicamente este tipo de estudios podría ayudar a los investigadores a entender los procesos de cambio, los obstáculos que lo impiden y los factores que lo hacen exitoso.

Los investigadores educativos denominan a esto "método de estudio de caso" (Stake, 1978)⁴⁴, mientras que investigadores más orientados a las ciencias sociales se centran en observaciones participantes y le asignan el nombre de "evaluación etnográfica" a tales procedimientos. Las agencias financiadoras comienzan rápidamente a exigir que el "componente etnográfico" se incluyera en cualquier diseño de evaluación. El uso del término etnográfico, en lugar de un término más general y apropiado como "cualitativo" o "proceso", puede haberse potenciado por el hecho de que los componentes etnográficos eran llevados a término por antropólogos y sociólogos.

A pesar de su fuerza, la investigación etnográfica no estuvo exenta de dificultades. Los estudios a menudo duraban mucho, incluían demasiados datos y generaban pocos resultados satisfactorios para los que debían tomar decisiones. Como remedio, muchos metodólogos se destacaron por la combinación de estrategias cuantitativas y cualitativas (Jaeger, 1988; Goetz y LeCompte, 1991; Reichardt y Cook, 1979)⁴⁵, las primeras para satisfacer a los que toman decisiones deseosos de una apreciación del impacto y las últimas para los planificadores y prácticos que realmente querían comprender cuáles eran las consecuencias de su trabajo.

A mediados de los ochenta, algunos investigadores evaluativos comienzan a proclamar una nueva forma de evaluación de proceso, formativa, naturalista (Lincoln y Guba, 1985)⁴⁶, etnográfica (Fetterman y Pitman, 1986)⁴⁷ o cualitativa (LeCompte y Goetz, 1982)⁴⁸. Sin embargo no ha sido fácil que los fundamentos y orientaciones de estos modelos se legitimaran y se consideraran estándares en la evaluación de programas.

Hay tres aspectos de los Standards que son los que más importancia tienen para los investigadores cualitativos: La preocupación por los aspectos humanos de la evaluación; las cuestiones de validez y significado; y una definición más amplia de las técnicas de recogida y análisis de datos que se consideran legítimas.

Los temas humanos de la interacción, los intereses encubiertos, los éticos - aquellos aspectos implicados en la complicada existencia del mundo real en la línea de fuego- son de especial significado en la evaluación de la evaluación.

Los mandatos positivistas de la mayoría de la evaluación e investigación educativas ignoraban en el pasado este conflicto y dejaban al investigador ser al menos sobrecogido, si no manipulado y manejado, por miembros amenazadores y apasionados de grupos con intereses ocultos. Se sobre enfatice la necesidad de que el evaluador ayude a que todas las partes lleguen a un consenso.

Los evaluadores deben identificar y establecer relaciones contractuales con todos los patrocinadores interesados. En otra parte del documento, los patrocinadores son caracterizados como un grupo, más que como el grupo más directamente implicado en el proyecto: participantes del programa, evaluadores, y la entidad o agencia que financia la evaluación, todos aquellos implicados y todos aquellos afectados por los resultados de la evaluación.

Un aspecto beneficioso es la descentralización que hace del evaluador con respecto al establecimiento de preguntas significativas de evaluación. Los evaluadores deben estar seguros de que tienen en cuenta las interpretaciones y los significados de los participantes. "Identificación de valores" dice que cada proyecto incluye a una variedad de participantes que harán -y deben ser capaces de hacerlos-juicios de valor e interpretaciones sobre el informe del evaluador.

También enfatizan la necesidad de que los evaluadores lleven a cabo descripciones exhaustivas características de los programas, de los procesos de ejecución y de los problemas de los participantes que participan en ese momento en el programa, los investigadores cualitativos creen que asegurar la validez interna y la de constructo es un asunto bastante complejo.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

La validez de constructo en medición dice si el método usado o la pregunta hecha correctamente tienen que ver con la información buscada. Los investigadores cualitativos interpretan que esto significa "tiene la construcción de las preguntas -y las propias preguntas- sentido para el informante?". Los instrumentos utilizados por los investigadores poseen un lenguaje inaccesible para los informantes. Hacer un buen trabajo de investigación y análisis cualitativo, significa que el investigador debe buscar activamente los significados y las interpretaciones que los participantes dan a sus acciones en un proyecto y usarlas para organizar mejor su esquema de análisis (Erickson, 1986).

Los Standards otorgan explícitamente a los datos cualitativos casi la misma confianza que a los datos cuantitativos, y alertan a los evaluadores contra el "error común" de descartar datos tales como aquellos que son recogidos a través de entrevistas personales, testimonios y análisis de documentos, que suelen ser considerados como datos distorsionados.

El contexto es, por supuesto, el fondo de la cuestión de las interacciones humanas; Como cualquier interacción humana, los programas educativos están "embebidos en y afectados por el/los contexto/s de una forma difícil de desenmarañar" (op.cit.)⁵⁹. La necesidad de la descripción y el análisis exacto de esos factores y efectos contextuales es, creo, también exactamente lo que generó la insatisfacción de los sesenta o setenta con el entonces contemporáneo criterio de una buena evaluación. Los antropólogos y sociólogos han considerado desde hace tiempo que las "características generales" de la vida son aquellos patrones normativos frecuentemente no reconocidos que gobiernan la existencia diaria; son éstos, más que los eventos inusuales, únicos o no normativos, los que constituyen los procesos de los programas que causan los efectos que el evaluador desea estudiar.

Es por eso que nosotras después de haber revisado los temas ya planteados llegamos a la siguiente conclusión, es importante resaltar tres conceptos que forman parte de la misma evaluación como son el que surge de la pedagogía, el de la educación y sobre todo rescatar los diferentes puntos de vista para llegar a nuestro propio concepto.

El concepto de evaluación en la educación es el que cumple muchas más funciones que sólo el enjuiciamiento de situaciones educativas, aunque ésta sea su principal tarea metodológica, el fin de ésta es ser viable para que responda a los propósitos y necesidades de mejoramiento de los procesos escolares.

Para la pedagogía la evaluación es un elemento porque con ella se mide el desempeño de los alumnos, de los maestros, de las escuelas y en general del sistema escolar, para que los resultados sean útiles la evaluación debe hacerse de manera permanente y con alto nivel por lo tanto la evaluación no es un fin en sí misma; es un medio para mejorar la enseñanza, los procesos de ésta y a la vez poder crear estrategias que permitan al individuo mejorar los aspectos que se le dificultan.

Al haber revisado los distintos conceptos de evaluación de los autores citados anteriormente nos damos cuenta que la evaluación para la mayoría de ellos consiste en: cuantificar por medio de escalas el conocimiento adquirido por el sujeto, esta definición se ha dado desde la aparición de este concepto.

Sin embargo el concepto que manejan Rossi y Freeman nos sirve de base para los fines de esta investigación, ya que su concepto está dirigido a proyectos sociales y el programa evaluado es de corte social. Ellos mencionan que los resultados de la evaluación sensibilizan al individuo acerca de la existencia de determinados problemas con ello se contribuye a movilizar la conciencia social

además de que pone de manifiesto la ineficacia de ciertas prácticas permitiendo conocer el impacto real de determinadas acciones.

Por lo tanto nuestro concepto de evaluación lo hemos definimos de la siguiente manera:

“Es el proceso por medio del cual se puede diagnosticar, verificar y comprobar los conocimientos y habilidades que adquiere el individuo. Mediante este proceso se pueden detectar las deficiencias de los programas educativos para mejorar las posibles fallas encontradas por medio de instrumentos de evaluación, es por ello que la evaluación nos ayudará a mejorar las estrategias utilizadas en los programas educativos para así alcanzar los objetivos perseguidos y llegar a un mejor rendimiento y lograr la calidad deseada.”

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL CURSO-TALLER PARA LA FORMACIÓN DEL ASISTENTE RURAL DE SALUD

CAPITULO III

El análisis que se llevó a cabo en materia de salud pública en nuestro país, fue con el motivo de conocer las condiciones por las cuales surge el Programa IMSS-SOLIDARIDAD el cuál nos muestra el contexto donde opera este programa, cuando nos referimos al contexto estamos hablando de los aspectos sociales, culturales, económicos en los que se desenvuelven las comunidades que IMSS-SOLIDARIDAD apoya.

El amparo que ofrece esta institución es con respecto a la salud personal, esto lo hace a través de pláticas informativas en las cuáles se orienta a la comunidad de manejar en óptimas condiciones su sanidad. Para esto se requiere de una persona que sepa proporcionar dicha información, que maneje un lenguaje claro y fácil de comprender. Es por ello que el Programa IMSS-SOLIDARIDAD capacita gente de la entidad, que tenga interés de ayudar a su comunidad. Esto se revisó en el primer capítulo de ésta tesis con la finalidad de proporcionar al lector el panorama en el cual se desarrolla nuestra investigación.

Anteriormente se hizo mención de la capacitación que imparte el programa, como es sabido todo proceso de aprendizaje requiere de un método que certifique que los conocimientos que se transmiten se han de utilidad en nuestra vida; para lo cual es necesario llevar a cabo una evaluación que responda a los propósitos y necesidades de mejoramiento de los procesos de enseñanza.

Para darle sustento a lo que vamos a realizar, se dedicó un apartado específico que concierne al tema de la evaluación enfocada especialmente al área de la capacitación.

La investigación de tipo documental bibliográfica que se realizó a lo largo de los dos primeros capítulos anteriormente citados, nos aporta las bases para realizar un estudio de campo que nos permitió demostrar la eficacia, eficiencia y vigencia del Curso-Taller de formación del Asistente Rural de Salud.

En el presente capítulo el cual lleva por título *Metodología para el Desarrollo del Instrumento de Evaluación del Curso-Taller para la formación del Asistente Rural de Salud*, está enfocado a la realización del estudio de campo y sus resultados. En él describimos el modelo de investigación de campo que se adapta a nuestro proyecto, así como el tipo de estadística que utilizamos para concentrar los datos recabados y de esta manera sacar el porcentaje de las respuestas de los instrumentos de evaluación diseñados específicamente para efectos de esta investigación. El siguiente punto a tratar es el análisis de los resultados obtenidos mediante los instrumentos de evaluación que utilizamos, dicho análisis nos ayudó a llegar a una conclusión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.1 INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Nos apoyamos en la Investigación de tipo descriptiva³³ porque los estudios de ésta índole tratan de obtener información acerca del estado actual de los fenómenos. Con ello se pretende precisar la naturaleza de una situación tal como existe en el momento del estudio. Su objetivo consistió en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes mediante la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas.

Pero la investigación descriptiva no se limita a la mera recolección de datos; la meta es la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables, en conclusión el objetivo de esta investigación consiste en describir "lo que existe" con respecto a las variaciones o a las condiciones de una situación. El investigador no va a comprobar una hipótesis sino a buscar información que le ayude a tomar una decisión.

Existen diversos tipos de estudios que pueden calificarse de investigaciones descriptivas³⁴, como son:

- Estudios de casos
- Encuestas
- Estudios de tipo evolutivo
- Estudios de seguimiento
- Análisis documental
- Análisis de tendencias
- Estudios de correlación

³³ RAZAVIEH, Jacobs A. Introducción a la investigación pedagógica. Editorial Mac Graw-Hill. 2 edición, México D.F. 1994 Pág. 25

³⁴ *Ibid*, Pág. 26

Aunque algunas veces permiten probar hipótesis, por lo general se clasifican como métodos descriptivos. El tipo de estudio que más se asemeja a nuestra investigación es la encuesta, ésta se encarga de recoger datos más o menos limitados a partir de un número relativamente extenso de casos. Su finalidad es conseguir información sobre las variables y no sobre los individuos. Dentro de la encuesta tenemos cuatro categorías³⁵:

- Un censo de objetos tangibles.
- Un censo de objetos intangibles.
- Una encuesta muestral de objetos tangibles.
- Una encuesta muestral de objetos intangibles.

La que tomamos como referencia para nuestra investigación es la encuesta muestral de objetos intangibles, que es la que se encarga de medir constructos psicológicos y sociológicos para ello se necesita identificar o construir mediciones adecuadas para hacer afirmaciones significativas sobre las construcciones del estudio. En éste tipo de encuesta muestral se averigua la eficacia con que los instrumentos miden las construcciones que se emplearon y lo llega a sustentar.

3.2 DISEÑO DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Para llevar a cabo la recolección de datos de dicha investigación utilizamos la técnica de encuesta y como instrumento³⁶ de medición el cuestionario, se aplicaron dos diferentes tipos de cuestionario, el primero es de respuesta dicótomas y respuesta múltiple el cuál irá dirigido al Asistente Rural de Salud

³⁵ Ibid, Págs. 308-314.

³⁶ Ibid, Pág. 178 Cualquiera que sean los instrumentos que se escojan, estos deberán ser validos y confiables. Un instrumento valido mide en forma precisa lo que desea medir y un instrumento confiable dará los mismos datos a datos similares y demostrará su consistencia a lo largo del tiempo. Asegúrese de mantener sus instrumentos lo más breves posible, incluyendo solamente los puntos necesarios para obtener la información que esta buscando. Asegúrese de que existan instrucciones claras y precisas para utilizar el instrumento. Utilice palabras que tengan un solo significado.

(Anexo 1) y el segundo de respuestas dicótomas ya que está orientado hacia la población derechohabiente (anexo 2), los dos cuestionarios serán aplicados de manera personal.

3.3 DETERMINANDO EL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Dado que el universo de población en el cuál se desenvuelve nuestro proyecto, corresponde al mismo que atiende el Programa IMSS-SOLIDARIDAD, y dicho universo está conformado por diecisiete Estados de la República. Por lo tanto es necesario seleccionar una muestra representativa que nos ayude a obtener datos significativos de la población a estudiar. El tipo de muestra que más se adecua a nuestra investigación es el muestreo proporcional.³⁷

Debido a lo extenso del universo de población elegimos un sólo Estado de la República donde opera el programa, se escogió uno de los estados más cercanos al Distrito Federal la entidad que cumplió con éste requisito fue el estado de Hidalgo el cuál cuenta con 717 Asistentes Rurales de Salud, sé eligió el 15% del total de Asistentes y un porcentaje significativo de la población que recibe el apoyo que brinda el Asistente Rural de Salud de esa localidad.

El análisis de conteo se hizo por medio de la Estadística Inferencial³⁸ ya que ella nos ayuda a estimar los parámetros de comparación entre los dos cuestionarios que fueron aplicados.

³⁷ Esta técnica requiere que de los diversos estratos, se seleccionen al azar un número de unidades, de acuerdo a la proporción de la población total que represente cada uno de esos grupos.

³⁸ Página Web www.hrc.es/bioest/Introducción.html La Estadística Inferencial pretende generalizar los resultados en la muestra a la población o universo. Los datos casi siempre son recolectados de una muestra y sus resultados se denominan "estadígrafos", la media o la desviación estándar de la distribución de una muestra son estadígrafos. A las estadísticas de la población o universo se les conoce como "parámetros". Los parámetros no son calculados porque no se recolectan datos de toda la población, pero pueden ser inferidos de los estadígrafos de ahí el nombre de "estadística Inferencial". La estadística Inferencial puede ser utilizada para dos procedimientos: probar hipótesis o estimar parámetros.

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA:

Observando las siguientes condiciones:

- La población objeto de estudio es muy grande.
- El cuestionario a aplicar es muy reducido.

Se estimo conveniente el uso de la siguiente formula:

$$N = 717 * 15 / 100 = 107 \text{ unidades muestrales}$$

La cuál nos da el tamaño de la muestra, donde:

N = al tamaño de la muestra.

717= al 100 % de la población total de Asistentes Rurales de Salud en el estado de Hidalgo

15 = al porcentaje estimado para la muestra.

Total = 107 unidades muestrales

3.4 LEVANTAMIENTO DE DATOS

Conocido el tamaño de la muestra se definió que del total obtenido, 53 cuestionarios fuesen aplicados en la reunión del municipio de Tepeapulco y los 54 restantes en Metepec, las dos entidades pertenecen al Estado de Hidalgo.

El levantamiento de la información se llevó a cabo en la Unidad Médica Rural (UMR) de cada municipio donde se realizan reuniones trimestrales de intercambio de experiencias entre Asistentes Rurales de Salud.

Una de nuestras primeras complicaciones fue que en Tepeapulco sólo asistieron 37 Asistentes Rurales dejándonos un faltante de 15 encuestas asignadas a aplicar en esta localidad. Otra de las dificultades fue que al platicar con algunos de los Asistentes Rurales de Salud su nivel de estudios era sumamente bajo y que nuestro instrumento de evaluación estaba muy por encima de ese nivel, ya que era demasiado complejo, así que tuvimos que modificar en ese instante el formato que llevábamos, tratando de no cambiar la esencia del mismo, ya con el cuestionario renovado procedimos a su aplicación.

En Metepec nos encontramos con que asistió más gente de la que esperábamos, lo cuál provocó que rebasáramos el tamaño de nuestra muestra llegando a 126 entrevistas contestadas. Por último se aplicaron en cuatro comunidades distintas las encuestas dirigidas a la población.

3.5 CONCENTRADO DE DATOS

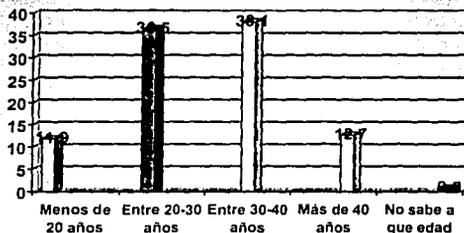
El vaciado de datos se encuentra en las siguientes gráficas, del cuestionario aplicado al Asistente Rural de Salud, los resultados obtenidos se muestran a continuación, posteriormente encontraremos los resultados del cuestionario aplicado a la población:

QUESTIONARIO APLICADO AL ASISTENTE RURAL

En la pregunta número uno se preguntó:

1. ¿A qué edad toma usted el Curso-Taller de Formación del Asistente Rural de Salud?

En cuya respuesta se obtuvieron los siguientes resultados:



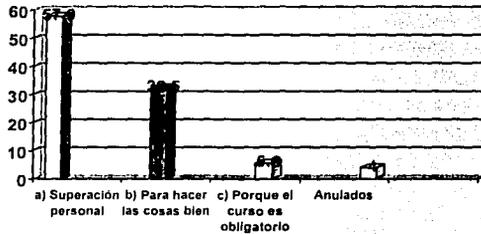
Se puede apreciar que la mayoría de los Asistentes Rurales encuestados tomó el curso de capacitación cuando tenía entre 30 y 40 años de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La pregunta número dos fue:

2. ¿Qué lo motivo a tomar éste curso?

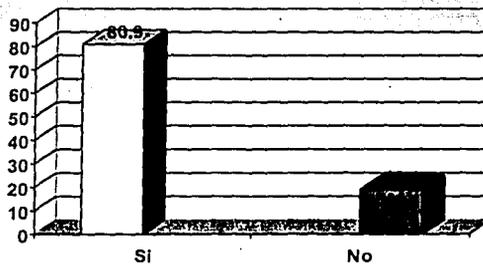
En cuya respuesta se obtuvieron los siguientes datos:



Podemos ver que el 57.9% de la población encuestada asistió al curso para superarse personalmente

La interrogante número tres se preguntó:

3. ¿Cree usted que a partir del momento en que tomó el curso su vida sufrió algún cambio para bien o para mal?

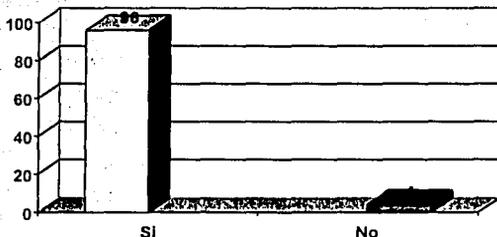


Significa que el 80% de la población afirma que a cambiado su manera de vivir para bien.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la pregunta número cuatro se preguntó:

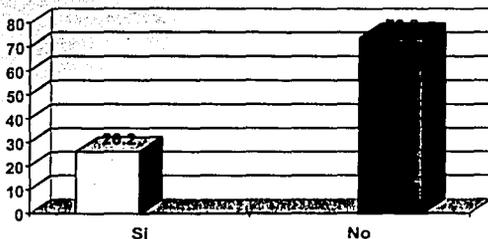
4. ¿A partir de que tomó el curso siguió estudiando?



Por lo cuál los resultados de ésta nos muestran que el 96 % continuó sus estudios como consecuencia de la capacitación.

La pregunta numero cinco fue:

5. ¿Ha sido difícil para usted transmitir a su comunidad los conocimientos que aprendió en el curso?

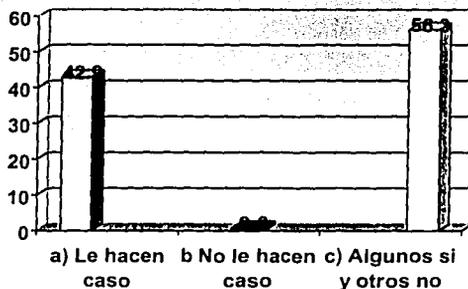


El porcentaje más alto de los encuestados niega haber tenido alguna dificultad para transmitir la información aprendida en el curso de capacitación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la pregunta número seis se preguntó.

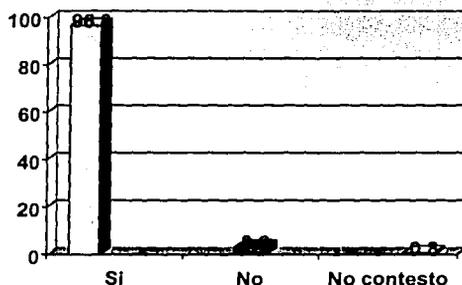
6. ¿Cómo ha tomado su comunidad la información que se les da?



El 56.3 % de los Asistentes encuestados respondió que algunas de las personas de su comunidad les hacen caso y otros no.

La interrogante número siete se refiere a:

7. ¿Cree usted que los maestros (instructores) que imparten el curso saben los temas o clases que les dan?

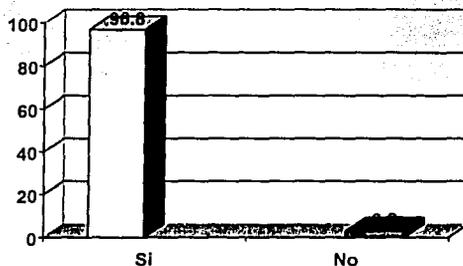


Se puede apreciar que el 96% de la población entrevistada considera que están bien preparados los instructores que imparten el curso.

TEMAS CON
FALLA DE ORIGEN

En la pregunta numero ocho se preguntó:

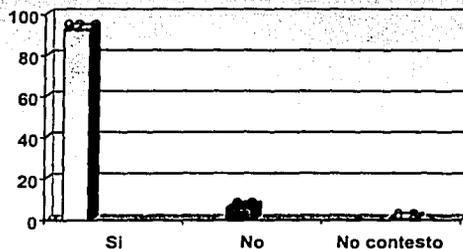
8. ¿Considera que se den cursos que complementen la formación del Asistente Rural de Salud?



En la gráfica anterior se observa que el 96% de los entrevistados proponen que se den cursos complementarios.

En la última interrogante de éste instrumento se preguntó:

9. ¿Cree necesario que se renueven los contenidos del curso?



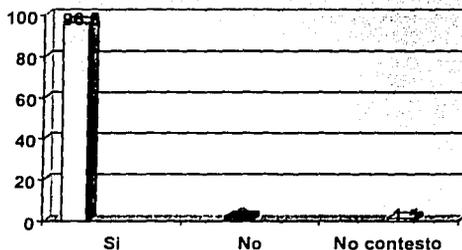
De acuerdo con los porcentajes anteriores podemos decir que la mayoría de los encuestados considera necesaria la actualización de los temas del curso

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO APLICADO A LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL ASISTENTE RURAL DE SALUD.

En la interrogante número uno se pregunta a la población beneficiada si:

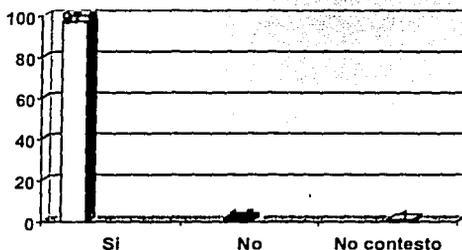
1. ¿El asistente rural le explicó a usted y a su comunidad en que consiste el Programa IMSS-SOLIDARIDAD?



En ella se puede apreciar que el 96% sabe que es el Programa IMSS-SOLIDARIDAD.

La pregunta número dos de ésta encuesta fue:

2. ¿Le tiene confianza al Asistente Rural de Salud?

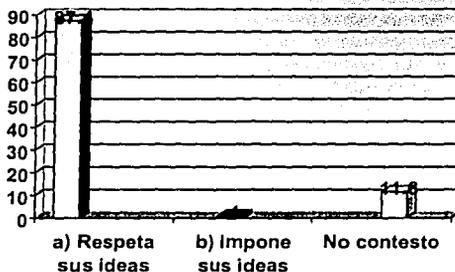


Sus resultados nos muestran que el 97% de los encuestados confía en su Asistente Rural de Salud porque son gente de su misma comunidad.

TEST CON
 FALLA DE ORIGEN

En el punto número tres del cuestionario dirigido a la población atendida por el Asistente Rural de Salud se preguntó:

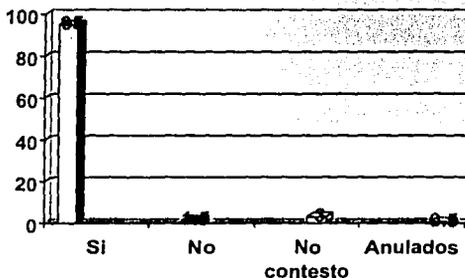
3. ¿Qué actitudes muestra el asistente rural de salud en su comunidad?



La respuesta con el porcentaje más significativo obteniendo el 87.4 % fue aquella que menciona las actitudes del Asistente Rural de Salud para con su comunidad las cuáles son: solidaridad, respeto y comprensión.

En la interrogante número cuatro preguntamos:

4. ¿Cuándo el asistente rural de salud da las platicas le entiende usted todo lo que dice?

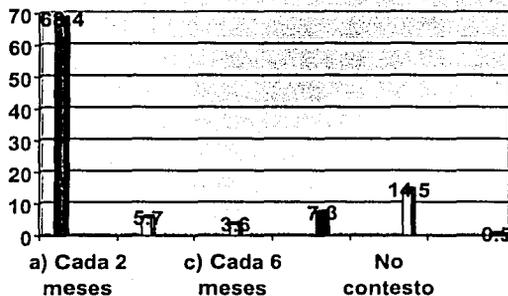


Esta grafica nos muestra que el 95% de la población comprende las platicas impartidas por el Asistente Rural de Salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La pregunta numero cinco se refirió a:

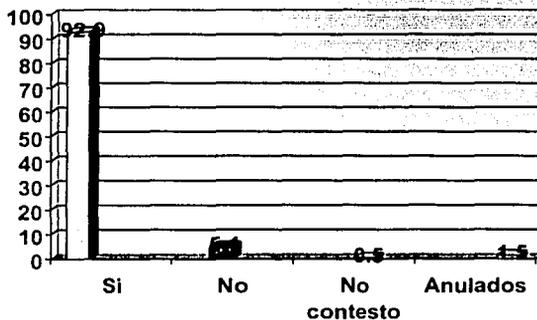
5. ¿Cada cuándo lo va a visitar en su domicilio el Asistente Rural de Salud?



La gráfica nos muestra que el 68.4% de la población encuestada es visitada por su Asistente Rural de Salud cada dos meses.

En la interrogante numero seis se preguntó a la población beneficiada sí:

6. ¿Participa usted en las actividades de su comunidad?

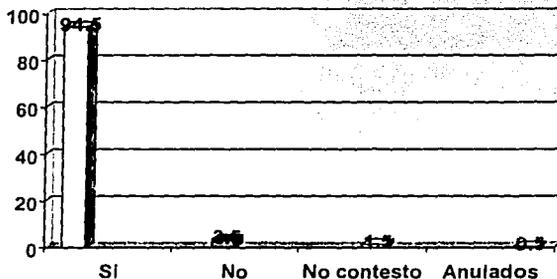


El 92.9 % de la población encuestada participa en las actividades coordinadas por el Asistente Rural de Salud en beneficio de la comunidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La pregunta numero siete de esta encuesta fue:

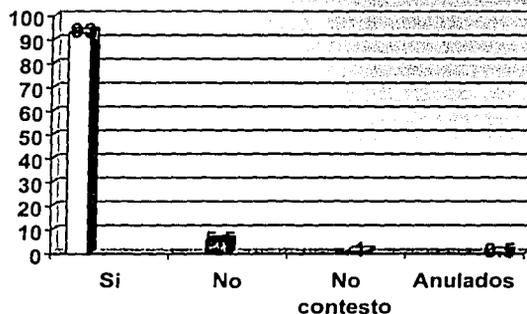
7. ¿Le han dicho cuáles son las actividades que debe realizar dentro de su comunidad?



El 94.5% de la población encuestada conoce cuáles son las actividades que debe realizar para el beneficio de su comunidad.

En el punto numero ocho del cuestionario dirigido a la población atendida por el Asistente Rural de Salud se preguntó si

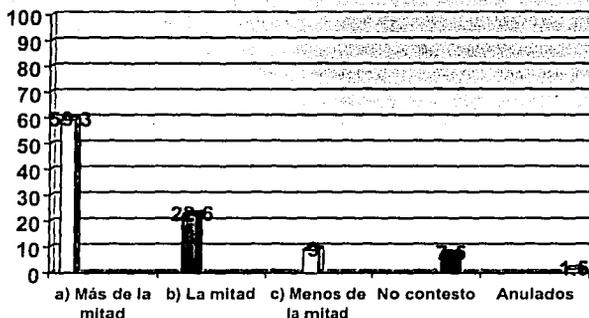
8. ¿El asistente rural de salud organiza reuniones de interés para su comunidad?



El 93.0% de los encuestados respondió que sí se han realizado reuniones interesantes.

TEMAS CON
FALLA DE ORIGEN

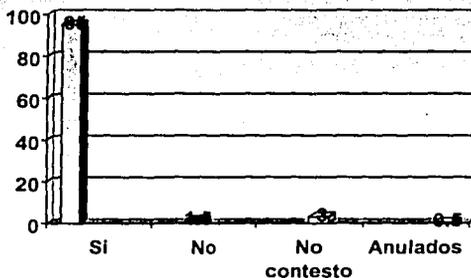
En la interrogante número nueve preguntamos a la población encuestada:
9. ¿Cuántas personas de la comunidad asisten a esas reuniones?



Nuestra respuesta de más alto con un 59.3% nos dice que a esas reuniones asiste más de la mitad de la población

En la pregunta numero diez se refirió a:

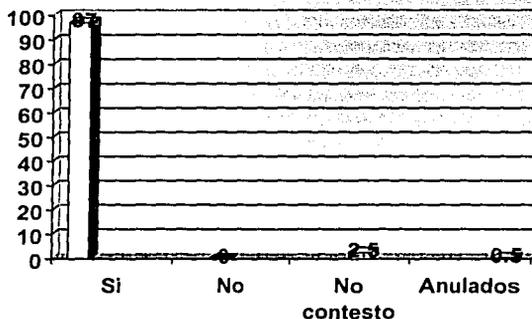
10. ¿Cuándo se han realizado obras en beneficio de la comunidad ustedes participan entusiastamente?



El 86.9 % de la población participa entusiastamente en las obras que se han realizado en beneficio de su comunidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

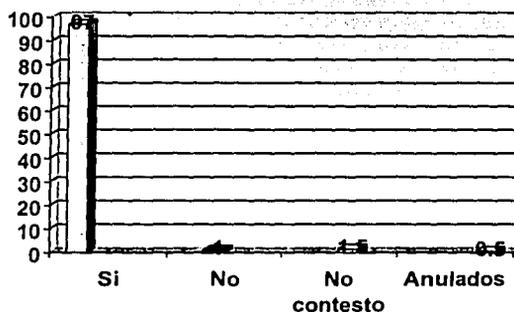
En la interrogante numero once se preguntó a la población beneficiada sí:
11. ¿Le han informado la importancia de tener una buena salud?



El 97% de la población está informado de lo importante que es tener una buena salud

La pregunta numero doce de esta encuesta fue:

12. ¿Le han dicho como llevar una buena alimentación?

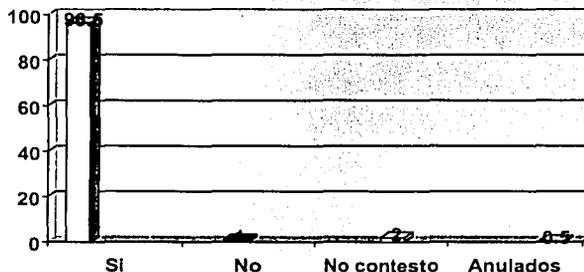


El 97% de la población interrogada sabe como llevar a cabo buenos hábitos de alimentación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el punto numero trece del cuestionario dirigido a la población atendida por el Asistente Rural de Salud se preguntó si:

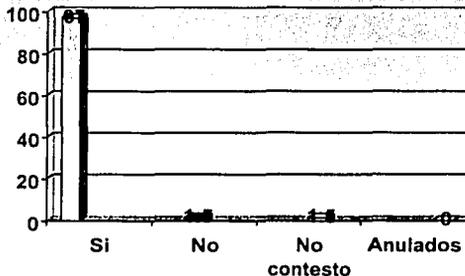
13. ¿Sabe cómo utilizar los recursos naturales comestibles que se encuentran a su alcance?



El 96.5% de los encuestados utiliza de manera adecuada los recursos naturales que se encuentran a su alcance.

En la interrogante numero catorce preguntamos si:

14. ¿El asistente rural de salud les ha proporcionado información acerca del tipo de alimentación que debe llevar las mujeres embarazadas y los niños?

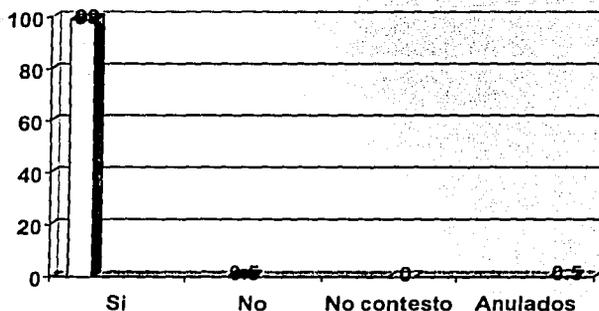


El 97 % de la población ha sido informada del tipo de alimentación que debe llevar una mujer embarazada y los niños.

TESTES CON
FALLA DE ORIGEN

La pregunta numero quince se refirió a:

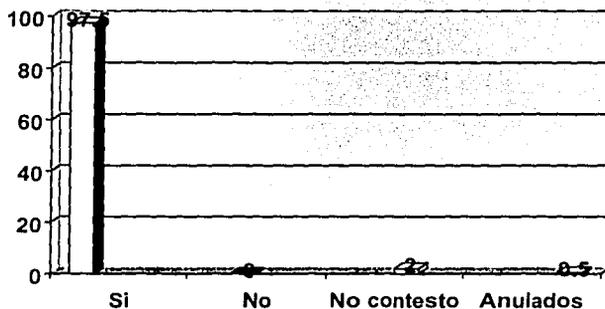
15. ¿Les han brindado información sobre los diferentes métodos para evitar los embarazos?



El 99 % de los encuestados cuenta con la información necesaria de los métodos anticonceptivos.

En la interrogante numero dieciséis se preguntó a la población encuestada si:

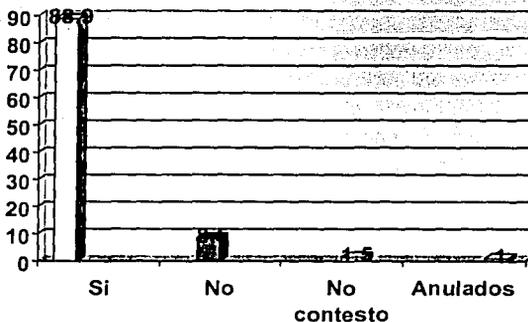
16. ¿Fueron informadas las mujeres sobre los posibles riesgos antes y después del parto?



A lo que el 97.5% contestó que fue informada de los posibles riesgos antes y después del parto.

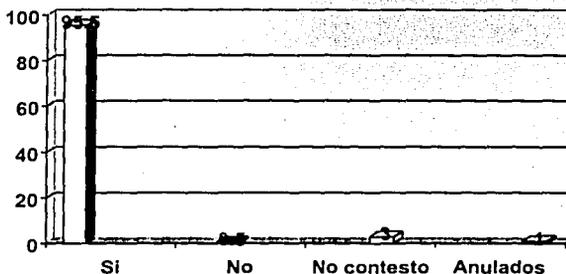
ENCUESTA CON
FALLA DE ORIGEN

La pregunta numero diecisiete de esta encuesta fue:
17. ¿Con ayuda del asistente rural de salud han hecho mejoras en su casa?



El 88.9% de los encuestados ha recibido ayuda para realizar mejoras en su vivienda.

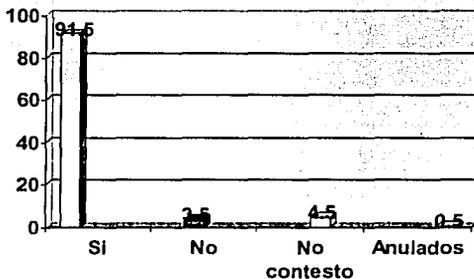
En el punto numero dieciocho del cuestionario dirigido a la población atendida por el Asistente Rural de Salud se le pregunto si:
18. ¿Se les habló sobre como prevenir accidentes y riesgos en su hogar, trabajo o vía pública?



El 95.5% de los encuestados sabe como prevenir accidentes en su hogar, en su trabajo y en la vía pública.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

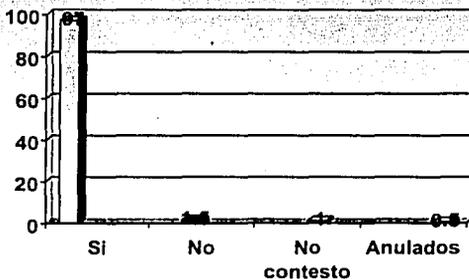
En la interrogante numero diecinueve preguntamos si:
19. ¿Le han enseñado como cuidar y conservar sus recursos naturales?



El 91.5% de la población encuestada sabe como cuidar y conservar sus recursos naturales

En la pregunta numero veinte se refirió a:

20. ¿Se le ha enseñado a distinguir los animales que pueden ser dañinos para su salud y como combatirlo para cuidar su salud?

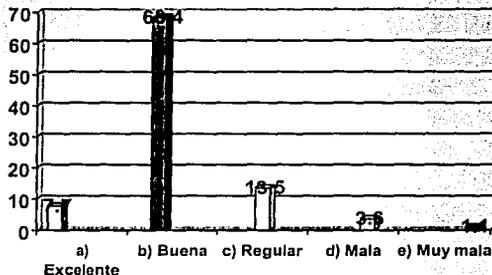


El 97% de los encuestados sabe distinguir la fauna nociva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La última pregunta de esta encuesta fue:

21. Usted cree que la labor que a realizado el Asistente Rural de Salud ha sido:



El 53.3% de la población encuestada considera que la labor del Asistente Rural de Salud ha sido buena.

3.6 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CUESTIONARIO APLICADO AL ASISTENTE RURAL DE SALUD.

En este apartado describiremos de manera concreta los aspectos más relevantes de los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos, por consiguiente sólo mencionaremos el porcentaje que tenga mayor puntuación en cada gráfico. Primero se hará el análisis del primer instrumento aplicado al Asistente Rural de Salud y posteriormente del segundo instrumento dirigido a la comunidad beneficiaria del Programa IMSS-SOLIDARIDAD.

En la gráfica número uno se puede observar que la mayoría de los encuestados cuando acudió al curso de capacitación para ser Asistente Rural de Salud, se encontraba entre los 30 y los 40 años de edad, lo cuál nos indica que en ese rango de edad las personas se preocupan más por su salud y la de su comunidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la pregunta número dos la cuál habla del motivo por el cuál ellos tomaron el curso, la respuesta más frecuente es la de superación personal con un 57.9 %, siendo éste el porcentaje más alto, creemos que eligieron ésta respuesta porque el curso les dio la seguridad y motivación para continuar sus estudios.

El cuadro numeró tres nos muestra que el 80.9 % de los encuestados considera que a raíz de que recibió la capacitación, su vida cambió significativamente, ya que les ayudó a elevar su autoestima y les ofreció una manera de utilizar provechosamente su tiempo libre.

Un dato muy importante manifestado en el gráfico cuatro es que el 96 % de los entrevistados continuó estudiando y/o decidió reanudar sus estudios.

El 73.8 % del tamaño de la muestra dijo que no había tenido dificultad en transmitir los conocimientos aprendidos en el curso, suponemos que esto se ha dado por la seguridad y confianza que adquirieron en sí mismos al tomar el curso de capacitación. (Gráfica 5.)

Con respecto a la pregunta seis que menciona ¿Cómo ha tomado su comunidad la información que usted le proporciona?. El 56.3 % de los asistentes respondió que algunas personas le hacen caso y otras no; sabemos que la apatía se da en todas partes, lo importante es trabajar con las personas que están en la mejor disposición para mejorar su comunidad.

La tabla siete nos revela que 96.8 % de los asistentes considera que los instructores que imparten el curso están bien preparados, esto se ha dado porque el Asistente Rural de Salud ha respondido de manera eficiente las dudas de su comunidad e imparte las pláticas con fluidez.

Las respuestas a las preguntas ocho y nueve nos reflejan la necesidad de actualizar y complementar el Curso para la formación del Asistente Rural de

Salud, ya que en ambas respuestas es más del 90% de la población encuestada hace esas peticiones.

El último punto de nuestra encuesta se refiere a las sugerencias que pueda aportar el Asistente Rural de Salud para mejorar el curso de capacitación, a lo que la propuesta de la mayoría fue que se impartieran los cursos con una mayor frecuencia.

A continuación haremos el análisis de resultados del cuestionario aplicado a la población que recibe el apoyo del Asistente Rural de Salud, para posteriormente comparar los resultados de ambos estudios.

CUESTIONARIO APLICADO A LA POBLACIÓN QUE ES ATENDIDA POR EL ASISTENTE RURAL DE SALUD

El 96.5% de la población entrevistada afirma que el Asistente Rural de Salud explicó a la comunidad en que consiste el Programa IMSS-SOLIDARIDAD.

El 97.5% de la población encuestada confía en su Asistente Rural de Salud, porque son personas de su misma comunidad.

Las actitudes más predominantes en el asistente rural de salud son las de respetar las ideas de la población que atiende, así como la comprensión y la solidaridad con ellos, esto lo podemos comprobar con el porcentaje que se observa en la grafica tres, el cual es del 87.4 %.

El 95 % de las pláticas dadas por el Asistente Rural de Salud son entendidas por la población, ya que las hace de manera sencilla. (Ver Gráfica 4)

La respuesta con el mayor porcentaje en la pregunta cinco es la que dice cada dos meses y tiene el 68.4 %.

El 92.9 % de la población participa en las actividades de su comunidad. (Ver Gráfica 6)

El 94.5 % de los encuestados sabe cuáles son las actividades que debe realizar dentro de su comunidad. (Gráfica 7)

Las reuniones que organiza el asistente rural de salud para el 93 % de la población entrevistada son interesantes. (Gráfica 8)

La concurrencia a ese tipo de reuniones es de más de la mitad de la población según los datos extraídos el 59.3 % de la población siempre asiste a ellas. (Gráfica 9)

Al realizar obras en beneficio de la comunidad el 86.9 % de la población encuestada participa con entusiasmo. (Gráfica 10)

El 97 % de los entrevistados sabe la importancia de tener una buena salud. (Gráfica 11)

En la pregunta número doce el 97% de la población dijo que sí le habían informado de importancia de llevar una buena alimentación.

La gráfica trece nos muestra que el 96.5 % de los encuestados utiliza los recursos naturales comestibles que se encuentran a su alcance.

El asistente rural de salud ha proporcionado al 97 % de las personas que atiéndela información a acerca del tipo de alimentación que deben tener las mujeres embarazadas y los niños. (Gráfica 14)

El 99 % de la población entrevistada tiene información de los métodos anticonceptivos. (Gráfica 15)

El 97.5 % de la población femenina encuestada contestó que si fue informada sobre los posibles riesgos antes y después del parto. (Gráfica 16)

El asistente rural de salud ha ayudado al 88.9 % de la gente entrevistada ha realizar mejoras en sus viviendas. (Gráfica 17)

El 95.5 % de los beneficiarios sabe como prevenir accidentes domésticos, laborales y la vía publica. (Gráfica 18)

El 91.5% de la población a la que se le aplicó la encuesta sabe como cuidar y conservar sus recursos naturales. (Gráfica 19)

El asistente rural de salud enseñó al 97 % de su comunidad a distinguir la fauna nociva y como combatirla. (Gráfica 20)

En nuestra última pregunta se pide a los encuestados su opinión acerca de la labor realizada por el asistente rural de salud el 68.4 % de ellos calificó el trabajo de su asistente rural de salud como excelente.

Después de haber descrito los puntos más sobresalientes de nuestras gráficas y de acuerdo con los resultados obtenidos por medio de la estadística aplicada percibimos que la mayoría de las personas que acudieron a tomar el Curso-Taller para la formación del Asistente Rural de Salud, sus edades se encuentran entre el rango de los 30 a los 40 años, por lo cual nosotros creemos que son personas con mayor experiencia y que ya se preocupan más por su salud.

A raíz de su participación en el curso, la vida de los nuevos asistentes rurales de salud cambia de manera significativa, ya que él haberse capacitado para este

nuevo puesto les ayudó a elevar su autoestima, a mejorar el entorno en el que viven y sobre todo los motivo a superarse tanto en el aspecto académico como en el plano personal, por mencionar algunos de éstos cambios relevantes nos encontramos que mejoraron la habilidad de expresarse con mayor facilidad y fluidez ante un grupo numeroso de personas, así como también perfeccionaron su destreza de establecer relaciones interpersonales, etc.

Consideramos que gran parte de éstos logros se dan porque los instructores que imparten el curso exponen los temas del mismo de una manera sencilla aproximando los temas a la realidad de las personas que se capacitan.

Hasta el momento sólo conocemos la opinión del Asistente Rural de Salud sin embargo para llegar a una conclusión más certera se hace necesario conocer la opinión de la población beneficiaria.

Gracias a los resultados arrojados por la encuesta aplicada a la población podemos decir que la gran parte de los encuestados confía plenamente en su Asistente Rural de Salud porque respeta las ideas de cada uno de ellos y de la comunidad en general, al mismo tiempo que los comprende y es solidario con ellos. Además capta la atención y el interés de los participantes en las pláticas dirigidas a la comunidad, logrando hacer que la mayoría de la población participe en las tareas en beneficio de la localidad.

La comunidad al acudir a las reuniones que organiza el Asistente Rural de Salud se ha ido conscientizando de lo importante que es llevar una vida más saludable, esto es gracias a que el Asistente Rural de Salud que ha manejado con gran habilidad y destreza los temas del curso, por citar algunos de ellos:

- Cuidados de una alimentación sana
- Cuidados del tipo de alimentación para mujeres embarazadas y niños
- Métodos anticonceptivos.

Cabe mencionar que la población beneficiada se encuentra satisfecha con la labor desempeñada por el Asistente Rural de Salud, calificándola como excelente. De ésta manera concluimos nuestro análisis de resultados obteniendo así datos muy importantes para nuestras conclusiones.

3.7 CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

Con lo revisado en el apartado anterior y lo visto hasta el momento podemos decir que la tarea de nuestro asistente rural de salud ha sido satisfactoria, sin embargo se hace necesaria la actualización constante de los contenidos del curso, ya que la situación que atraviesa el país ha ido cambiando³⁹, por consiguiente no podemos seguir manejando los mismos temas de igual manera, ya que la última modificación que sufrió éste curso fue en el año de 1995.

Por otro lado observamos que si se han alcanzado los objetivos que se mencionaron al principio del curso entre ellos encontramos:

- El Asistente Rural de Salud participará en el diagnóstico de salud y el programa de trabajo de la comunidad.
- El Asistente Rural de Salud brindará atención primaria a la salud promoviendo acciones de promoción y recuperación de la misma, participando en campañas de vacunación y actividades de saneamiento del medio familiar y comunitario.

³⁹ En el actual contexto de cambios y reformas sociales se requiere de enfoques evaluativos que ponen el énfasis en la calidad y pertinencia de los resultados por sobre la cobertura de sus acciones y en los aprendizajes de los equipos ejecutores más que en el control tradicionalmente asociado a la evaluación. Se exige fundamentalmente una efectiva y sustentable solución a los problemas que tienen los grupos con los cuales el proyecto trabaja.

- Realizará visitas domiciliarias con los Promotores Sociales Voluntarios con objeto de proporcionar orientación para las acciones de saneamiento familiar y comunitario, detectar enfermos, realizar seguimiento de casos y canalizar pacientes que lo ameriten a la unidad médica.
- Acudir a las reuniones con el equipo de salud de unidad médica para recibir orientación y asesoría.

Apoyándonos en la teoría de la evaluación de proyectos sociales específicamente en el apartado de las políticas que rigen dicha evaluación, la política social es la que se maneja en el ámbito del programa en cuestión ya que ésta "se encarga de elaborar los programas de inversión en capital humano (prepara a la mano de obra para que se incorpore al mercado de trabajo), y los orientados a la creación de empleos (asistenciales y promocionales); además cumple el objetivo de invertir en recursos humanos, pero necesita que el sistema productivo (económico) esté en condiciones de demandar ese personal, en otras palabras, donde puedan desarrollar las habilidades adquiridas. Tiene como principio la búsqueda de la equidad, y ésta implica la satisfacción de las necesidades básicas de la población, priorizándola según sus grados de urgencia relativa.

Por otro lado tiene costos de operación altos y constantes, y la calidad de servicios depende de los costos y el responsable de estos servicios es el Estado, pero la mayoría de las veces se les reduce el presupuesto, es por ello que se debe propiciar que los beneficiarios aporten recursos. Una opción sería el esfuerzo propio y la ayuda mutua."⁴⁰

Esta teoría menciona que para los "estudios cualitativos no sólo es describir que hacen los sujetos sino que significa para ellos lo que hacen, lo cuál es el significado de sus prácticas y comportamientos ", este estudio es el que a nosotros nos interesa pero traslademos esta frase a nuestra investigación.

⁴⁰ Página web www.rehue.esociales.uchile.cl/publicaciones/Mad/01/paper/0htm "Evaluación Constructivista de Proyectos". Revista Mad No. 1, septiembre 1999.

Creemos que para las personas que son Asistentes Rurales de Salud ser parte del equipo del programa IMSS-SOLIDARIDAD ha sido de gran relevancia porque como mencionábamos el tomar el curso ha transformado las expectativas de vida de los Asistentes Rurales de Salud entre otras cosas en las cuáles no quisiéramos reiterar, con lo anteriormente mencionado vemos que el programa cumple con otro de los fundamentos de la Evaluación de Proyectos el cuál dice que "Los proyectos sociales aspiran a producir cambios en la realidad económica, social y cultural de determinados sectores sociales".

En lo referente a los "estudios cuantitativos su función es mantener la formulación original o introducir modificaciones en la programación es por ello que la evaluación crea la posibilidad de rectificar acciones y reorientarlas hacia el fin postulado."

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL NIVEL DE CALIDAD DEL CURSO –TALLER PARA LA FORMACION DEL ASISTENTE RURAL DE SALUD.

CAPITULO IV

El capítulo anterior estuvo dedicado a la investigación de campo que llevamos a cabo con la finalidad de verificar la eficacia y eficiencia del Curso –Taller para la formación del Asistente Rural de Salud, gracias a la utilización y aplicación de los instrumentos diseñados para éste fin, pudimos detectar cuáles son las carencias que tiene el curso.

Es por ello que en este capítulo es el último y está destinado al planteamiento de soluciones de la problemática identificada en el apartado anterior, y que a continuación se menciona.

El presente está compuesto de cinco puntos a tratar, el primero de ellos es el objetivo general de nuestra propuesta, el siguiente punto nos habla acerca de lo importante que es vincular los contenidos del curso con la situación actual de la comunidad de Pachuca que es donde se aplicaron los dos instrumentos. Posteriormente se propone se manejen y enseñen como aplicar algunas técnicas didácticas que el asistente rural de salud pueda emplear con su comunidad. El tercer punto trata el tema de lo esencial que es realizar evaluaciones periódicas por lo menos dos veces al año para detectar posibles necesidades, para ello proponemos se utilicen los instrumentos utilizados para esta investigación. En el último punto se podrán encontrar las conclusiones de este capítulo.

JUSTIFICACION

Como ya mencionamos anteriormente en el capítulo tercero de esta tesis se plantean las problemáticas que detectamos con la ayuda de aplicación de los instrumentos de evaluación, a continuación se mencionarán las situaciones de mayor relevancia a nuestro parecer las cuáles son:

- Vinculación de los contenidos del Curso-Taller para la formación del Asistente Rural de Salud con la situación actual de la Comunidad.
- Herramientas teórico-prácticas que permita al asistente rural de salud la interacción con su comunidad
- Evaluaciones periódicas que ayuden a la impartición de la capacitación y a la actualización de los contenidos del curso.

En virtud de coadyuvar a la solución de la problemática señalada se proponen alternativas factibles de ser aplicadas de acuerdo a la estructura y recursos de las comunidades y de la propia institución.

OBJETIVO

Aportar alternativas de soluciones factibles derivadas de los instrumentos de evaluación diseñados y utilizados en ésta investigación.

SUGERENCIA Y SOLUCIONES

4.1 La vinculación de los contenidos del curso con la situación actual de la comunidad.

De acuerdo a los resultados del estudio, realizado se observó que hace falta relacionar estrechamente los contenidos del Curso-Taller para la formación de Asistente Rural de Salud con la realidad que viven las comunidades beneficiadas por el programa IMSS-SOLIDARIDAD, para así poder lograr la vinculación de la que estamos sugiriendo, para esto es necesario utilizar uno de los principios de la escuela nueva, el cuál es la globalización didáctica.

"La globalización didáctica, fundamentada socialmente trata de convertir al escolar en un verdadero ser humano, capacitado para servir a la sociedad y al país. Ante esto la diversidad temática, resulta imprescindible de impregnar los contenidos e inconexos de un currículo con la realidad vital y social del mundo como es el vincular a la escuela y a su alumnado con las problemáticas reales de la existencia que ha de vivir cada estudiante en su comunidad. La globalización de la enseñanza con sus diversas técnicas ésta íntimamente unida a las necesidades e intereses de los educandos, enseña y se aprende sólo lo necesario e interesante para él educando. El uso constante de lo aprendido cumple con las leyes del aprendizaje, pues lo que se transmite de manera inteligente y significativa, debido a las necesidades e intereses de los individuos, queda más firme en la mente.

Es por ello que el verdadero protagonista del aprendizaje es sin duda el educando ya que él debe ser el eje central alrededor del cual giren los programas escolares, las técnicas y los métodos. Al globalizar la enseñanza se parte del mundo de la experiencia y las significaciones para enlazar las

temáticas programadas por el currículo escolar cuando los propios educandos lo requieran, de acuerdo con sus necesidades e intereses."⁴¹

Por lo anterior cobra vital importancia fortalecer la formación del Asistente Rural de Salud, definida como "el aprendizaje sistemático debidamente supervisado y que se diseña e imparte durante un período de tiempo completo, decreta una calidad contrastada, transmite a los individuos la gama de contenidos, habilidades y actitudes pertinentes para asegurar una actuación eficiente, facilitando una mejor comprensión de sus funciones.

Esta delimitación estratégica del aprendizaje sistemático subraya que los niveles de aprendizaje que se quieren alcanzar han de estar delimitados de antemano, supervisados y vinculados a los objetivos que se persiguen con el diseño.

Si el curso de formación facilita una mejor comprensión de las funciones, competencias o responsabilidades, se está instruyendo al individuo para que logre estar a la altura de los cometidos que tiene confiados".⁴²

La formación es un aprendizaje de *saber hacer* y también una adquisición de técnicas, así como también una adquisición de juicio y de marcos de pensamiento, además de que tiene que ver con toda la persona: sus capacidades conscientes así como su afectividad, su imaginario y su inconsciente total.

⁴¹ H., Antonio. Una Didáctica para el siglo XXI, Artículo tomado DOMINGUEZ de la Revista Educación 2001. Año VII. No. 81, febrero 2002. Págs. 26-30.

⁴² BEILLEROT, Jacky. La formación de formadores (entre la teoría y la práctica). Ediciones Novedades Educativas. 1ª edición. Buenos Aires A. 1998, Pág. 30

4.2 Herramientas teórico-práctico que permite al Asistente Rural de Salud la interacción con la comunidad

En el apartado anterior se menciona que las técnicas deben girar alrededor del educando es por ello que se tiene que proveer de técnicas de dinámica de grupo que más se adecuen a las características de los participantes del Curso-Taller para la formación del Asistente Rural de Salud y que también ellos puedan utilizarlas con su comunidad.

Para ello debemos conocer de donde provienen las técnicas, éstas son uno de los elementos que emplea la didáctica, pero ¿Qué es didáctica? Etimológicamente se deriva del griego didaskein que significa "enseñar". Es la ciencia y el arte de enseñar, es una disciplina orientada en mayor grado hacia la práctica.

"Si queremos una mayor definición de la ciencia didáctica, podemos utilizar el recurso del objeto material y el objeto formal. El objeto material (tema general) de la didáctica es el fenómeno enseñanza-aprendizaje. El objeto formal (aspecto especial) de la didáctica es la prescripción de métodos y técnicas más eficaces en el proceso enseñanza-aprendizaje. Por tanto la definición que se usa es la siguiente: *Didáctica es la ciencia que trata del fenómeno enseñanza-aprendizaje en su aspecto prescriptivo de métodos eficaces.*"⁴³

Ahora ya que conocemos a que se dedica la didáctica, de donde provienen las técnicas grupales nos damos a la tarea de saber de buena tinta que son éstas.

Las técnicas didácticas: Son procedimientos operativos concretos que sirven como medio para alcanzar, un objetivo de aprendizaje determinado y cuya aplicación es eficiente a través de un método de enseñanza, es importante mencionar que su selección adecuada facilita la adquisición de conocimientos que permitirán el logro de dicho objetivo.

⁴³ GUTIERREZ SAEZ, Raúl. Introducción a la didáctica. Editorial esfinge, 1ª edición, México D.F. 1976, PÁG. 15-16

Establecen una interacción entre los participantes, sus características grupales. El contenido de la enseñanza y el instructor mismo. En las técnicas didácticas es fundamental la participación grupal como determinante para obtener un mejor aprendizaje, lo cuál quiere decir que la creatividad y la aportación de cada uno de los alumnos son la clave para conseguir una correcta capacitación.

Las técnicas didácticas se clasifican en dos:

- Técnicas didácticas grupales:

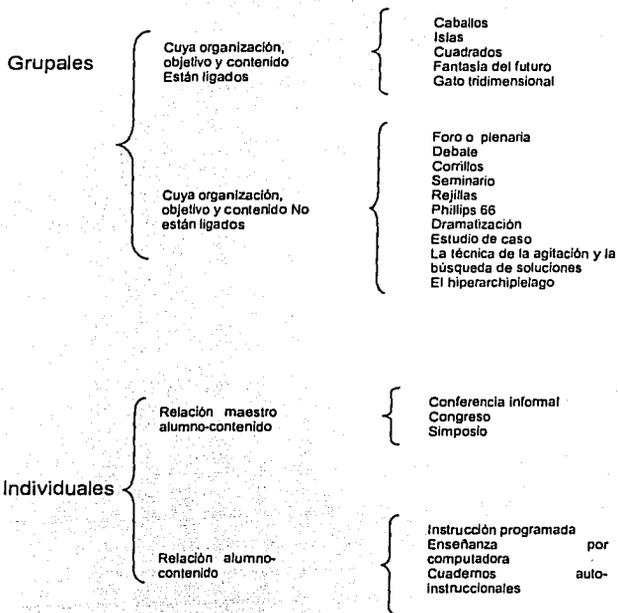
Son aquellas que permiten interactuar a los miembros del grupo y a sí platicar conscientemente y de manera significativa en su propio proceso de instrucción; su eje principal es el grupo como medio de aprendizaje, ésta a su vez se divide en dos.

- a) Técnicas cuya organización o procedimiento, objetivos y contenido están ligados y no admiten variación.
- b) Técnica cuya organización, objetivos y contenido no están ligados; es decir un mismo procedimiento u organización de la actividad grupal que admite diferentes contenidos y puede servir para lograr distintos objetivos.

- Técnicas didácticas individuales:

Se pueden aplicar independientemente de la existencia o no del grupo, o sin interacción de éste. Su eje de trabajo se fundamenta en la relación "maestro-alumno-contenido" o "alumno-contenido". Es precisamente con base en ésta relación que se dividen.

Técnicas didácticas



Para *seleccionar* el tipo de técnicas didácticas se debe tomar en cuenta:

- Los objetivos de aprendizaje
- El tamaño del grupo si es grande o pequeño
- Lo que en ese momento esta sucediendo
- Características de los participantes
- Conocimiento pleno de las ventajas y limitaciones de las técnicas a aplicar
- Condiciones de espacio, tiempo, recursos, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Creemos que las técnicas más recomendable para la impartición del curso taller del Asistencia Rural de Salud son las técnicas didácticas grupales, ya que la asistencia que se tiene en éste curso es grande y nos permite utilizar este tipo de técnicas que nos ayuda a lograr el análisis y discusión de los temas tratados en el curso.

Las técnicas que nosotros sugerimos son con la finalidad de que el curso-taller eleve su calidad de enseñanza, ya que las técnicas recomendadas son de fácil aplicación, tanto en la impartición del curso como su aplicación en la comunidad y no implican gastos mayores que afectan el presupuesto del programa. A continuación describiremos cuáles son las técnicas más adecuadas para éste curso:

Técnica de la agitación de los problemas y búsqueda de soluciones

Sus etapas son las siguientes:

Al concluir con el análisis de una unidad, ponemos en debate uno de sus problemas y pedimos a los grupos que nos ofrezcan soluciones. Buscamos casi siempre dramatizar las características del problema y también algunas veces jugar con los grupos a "Sea usted el detective". Poniéndolos en conocimiento de la necesidad de reflexión sobre el tema propuesto damos tiempo para las discusiones. Se orienta a los grupos para que orienten al secretario del equipo sobre las soluciones propuestas y éstos deberán anotarlas en la cartulina, aunque parezcan absurdas. Cuando se aplican de un día para otro, cada grupo deberá preparar en la cartulina, las soluciones propuesta, el día marcado, y de ésta manera fijarlas en el salón de clase.

La segunda etapa de la aplicación de la técnica consiste en discutir, bajo la forma de panel⁴⁴ las sugerencias propuestas, eliminando las menos gustables o las menos realizables. Definidas las soluciones, haciendo apartes, o también por los votos de los grupos integrantes corresponde al profesor destacarlas y determinar a cada grupo la presentación de los relatos finales.

Juntamos los relatos recibidos y tenemos una sorprendente obra de creatividad, que nos permite trabajar con claridad y con la objetividad que nuestros alumnos puedan proponer soluciones que tantas veces llevan a los adultos a contradicciones y sin mozas divagaciones.

Técnica del Hiperarchipelago:

Para su empleo basta que él profesor prepare una lección o exposición de 20 minutos de duración y también de cuatro a seis preguntas sobre el tema preparado. Después de la presentación de su "lección", los alumnos individualmente, deberán responder a las preguntas (preferiblemente cerradas) propuestas por él profesor. Recogidas las respuestas de todos los alumnos de la clase, él profesor los invitará a ubicarse en grupo.

La corrección de las preguntas de grupo la ejecutara otro grupo de manera que cada alumno tenga una corrección que hacer. Así, él profesor dictará a la clase sus respuestas y ésta completará su corrección. Luego de la misma él profesor pedirá al grupo que calcule el promedio de aciertos de los alumnos cuyas repuestas están otorgando.

El hiperarchipelago es un excelente medio para responsabilizar al alumno con respecto a su atención en la clase.

⁴⁴ El instructor indica con una semana de anticipación para cada uno de los equipos un tema diferente, y fija un plazo de entrega por lo menos 3 días antes de la clase, ya en clase se expone los temas posteriormente se pone en deliberación el tema, después se enumera con una letra a cada integrante del equipo, agotado el tiempo de deliberación se avisa a los participantes que se cambien de lugar según la letra asignada, cada equipo analiza el tema y expone sus consideraciones de él, de esta manera se realiza un análisis profundo en grupo.

4.3 Evaluaciones periódicas que ayuden a la planeación de la capacitación y a la actualización de los contenidos.

Es de vital importancia realizar evaluaciones cuando menos cada seis meses en éste curso de capacitación, para ver qué tanto se lleva a la práctica la información que nosotros como instructores proporcionamos, no solamente queremos conocer la utilidad que se le da a ésta información sino además la vigencia de la misma.

La teoría que nos fundamenta la sugerencia anterior es la Evaluación del Impacto porque ella determina el efecto de la capacitación sobre: el desempeño individual en el trabajo (la aplicación de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades en el trabajo: un trabajo que cumple o que sobrepasa los requerimientos profesionales y organizativos). También determina el efecto en el desempeño organizacional (la calidad de los servicios, la satisfacción de los clientes), y el desempeño del programa.

Existen varias razones para que se lleve a cabo una Evaluación del Impacto, podría tratarse de una Evaluación del Impacto para:

- Evaluar un curso existente cuya efectividad podría haber disminuido a lo largo del tiempo, tal como ocurre, cuando se han dado cambios considerables en el medio externo.
- Identificar las tareas o temas para los que se requiere una nueva capacitación.

El proceso de la Evaluación del Impacto es un ciclo que conecta continuamente el desempeño en el trabajo con la capacitación.

Las técnicas e instrumentos recomendables para éste tipo de Evaluación son:

TECNICAS DE EVALUACIÓN	TIPO DE INSTRUMENTO
Entrevista (individual o grupal)	Cuestionario (escrito u oral)
Examen	Formulario o cuestionario (escrito u oral)
Observación	Pautas, lista de verificación (observación y anotación)
Revisión de documentos	Lista de verificación, cuestionario (revisión de expedientes)

Es por ello que para poder llevar a cabo una evaluación periódica la Institución podría utilizar los instrumentos que se diseñaron para dicha investigación ya que se encuentran bajo los parámetros de la Evaluación del Impacto.

4.4 CONCLUSIONES DEL CAPITULO

A consecuencia de haber realizado la evaluación pertinente al Curso-Taller para la formación del Asistente Rural de Salud vemos que el Programa IMSS-SOLIDARIDAD viene realizando la formación de diferentes grupos voluntarios de la comunidad con el fin de promover entre la población la salud y su autocuidado. Dado que en éste estudio se encontraron algunas deficiencias las cuáles son: la falta de vinculación de los contenidos temáticos con la realidad, la carencia de una apropiada utilización de técnicas que logren la participación y el interés de la comunidad y la escasez de evaluaciones periódicas de la capacitación que se les da a los asistentes rurales de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo tanto se ha planteado la necesidad de dar un cambio en cuanto a la metodología con que ésta se venía realizando, planteando una nueva propuesta en el sentido de buscar nuevas formas y técnicas para la formación del asistente rural de salud que permitan recuperar la experiencia que la propia comunidad tiene sobre la salud y a la vez de ir enriqueciéndola con nuevos planteamientos que harán suyos en la medida que respondan a sus necesidades locales y que podrán ser adecuadas a las necesidades y características de grupo y del contenido donde se desarrolle el evento, de igual forma se recomienda la adecuación de un lenguaje sencillo y claro, evitando en lo posible el exceso de tecnicismos.

Las estrategias de enseñanza que se proponen en ésta investigación tienen la finalidad de que los temas expuestos sean significativos para los que reciben la capacitación. Al mencionar el concepto significativo estamos hablando de que el individuo no debe quedarse sólo con una definición teórica de los temas, si no que haga suyo el conocimiento dándole un valor personal. Así como lo mencionan Gutiérrez Sáenz en su libro *Introducción a la Didáctica*.

"El estudiante que capta no solo es significado objetivo de una explicación o una lectura, o de una nueva conducta, si no que además capta la relación estrecha de ese contenido con su propio mundo de experiencias e intereses personales. En una palabra, su acto mismo de aprender esta cargado de sentido, tiene significado en el marco de su vida personal."⁴⁵

Además de que es necesario actualizar las técnicas didácticas (dinámicas de grupo) empleadas porque ello permite lograr una mejor interacción en el grupo de capacitación.

Por otro lado llevar a cabo evaluaciones con cierta periodicidad nos ayudará a comprobar la eficacia y vigencia de las estrategias de enseñanza utilizadas, de los contenidos temáticos y de la capacitación en general, colaborando en éste sentido para la construcción de un aprendizaje verdaderamente significativo.

⁴⁵ Op. Cit. pag.23

Para alcanzar lo ya mencionado diseñamos un proyecto, el cuál plantea de que manera se pueden llevar a la práctica las alternativas sugeridas en éste capítulo.

Dicho proyecto ofrece las herramientas que facilitan la enseñanza que imparten los instructores del curso de capacitación, al mismo tiempo proporciona los instrumentos de evaluación diseñados para detectar las necesidades y/o carencias que pudiese presentar el curso-Taller para la Formación del Asistente Rural de Salud.

**PERFECCIONANDO EL CURSO TALLER
PARA LA FORMACION DEL ASISTENTE
RURAL DE SALUD**

MAYO 2002

**Elaborado por:
Berenice Pérez Rodríguez
Tatiana Salcedo Morales**

**TEXIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Objetivo general:

Que los instructores del Curso –Taller apliquen las estrategias didácticas proporcionadas para el mejoramiento de la capacitación del Asistente Rural de Salud.

JUSTIFICACIÓN

La finalidad de planear este proyecto fue elaborar una herramienta didáctica que ayude eficazmente al Programa IMSS-SOLIDARIDAD a superar las carencias del Curso-Taller para la formación del Asistente Rural de Salud y a evaluar el impacto que tiene con los capacitandos (A.R.S) y con la comunidad que estos atienden.

En el proyecto se encuentran en las siguientes sugerencias:

- La vinculación de los contenidos temáticos con la realidad que vive el sujeto los beneficios que brinda el programa.
- Las estrategias didácticas de enseñanza.
- La realización de evaluaciones periódicas.

Las dos primeras sugerencias se pueden implementar por medio de los planes de sesión que utiliza este curso, los cuales pueden ser utilizados en la exposición de cualquier tema para lograr una mejor comprensión de la información que maneja este curso.

Para la última sugerencia se recomienda utilizar los instrumentos de evaluación que se anexan en este proyecto, ya que su aplicación es fácil y no requiere de un gran costo.

En el siguiente apartado desarrollaremos los aspectos citados con anterioridad.

El primero de ellos lleva el título "Como elaborar un plan de sesión", en él se explica paso a paso la estructuración de un plan de sesión de una forma sencilla para que al lector le quede claro.

El segundo aspecto se trata de la implementación de los instrumentos de evaluación proporcionándolos para su aplicación.

A continuación se mostrara como llevar a la práctica el proyecto sugerido.

I. Como elaborar un plan de sesión

Instrucciones para la elaboración de un plan de sesión:

Paso 1:

Seleccionar el tema que se va a exponer

Paso 2:

Seleccionar los contenidos más apropiados para el tema elegido

Paso 3:

Seleccionar el tiempo que se va a emplear en la exposición de cada tema

Paso 4:

Seleccionar la técnica didáctica para la exposición de los temas. Dentro de esta el instructor debe vincular los contenidos o temas con ejemplos reales que vivan los asistentes y utilizar un lenguaje claro y sencillo.

Paso 5:

Seleccionar el material didáctico que más se adecue a los contenidos del tema. (Estos pueden ser rotafolios, laminas, ilustraciones etc.)

Paso 6:

Estas dependen de las características del grupo con el que se va a trabajar, para el Cuso-Taller recomendamos la técnica del hiperarchipiélago.¹

Paso 7:

¹ Remitirse al capítulo IV Sugerencias y Soluciones para mejorar el nivel de calidad del Curso-Taller para la Formación del Asistente Rural apartado núm. 2 donde se describe esa técnica

Seleccionar el instrumento de evaluación, este puede ser por medio de preguntas acerca de tema o ejercicios impresos (cuestionarios), que ayuden a saber si la exposición se comprendió en su totalidad.

**TEMA: FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL ASISTENTE
RURAL DE SALUD**

OBJETIVO: Al término de la sesión, los asistentes identificarán las funciones y actividades del Asistente Rural de Salud, así como la importancia de su participación.

Se llevará a cabo un plan de sesión.

DURACION DE LA SESION: 1 hora.

ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	EVALUACIÓN
Iniciar con una breve introducción	Técnica expositiva-demostrativa		5 minutos	Puntualidad
Enunciar el objetivo de la sesión		En una cartulina estará escrito el objetivo	5 minutos	
Tema: El Asistente Rural de Salud		Hojas de rota folio para la exposición de los temas	20 minutos	Participación individual
Tema: Funciones y Actividades del Asistente Rural de Salud.	Vincular temas con la realidad	Recomendamos utilizar técnica del Hiperarchipiélago	20 minutos	Participación en equipo
Aplicar cuestionario con los temas expuesto en esa sesión		Hojas impresas	10 minutos	Resolución

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES GENERALES

En esta tesis se logró ver que muchas veces la capacitación se queda sólo en la impartición de un curso y no se realizan revisiones posteriores al mismo, es por ello que frecuentemente se siguen cayendo en los mismos errores por que no detectan a tiempo las necesidades que van surgiendo, con la realidad que va presentando el país, esto se da principalmente en los proyectos sociales ya que desgraciadamente cuando se cambia de administración ésta no le da el seguimiento apropiado y se sigue impartiendo esa capacitación de la misma forma, en el mejor de los casos, y otras veces desaparecen por la falta de presupuesto que se les da a la institución que ofrece estos cursos de capacitación.

Un ejemplo claro es la problemática que vive el Programa IMSS-SOLIDARIDAD específicamente en la capacitación de sus Asistentes Rurales de Salud ya que no se da el seguimiento debido. No es coherente que en el año de 1995 que se hizo la última actualización de éste curso de capacitación se hayan detectado las mismas deficiencias que se encontraron en ésta investigación, y no se hayan propuesto soluciones ha ellas, es una tristeza que éstas no se lleven a la práctica. El problema central es la falta de evaluaciones periódicas que muestren si se llevan a cabo las soluciones planteadas o si han surgido nuevas necesidades.

Ello se puede corroborar en ésta investigación, ya que como mencionamos anteriormente al realizar nuestra investigación volvimos a detectar las mismas carencias que se encontraron en la última actualización del curso. El factor determinante que nos dio la pauta fue el objetivo de esta tesis ya que por medio

de él se pudieron localizar las limitaciones, la eficacia y la eficiencia del Curso-Taller para la Formación del Asistente Rural de Salud.

Aunque nosotros también nos encontramos con algunas limitaciones la de mayor relevancia fue que debido al área tan extensa donde opera el programa tuvimos que tomar una muestra que fuese lo más representativa posible aún teniendo ésta nos fue muy difícil llegar a todas las comunidades que integran la muestra, porque son comunidades indígenas que se encuentran en la sierra y los caminos para llegar a ellas son de difícil acceso.

Además el factor económico fue determinante porque no contábamos con ningún apoyo por parte de la institución y los gastos que implicó la investigación fueron realizados con nuestros propios recursos. Por otro lado el nivel socio-económico y escolar de la población a encuestar era mucho más bajo del que imaginábamos lo cuál nos llevo a reestructurar en ese instante uno de los instrumentos de evaluación, que al final fue resuelto satisfactoriamente.

Al llegar al lugar donde se reúnen los Asistentes Rurales de Salud nos recibieron muy atentamente, colaborando con nosotros en la mejor de las disposiciones, lo cuál se dio gracias a que con anterioridad nos pusimos en contacto con la Coordinadora Estatal la cuál facilitó la comunicación y la interacción con los Asistentes Rurales de Salud.

Por lo tanto consideramos que ésta investigación cumplió con su objetivo el cuál nos ayudó a detectar las necesidades más prioritarias del curso, y de la misma manera a dar soluciones a éstas, aportando al Instituto sugerencias para que se utilicen en una nueva actualización del curso y que en futuros cursos de capacitación se tengan presentes.

Reafirmandonos la importancia que tiene la labor de nuestra profesión en la elaboración, seguimiento y evaluación de éste tipo de proyectos sociales. Como pedagogos nos encontramos inmersos en todo lo concerniente en el proceso de formación del ser humano, porque estamos instruidos para contribuir en la formación de cualquier individuo mediante métodos y técnicas.

Ya que la pedagogía estudia la educación tal como se presenta en la vida individual y social, como parte de la realidad humana. Pero al mismo tiempo, estudia la educación como formación y estructuración del hombre.

Por lo tanto su objeto de estudio es el fenómeno educativo¹, además de desarrollar en los niños y adultos el aspecto intelectual, el aspecto formativo e integrador de la persona humana.

De ésta manera podemos inferir que ésta investigación cumple con uno de los principios de la pedagogía el cuál es contribuir en la formación integral del hombre, y para llegar a ser éste tipo de hombre se necesitan saber los siguientes aspectos:

- Cultura
- Religión
- Metafísica
- Filosofía
- Ética
- Ciencia
- Estética

¹ "El fenómeno educativo implica una cierta transmisión de costumbres, hábitos, conocimientos, valores y normas a lo largo de una generación a otra. Además de un cierto deseo de mejorar o perfeccionar a la generación subsecuente. Afectando al terreno cognoscitivo pero también a los estratos afectivos y axiológicos"

La formación integral del hombre (persona), como proceso educativo, exige del educador, (formador) un conocimiento claro de la integración humana, de lo contrario no sabrá hacia donde conducir al educando, destruirá los fines de la verdadera educación y acabará por defraudar la buena fe de quién se ha puesto bajo su orientación. La educación como formación integral del hombre es una formación social, es decir él hombre se forma sólo socialmente, no se forma sólo a sí mismo, por esto tenemos que pensar en la educación como una conformación. El hombre además de estar constituido de inteligencia, sentimiento y voluntad es también un ser biológico y físico, es por ello que la educación debe orientarse a la formación intelectual, moral y física, conjuntamente

"Hagamos al hombre caritativo; hagámosle artista, obliguémosle a ser inteligente, cada vez más inteligente en su acción en las cosas del mundo y de la escuela, y entonces habremos cumplido con los fines de la educación integrando almas poderosas por sí mismas, que en las diversas emergencias de la vida sabrán realizar la acción humana en la proporción y en la medida en que ésta acción ha de realizarse para procurar la felicidad o al menos, la oportunidad de la acción de un hombre verdaderamente digno de este nombre".²

Ahora ya que conocemos que es la pedagogía y como se conforma un hombre integral podemos decir que ésta tesis está estrechamente vinculada con los principios que maneja la pedagogía porque estudia el fenómeno educativo a través de la formación del Asistente Rural de Salud, ayudándole a éste personaje a utilizar métodos de enseñanza que le permiten superar en cierta medida sus deficiencias educativas y a la institución le ofrece la oportunidad de planear de una manera más eficaz sus cursos de capacitación.

² NICOL, Eduardo. La idea del hombre. Editorial FCE. 1ª edición. México DF 1977 Pág. 113

BIBLIOGRAFÍA

Publicaciones periódicas consultadas

ALBA, Alicia de .et.al. "Evaluación: Análisis de una noción". En : UPN comps. Antología evaluación de la Práctica docente, México, 1993, págs. 114

ALBA, Alicia de. Evaluación Curricular-Conformación Conceptual del campo. 1^{era}. Edic., CESU-UNAM, México, 1991, págs,182.

Curso-Taller para la formación del Asistente Rural de Salud. Documento de la Coordinación del Programa IMSS-SOLIDARIDAD, México 1995, págs. 300

De Alma – Ata al año 2000 Reflexiones a medio camino OMS. Ediciones OMS. Ginebra 1991.

Diagnostico de Salud en las zonas marginadas rurales de México 1986-1991. Publicación de la Coordinación del Programa IMSS-SOLIDARIDAD, México págs. 42 y 43

DIÁZ BARRIGA, Ángel. El Examen: Textos para su Historia y Debate. México, CESU-UNAM, 1993, págs, 329

Guía para la Formación de Promotores Sociales Voluntarios. Documento publicado por El Programa IMSS-SOLIDARIDAD, México 1991, págs, 117

HERNÁNDEZ V, Ma. Eugenia. "La evaluación Educativa, algunos ejes de análisis". En Planeación y Evaluación Educativa. Vol.5 México. ENEP-ARAGON-UNAM.

DOMÍNGUEZ H., Antonio. Una didáctica para el siglo XXI. Artículo tomado de la Revista Educación 2001. Año VII No. 81, febrero 2002, págs, 26-30

IMSS, Director General Genaro Borrego Estrada. El programa IMSS-Solidaridad 1988-1994. 1^a edic., México 1994 págs 19-21

OPS/OMS. Salud para todos en el 2000-Estrategias. Documento oficial No. 173

SEP-UPN. Criterios de evaluación. UPN 2^{da}. edición, México 1988.

Varios. Diagnóstico de Salud en las zonas marginadas de México 1991-1992. Publicaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, Programa IMSS-SOLIDARIDAD.

Obras consultadas

BEILLEROT, Jacky. La formación de formadores (entre la teoría y la práctica). 1^{ra} edic., Ediciones Novedades, B.A argentina, 1998, págs 250

TESIS C...
FALLA DE ORIGEN

GUTIERREZ, Saez Raul. Introducción a la didáctica. 1ª edic., Editorial Esfinge, México 1976 págs, 15-16

KROEGER, Axel Et.al. Atención Primaria de Salud, principios y métodos. 1ª edic., Editorial Pax México 1987, págs. 400

LUZURIAGA, Lorenzo. Pedagogía. Editorial Lozada 12ª edic. B. Aires 1975.

NICOL, Eduardo. La Idea del hombre, 1ª edic., Editorial FCE, México 1977, págs, 113

PHILLYS, Ray. Evaluación y educación. Editorial Paidós. Buenos A. Argentina.

RAZAVIEH, Jacobs A. Introducción a la investigación pedagógica. Editorial Mac Graw-Hill. 2ª edic., México D.F, 1994

SAPAG CHAIN, Nassir, Reynaldo. Preparación y evaluación de proyectos. Editorial Mac Graw-Hill. 2ª edic., México, enero de 1990.

SARRAMONA Jaime, de et al. Qué es la Pedagogía. Editorial Ediciones CEAC, Barcelona España 1985.

VERDUGO, Miguel A. Evaluación Curricular. Una guía para la intervención psicodiagnóstica. Editorial Siglo XXI 1ª edic., México 1994.

Otras fuentes

"Esbozo histórico" dirección en Internet: [http://: www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

"Evaluación Constructivista de Proyectos" dirección en Internet: [http://:www.rehue.csociales.uchile](http://www.rehue.csociales.uchile)

"Evaluación del desempeño del departamento de Recursos Humanos – perspectivas-" dirección en Internet: <http://:server2.southlink.com.ar/vap/auditoria.htm>

"IMSS-SOLIDARIDAD Misión del Programa" dirección en Internet: [http://: www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

"Tratamiento y usos de la información en evaluación" dirección en Internet: [http://: www.campus-oei.org/calidad/liana.htm](http://www.campus-oei.org/calidad/liana.htm)

"Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programas" dirección en Internet: [http://: www.uv.es/relieve/aboutus.htm](http://www.uv.es/relieve/aboutus.htm)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN