

DIPLAF/Mexico
Contract No. CI91 89A

Strengthening the Coverage-Extension
Strategy of the Ministry of Health, Mexico

FINAL REPORT

November 1, 1991 – June 30, 1994

The Population Council seeks to improve the wellbeing and reproductive health of current and future generations around the world and to help achieve a humane, equitable, and sustainable balance between people and resources. The Council ■ analyzes population issues and trends ■ conducts biomedical research to develop new contraceptives ■ works with public and private agencies to improve the quality and outreach of family planning and reproductive health services ■ helps governments to influence demographic behavior ■ communicates the results of research in the population field to appropriate audiences ■ and helps build research capacities in developing countries. The Council, a nonprofit, nongovernmental research organization established in 1952, has a multinational Board of Trustees; its New York headquarters supports a global network of regional and country offices.

This project was funded by the U.S. Agency for International Development, Office of Population, under Contract No. AID/DPE 3030-Z-00-9019-00, Strategies for Improving Service Delivery/Operations Research and Technical Assistance in Latin America and the Caribbean (INOPAL II), Project Number 936-3030.

STRENGTHENING THE COVERAGE-EXTENSION STRATEGY OF THE
MINISTRY OF HEALTH, MEXICO

POPULATION COUNCIL SUBCONTRACT NO CI91 89A

FUNDED UNDER Contract No AID/DPE-3030-Z-00-9019-00 (INOPAL II)

FINAL REPORT
VOLUME I
ENGLISH LANGUAGE REPORT
NOVEMBER 1, 1991-JUNE 30, 1994

DESARROLLO E INVESTIGACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, A C
(DIPLAF)
and
THE POPULATION COUNCIL

Prepared by

Dirección General de Planificación Familiar
M Juan Guillermo Figueroa
M María Isabel Morgan
Lic Doris Ortega

The Population Council
Dr Carlos Brambila

MEXICO, D F
AUGUST 1994

Strengthening the Coverage Extension Strategy of the Ministry of Health, Mexico
Final Report

ABSTRACT

The General Directorate of Family Planning (DGPF) of the Ministry of Health of México developed an institutional strategy aiming to strengthen the capacity of several states to conduct operational research. This project aimed to strengthen the capacity of state level family planning program managers to identify sources of problems and inefficiencies in service provision and develop and test alternative strategies to solve potential problems. To develop such institutional capacity, the Ministry of Health conducted the First National Operations Research Workshop, with collaboration of The Population Council. The purpose of the workshop was to motivate and train personnel responsible of state level family planning programs to identify the major sources of problems of the Coverage Extension Strategy (CES), which is the governmental program directed to provide primary health care to rural populations, and propose possible solutions.

Among proposals submitted in the workshop, three were selected on a competitive basis for funding. Proposals selected were those of the states Querétaro, Veracruz and Coahuila. In Querétaro, authorities experimented the feasibility of using a segmentation and targeting approach to make clinical methods accessible to rural populations. The strategy resulted in 40% and 60% contraceptive acceptance rates among underserved, difficult to reach women who were not using contraceptive methods at the time of the experiment. The state of Veracruz used a new, practice-oriented training scheme for paramedical personnel who provide contraceptive services to rural populations. The experimental approach to training resulted in an improvement of more than 50% in learning and retention scores over a period of six months. In Coahuila, a large state bordering with the US, they tested alternative strategies to incorporate male populations to the family planning program. Participation of male workers improved knowledge of family planning and contraceptive methods among men in 25 to 30 percent points and increased positive attitudes towards contraceptive use and vasectomies.

Also this study conducted a post-test of a set of handbooks and monitoring guidelines designed for family planning workers participating in the Coverage Extension Strategy. The "Handbooks for the Health Auxiliary of the Coverage Extension Strategy" are brief, descriptive texts dealing with the following topics: family planning, perinatal care, acute respiratory diseases, diarrhea and oral rehydration, infant care, and other activities. These booklets were designed considering that HAs have, on the average, low levels of schooling and that they are directed mainly to rural populations. Starting in September 1990, the handbooks were introduced on an experimental phase, as the main training device used by health auxiliaries. The experimental phase of these handbooks ended in September 1991 and, considering the positive preliminary results from the study, the DGPF encouraged their widespread diffusion and utilization among

all states in the country. However, as a preliminary stage prior to definitive approval of such handbooks, it was necessary to conduct a post-test of these materials. To post-test these training devices the DGPF used an integrated approach in which they complemented a quantitative description of the effectiveness of the educational devices with a qualitative approach based on focus groups and participation of actual users of the handbooks.

The qualitative assessment of the handbooks relied on focus groups. Participants in the qualitative evaluation were supervisors and health workers that used the experimental handbooks. Four focus groups were conducted, one per state where the handbooks were tested (Michoacán, Guerrero, Chiapas and Guanajuato). The focus groups aimed to evaluate the handbooks in terms of clearness, suitability and effectiveness of the language, structure, graphic design and contents. On the basis of information provided by focus groups participants several aspects of the handbooks were modified, including the following: 1) cover, 2) layout, 3) colors, 4) size, 5) selected illustrations, 5) selected items per handbook and topic.

The quantitative evaluation of experimental texts relied on checklists that supervisors used to observe whether health workers followed the steps and recommendations explained in the handbooks. The DGPF collected approximately 1,800 Diagnostic Guides (*Guías Diagnósticas*) aiming to assess HA performance before and after introduction of the Handbooks (3,700 formats total). Results of these Guides show an increase in the number of contraceptive users in the states that participated in the experimental test of the simplified handbooks. The method mix changed significantly during the project period in favour of surgical and definitive methods. However, temporary methods such as pills and injectables remain the sole major source of contraceptive protection among family planning users in rural areas analyzed.

Strengthening the Coverage Extension Strategy of the Ministry of Health, México
Final Report

Contents

I Background and Purpose	1
II Design, Methodology and Results of the Operations Research Workshop	2
1 Design and Methodology	2
2 Results of the OR workshop	3
III Small scale OR projects selected	8
1 Segmentation of family planning and reproductive health needs Querétaro	8
2 Practice oriented training for Health Auxiliaries Veracruz	11
3 Male participation in family planning Coahuila	14
IV Post-test of educational materials	17
1 Qualitative assessment of handbooks	17
2 Quantitative evaluation	18

Strengthening the Coverage Extension Strategy of the Ministry of Health, México Final Report

I Background and Purpose

The Coverage Extension Strategy (CES) is a program established in 1986 by the Ministry of Health of México, in order to provide basic services to rural populations. The strategy or program is directed to communities with less than 2,500 inhabitants. In México there are approximately 13,000 communities with this population size and represent approximately 11% of the total population. The program includes basic services such as pre and post natal care, infant care, oral rehydration and family planning. Broadly put, the Coverage Extension Strategy is a community based system in which the Ministry takes advantage of community resources to provide health services.

Services at the community level are provided by Health Auxiliaries (HA), which are volunteer personnel who receive a nominal remuneration for their collaboration. Health auxiliaries are generally proposed by the community's Health Committee, and receive training during a one-week period. In-service training and supervision is provided on a continuous basis, although in disperse, isolated communities, supervision is contingent upon resources available and weather conditions. As a norm, each supervisor should oversee 10 health auxiliaries and should visit the communities at least once a month. Lack of resources frequently constraint application of the norm.

In 1990 an evaluation of the advancement of the CES¹ concluded that it was necessary "to reinforce activities in rural areas, because no significant advances had been achieved in these regions () It is necessary to increment accessibility to the program, as well as the continuity (rates) of contraceptive users amongst the rural population" (SSA, 1990 p 3). Insufficient progress of the family planning program among rural populations was attributed, among other causes, to the deficient levels of training of service providers. "(P)erformance of service providers in (rural areas) has faced, among other problems, limitations of resources and lack of specific educational materials to promote the program" (SSA, 1990, p 20).

In addition to financial problems, the CES faced important administrative problems. The main problems identified were the following: a) excessive emphasis in administrative activities over health services; b) low continuity of contraceptive use due to preference for short term methods; c) lack of trust on Health Auxiliaries due to low technical competence; d) lack of standardized instruments and devices to conduct evaluation and in service training.

¹ Analysis of Results of the Interinstitutional Family Planning Program ([in spanish] SSA 1990)

To strengthen the Coverage Extension Strategy, this project proposed two objectives

- a To conduct a national workshop on operations research, from which it was expected to derive three research subprojects, to be conducted by state family planning programs. Family planning officers of 10 states participated in this workshop and competed for partial funding of an operations research project. Proposals submitted for funding were not to exceed \$5,000 in budget and were conducted during eight months. This workshop stimulated institutionalization of OR as a managerial tool in the family planning programs of several states in the country.
- b To post-test a set of handbooks and monitoring guidelines designed for family planning workers participating in the Coverage Extension Strategy. These handbooks, (named Guide Handbooks for Family Planning Workers), and the corresponding monitoring instruments (named Training and Supervision Guides), were developed with support of Pathfinder, to increase the level of qualification of Health Auxiliaries (HA), workers responsible of service provision in the CES. The DGPF required to post-test these materials prior to recommending their use and implementation nationwide.

II Design, Methodology and Results of the Operations Research Workshop

1 Design and Methodology

The training course aiming to improve state resources necessary to institutionalize OR in the Ministry of Health had the following objectives

- a Train officers responsible for state family planning programs in development of OR projects
- b Disseminate and inform previous experiences of OR in family planning
- c Support OR initiatives proposed by local officers

To conduct the OR workshop 10 states were selected and officers responsible of state level family planning programs (and other personnel directly related to local family planning programs) were invited to participate. Participants were selected according to their experience in service delivery as well as in research.

The workshop was conducted in August 1992 during one week, at the end of which participants produced preproposals of OR projects, suitable for the conditions of their own states. To ensure that participants would be able to write the preproposals during the assigned week, it was necessary to provide in advance information concerning proposal development, complete examples of previous OR experiences (both successful and unsuccessful), and suggestions as to the type of OR projects that might be conducted in their own states.

Preproposals were read and discussed by an Evaluation Committee (EC) which selected finalists and requested modifications to the workshop documents. Finalists were allowed one month to develop preproposals into complete proposals, drawing from recommendations of the EC.

2 Results of the OR workshop

2.1 Problem identification

A major result of the OR workshop was the identification of special problems that plague the CES. The listing of problems is a systematic attempt to identify limitations of the strategy and to develop alternative solutions to chronic problems. A summary list of the major problems identified is the following:

- 1) **Training of Health Auxiliaries is insufficient.** The vast majority of HAs are young women (17-24 years of age), single, with low literacy rates and little or no experience in health service provision. Frequently both their age and their level of experience are obstacles to effective service provision.
- 2) **Continuous training and supervision is expensive and difficult to sustain during long periods of time.** Available instruments to ensure high quality standards of in-service training and supervision are limited.
- 3) **As in most CBD systems, there are serious problems of rapid turn-over rates and motivation of health promoters.** In several priority states, health auxiliaries lack initiative and show extremely low productivity scores.
- 4) **Often times, information provided by health workers (in some cases, also by medical and paramedical personnel) is scarce and sometimes incorrect.** It is not unusual to find that contraceptive information available to health workers is limited and outdated.
- 5) **In some states, information systems are ineffective and incomplete, specially when both health workers and medical personnel are reluctant to provide accurate information.** Service providers have reservations concerning information systems either because they are evaluated in terms of the information they provide or else because they are negligent to keep record updates and perceive limited usefulness of investing any effort on these matters.
- 6) **Depending on local cultures and methods of recruitment, health workers might lack initiative to promote family planning services.** Some service providers could be aggressive and rude or else shy and elusive. Community members respect health workers but trust in their expertise is more limited. Also this problem includes interpersonal relationships between health workers and supervisors. Supervisors might be either extremely permissive or else despotic with health workers.

7) In many states logistic and distribution problems produce frequent stock outs at the community level. Frequently, only one or two methods are available at the community level because clinical methods are contingent to the availability of medical and paramedical personnel.

8) Depending on priorities set by decision makers, some health programs tend to predominate over other programs. For example vaccination campaigns might temporarily reduce the importance of contraceptive services.

The most general problem of the CEE is of an institutional character. Being a national strategy, states are responsible of implementing programs. In spite of the fact that personnel responsible for family planning programs at the state level are well qualified and experienced, opportunities to identify problems and act accordingly are usually neglected. As any other governmental bureaucracy, there are institutional constraints to initiative and creativity of program administrators. There are few incentives to identify sources of problems and inefficiencies and to solve them. In fact, state level programs have a limited experience in operational research, aiming to identify programmatic problems and propose viable solutions.

2.2 Solutions proposed

Strategies proposed at the OR workshop by state program administrators may be summarized as follows:

- 1) Strategies aiming to improve training and technical competence of health workers
 - a) Develop participatory educational strategies, in order to ensure that health auxiliaries understand and acquire a basic know-how during basic training (State of México)
 - b) Provide counseling training and practice. This will enable health workers to improve their standing as a reliable information source (Guanajuato, Veracruz)
 - c) Develop the teaching skills of health workers to enable them to become better communicators and to develop their sensitivity to client problems and needs (Sinaloa, Zacatecas)
- 2) Strategies aiming to re-organize service delivery
 - a) Organize service provision on a family basis, rather than an individual basis. This will enable health workers to provide an integral service to women, mothers and children, making more cost-effective service provided by health auxiliaries (Hidalgo)
 - b) Use community doctors. This is private doctors that are partially supported by the Ministry and who are allowed to visit communities, and charge for their services, except family planning services. To extend support for subsequent years, the Ministry requires the doctor to meet some service targets (Puebla)
- 3) Method specific strategies
 - a) Promote specific methods like vasectomies or sterilizations, in an integrated form, this is

to say, considering all participating components, such as promotion, counseling, service backup, follow-up mechanisms adequate for the specific method (Michoacán, Mazatlán, Sinaloa)

b) Train nurses to insert IUDs Currently, only doctors may insert IUDs, therefore restraining the availability of the method to the vast majority of rural populations

4) Strategies to address priority and underserved populations

a) Use male health workers to promote participation of men in the family planning program Use community organizations to deliver the family planning message and increase male involvement and participation in the program (Coahuila)

b) Use market segmentation and target priority populations Eg identify groups with extremely high fertility or with unusual high reproductive risk and train health workers to follow closely specific clients and needs (Querétaro)

2.3 Analysis of proposed solutions

This section describes in detail each research proposal presented at the OR workshop and discusses briefly some of their advantages and disadvantages

1) Strategies aiming to improve training and technical competence of health workers

a) Develop participatory educational strategies, in order to ensure that health auxiliaries understand and acquire a basic know-how during the introductory training

Problem

Health worker training is insufficient and fails to provide enough background to encourage women and families to use contraceptive methods to space or limit births

Solution

Base training on a participatory model in which workers identify their own needs and develop solutions using resources available at the community level Participatory education, in this proposal, refers to active participation of students in identifying problems and propose and implement viable solutions

Analysis

Participatory education is costly and does not guarantee results It is a partial solution considering that prevalence levels are contingent upon numerous factors and not only on technical competence of health workers

b) Provide counseling training and practice This will enable health workers to have a better impact among communities

Problem

Health workers fail to provide counseling because they are overburden with daily activities not necessarily related to the family planning program (eg first aid, infant care or vaccination campaigns) Counseling is not a priority within the program

Solution

Provide training on counseling and set targets to field workers Provide them with counseling materials to promote contraceptive use and family planning

Analysis

Development of counseling skills requires time and resources not available in the national program Counseling does not avoid the overload problem and, in fact, increases it

- c) Develop the teaching skills of health workers to enable them to become better communicators and to develop their sensitivity to client problems and needs

Problem

Health workers are community members with little or no experience communicating ideas to large groups, often shy and elusive They lack initiative to approach women and families to promote their services

Solution

Develop the communication skills and teaching abilities of health workers If the program counts on better communicators, the family planning message will reach communities more effectively

Analysis

Rural regions in México are heterogeneous and is difficult to conceptualize a single communication strategy that health workers may use to communicate the family planning message There is no unique or better communication strategy at this level The communication style may be better developed at the regional level in order to respect cultural differences This is not a results-oriented strategy, that may provide useful lessons for the rest of the states

- a) Use market segmentation and target priority populations Eg identify groups with extremely high fertility or with unusual high reproductive risk and train health workers to follow closely specific clients and needs

Problem

Health workers provide services on a first come first served basis Often times they have

few clients and provide three or four attentions per week. Service provision requires some kind of programming and a more systematic approach.

Solution

Use available information or collect the necessary information to identify priority segments of the population. Priority populations may be a) extremely high parity groups, b) high reproductive risk groups, c) adolescents and newlywed couples. Identify by name and address (these are communities of less than 2,500 inhabitants) priority women and families. Direct efforts to contact individuals and involve them in the family planning program. Use a referral network and use supervisors to reinforce the message if necessary.

Analysis

this is one of the most promising approaches to service provision in family planning. Requires refinement to train health auxiliaries in a problem-specific context. It is likely that health auxiliaries will not be able to program their own activities and set their own targets and agenda. Some control from the regional centers is required to provide health auxiliaries with lists of priority women, and set goals.

- b) Use male health workers to promote participation of men in the family planning program. Use community organizations to deliver the family planning message and increase male involvement and participation in the program.

Problem

in rural areas nationwide there is little or nil male involvement and participation in the family planning program. Frequently, males oppose the use of contraceptives and want more children in the family. Vasectomy is the least utilized method in rural and urban areas in Mexico.

Solution

Use male promoters to involve males in family planning, either endorse vasectomies or have men agree with contraceptive use among women. Discuss the need to limit or space birth in the community. Use community organizations to promote the family planning message.

Analysis

the strategy departs from an assumption that has proven wrong in several instances, namely, that all men oppose family planning. Several surveys had shown that, while there are some men who are strongly opposed to contraceptive use, it is increasingly common among men to endorse contraception. As in any other community based system, the success of the program is largely dependent upon motivation and participation of health workers. Some promoters have a larger impact than others. The key of the success of this

strategy is promoter selection and not the strategy itself

III. Small scale OR projects selected

Proposals selected at the OR Workshop were those of the states of Veracruz, Coahuila and Querétaro. In Coahuila, a large state bordering with the US, they tested alternative strategies to incorporate male populations to the family planning program, in Querétaro, authorities experimented the feasibility of using a segmentation and targeting approach to make clinical methods accessible to rural populations. Finally, the state of Veracruz used new, more practice-oriented, training scheme for paramedical personnel who provide contraceptive services to rural populations.

1 Segmentation of family planning and reproductive health needs Querétaro

The purpose of this project was to define the main priorities of the family planning and reproductive health programs in Querétaro and to establish mechanisms to satisfy the unmet need. Service priorities for rural communities were established according to reproductive risk criteria, as described below.

Identification of service priorities and programming of service provision entailed the following activities:

- 1) Update each community's census
- 2) Establish norms concerning priority groups or population segments to be serviced
- 3) Programming and implementation of counseling, promotion and service provision activities for each priority group identified. Health Auxiliaries and Health Auxiliary Supervisors were trained to provide counseling about specific methods suitable for each group's needs.
- 4) During the initial phase of this project personnel responsible for the family planning program in the state of Querétaro identified as the first priority group women with 35 or more years of age and with four or more children who did not want to have more children and were not using contraceptives at the time data collection was completed.
- 5) Considering that the first priority group was eligible for long term or definitive surgical methods, the project required to improve the reference system between communities and rural/semi-urban clinics.
- 6) Monitoring of project progress was based on the institutional statistical system after ensuring acceptable quality of information reported.

This project improved the community census required by the technical norms of the Ministry, which request that HAs should have a listing of all community residents including a) name, b) age, and c) education. Additional information collected under this project included the following items:

- 1) Name

- 2) Age
- 3) Number of children
- 4) Age of last child
- 5) Desire for more children
- 6) Contraceptive use
- 7) If user type of method
- 8) If user source of method
- 9) Pregnancy status
- 10) If pregnant vaccinations applied

In addition to the first priority group including older women not using methods and who prefer to restrict fertility, the following groups or segments were identified on the basis of the above information

Segment or group	Services required	Methods required	Messages
Pregnant adolescents < 18 years of age	-Prenatal care - Infant and maternal feeding - Vaccinations	Spacing methods	Reproductive Health 1) Have only the desired number of children 2) Safe sex (STDs) 3) Safe motherhood (prenatal and save delivery) 4) Ensure survival of delivery (LAM, ORT, IRD)
Pregnant women > 35 years of age	- Attend prenatal care - Maternal and infant feeding - Vaccinations - Care of child < 1 year of age - Care of child < 5 years of age	Surgical methods	
Women in postpartum period	- Exclusive breastfeeding - Care of child < 1 - Infectious respiratory diseases - Oral rehidratation therapy	- Postpartum methods	Family planning messages 1) Adequate messages according to reproductive health and stige in life cycle 2) Services available at the community level and nearest clinic hospital
Interval	- Care of child > 5 years of age - Vaccinations	- Spacing and definitive methods	

The project identified the type of services required by each segment/group of the population, specific methods required by women during each stage in the life cycle and base messages that women with specific needs would require

Counseling and service provision to priority segments were provided in addition to daily activities conducted by Health Auxiliaries and Supervisors. The advantage of providing HAs

with listings of women in each segment is that it allows the worker to program her activities and improve performance in order to achieve a fixed goal of activities (counseling) provided over a given period of time

The model was tested in two rural sanitary areas or modules (*modulos*) in Querétaro between September, 1992 and February, 1993. Selected modules included 17 communities each with less than 200 inhabitants, with a total number of women in reproductive ages of 1339 (371 in the module of Ahuacatlán and 968 in the module of Vizarrón). The number of eligible women in the first priority group (i.e. women older than 35 years of age, with 4 or more children, who do not want to have more children and not use contraceptive methods) was 57 in the first module and 68 in the second module. The eligible group (n= 125) represent 9.3% of all women in reproductive ages in the communities under study.

During the project period Health Auxiliaries (HAs) and Health Auxiliary Supervisors (SHAs) conducted 381 home visits to achieve 104 completed counseling sessions, this is about 3.6 visits per completed session and a 83.2% coverage of the target population. Results of counseling activities are presented in table I. This table shows that in the module of Ahuacatlán, among the 57 eligible women, 57.8% accepted immediately a contraceptive method after counseling, an additional 7.0% remained in a waiting list to be attended by the nearest clinic for a surgical method and 20.0% will not accept contraceptive methods. Differently, in the module of Vizarrón, the immediate acceptance rate among eligible women was 26.5%, plus an additional 11.8% who expect to receive clinical service in a near future, and a remaining 30.8% (about one third) prefer not to use a contraceptive method.

In total the 63 immediate acceptors recruited in both modules represent about 5.0% of the total number of women in reproductive ages. This result was achieved in a four month period under a limited budget of USD \$5,000 for the complete project. Results shown in the following table are impressive because the target group is a difficult to reach segment of the population with high parity and arguably one of the most inaccessible groups of the population in terms of family planning services and messages. Note that the target group is older high parity rural women, who may have not had previous access or exposure to family planning services.

To summarize results show acceptance rates of 64.8% (including immediate acceptance and women in waiting lists) and 38.3% among eligible women which, considering that the target population represents a very difficult to reach group, may be considered a success. Results support the idea that, with proper counseling, the fraction of women refusing the idea of family planning and contraceptive use is relatively small. Furthermore, observed differences between Ahuacatlán and Vizarrón may be attributed to differences in the quality of counseling provided in both modules, according to the project director. It would be expected that an improved counseling training would result in a greater impact at the community level. Targeted counseling is a feasible strategy to provide family planning and reproductive health information to underserved populations.

Table 1 Contraceptive acceptance rates among women older than 35 years of age, with 4 or more children, who do not want to have more children and not use contraceptive methods Querétaro, 1994

	AHUACATLAN		VIZARRON	
	CASES	%	CASES	%
ELIGIBLE FOR CONTRACEPTIVE USE	57	100	68	100
ACCEPTS IMMEDIATELY	33	57.8	18	26.5
IN WAITING LIST	4	7.0	8	11.8
MAY ACCEPT LATER	9	15.8	0	0.0
WILL NOT ACCEPT	11	19.3	21	30.8

2 Practice oriented training for Health Auxiliaries Veracruz

Participants in the OR workshop concided in pointing at insufficient training of HAs as one of the most important problems of the Coverage Extension Strategy. It was mentioned previously that the vast majority of HAs are young women (17-24 years of age), single, with low literacy rates and little or no experience in health service provision. Training provided to these workers is a one week course in which they receive talks on six different primary care programs including pre and post natal care, infant care, oral rehidratation, first aid and family planning. In-service training and supervision is provided on a continuous basis, although in disperse, isolated communities, supervision is contingent upon resources available and weather conditions. As a norm, each supervisor should oversee 10 health auxiliaries and should visit the communities at least once a month. Lack of resources frequently constraint application of the norm.

A crucial problem in HA training is the verbal and theoretical nature of courses. Participants are not provided with the opportunity to put into practice what is learnt in theoretical courses neither do they actually see how consultations are provided. It would be expected that an initial practice oriented training would result in an improved learning and performance of health auxiliaries.

To test the above hypothesis, the State of Veracruz conducted an operations research project in which they implemented a practical introductory training course for 20 new health workers. To evaluate the effectiveness of the practical course, the training level and performance of the experimental communities were compared to 14 health auxiliaries who initiated training at the same time as the experimental group. Both auxiliaries and communities attended were comparable under any other standard.

Measurement instruments included a knowledge questionnaire with 15 items rated in a 0 to 10 scale and a consultation observation guide. The knowledge tests were applied three times: prior to training, immediate post training and a six month follow-up. The observation guides consisted

in checklists per service in which the supervisor annotated whether or not the HA inquired and checked all points expected according to instructions provided during the initial training. Observation guides assessed consultations in different services including pre and post natal care, infant care, family planning information provided to new clients and consultations per method. Observation guides were applied immediately after initial training and after a six month intervention period.

Results from the knowledge tests are presented in table 2 which shows the pre, post and follow-up scores for the experimental and control groups. To show the specific topics in which the practical training was more effective table 2 presents test scores by type of program.

Table 2 shows that the practice oriented training provides better results than the traditional model. While the experimental group shows an increase of 10 points in the total knowledge score after the initial training, the control group shows a modest increase of 07 points immediately after the introductory course. Also, the experimental group shows an improved knowledge of 87 points after a six month intervention period, as compared to the 78 level observed among the control group. This result may be interpreted as an effect of the practice oriented training which enables the HA to profit from experience and accumulate expertise in service provision as a result of their initial exposure to real situations.

Table 2 Pre, post and follow-up knowledge test scores in experimental and control groups by type of program Veracruz, 1994

TOPICS/PROGRAMS	EXPERIMENTAL			CONTROL		
	PRE	POS	FOL	PRE	POS	FOL*
FAMILY PLANNING	53	78	79	60	72	69
PRE AND POST NATAL CARE	77	98	94	68	74	82
CHILD CARE	76	83	88	75	81	88
FIRST AID	72	71	88	57	58	81
TOTAL	70	80	87	65	72	78

* PRE Pre intervention measurement
 POST Post intervention measurement
 FOL Six months follow up

Major knowledge gains are observed in pre and post natal care and counseling, first aid and child care. In these three areas practical exposure to actual consultations appears to be highly effective. In the case of family planning a practice oriented training requires to be specific by method and situation. This is to say that the practice oriented training in family planning would require more active sessions on IUD counseling and probably use of audiovisual materials.

Pre and post intervention measures based on observation guides are presented in table 3 which shows results for the experimental and the control groups as well as percent changes in scores. Although the observation guide included a large number of services, table 3 presents only results of sections related to family planning and pre and post natal care.

Table 3 shows that the experimental group achieved a significant increase in ratings on pill consultations and in prenatal information and check-up. The control group fails to show any significant increase in ratings during the project period.

Consistent with results from knowledge tests, scores from the observation guides indicate that the practical training was most effective in training HAs to provide adequate prenatal care and check-ups. According to personnel responsible for training, this is due to the fact that participants had actually the opportunity to explore pregnant women. The practicum on family planning counseling was only rehearsed among course participants. It could be expected that practical training on family planning methods would be more effective if HAs would be allowed to conduct actual counseling sessions and receive feedback of trainers and other fellow participants.

Table 3 Pre and post intervention scores of consultation observation guides Veracruz, 1994

	EXPERIMENTAL		CONTROL		% CHANGE	
	PRE	POST	PRE	POST	EXPERIMENTAL	CONTROL
Family Planning						
New users	1.42	4.50	5.35	7.14	3.08	1.79
Condom	7.77	8.88	4.81	8.33	1.11	3.52
Pill	4.86	8.13	5.93	6.83	3.27***	0.90
Injectable	2.22	6.66	5.00	5.93	4.44	0.93
Pre and post natal care						
Information on pregnancy	5.50	7.28	5.00	5.63	1.78	0.63
Pregnancy exploration	6.11	9.23	7.05	6.90	3.12*	-0.15
Information on post-partum care	5.62	5.52	5.00	5.25	-1.10	0.25
Exploration during post-partum	8.33	5.83	3.75	4.38	-2.50*	0.63

Probability

** p < 0.05

*** p < 0.01

An informal assessment of costs showed that the practical training may be completed at approximately 60% of the cost of the traditional training. The DGPF would require a more formal cost analysis of this approach in order to recommend its application nationwide.

3 Male participation in family planning Coahuila

According to personnel responsible of family planning programs at the state level in rural areas nationwide there is little or nil male involvement and participation in the family planning program. Frequently, males oppose the use of contraceptives and want more children in the family. Vasectomy is the least utilized method in rural and urban areas in México.

To address the problem of male participation in family planning, personnel responsible of the family planning program of Coahuila State proposed to use male promoters to improve male participation in family planning, either endorse vasectomies or have men agree with contraceptive use among women.

The strategy consisted in incorporating males as Health Auxiliaries to reinforce activities already conducted by female HAs. Ten rural communities were selected as experimental sites and the control group consisted of 10 more communities. Male HAs were trained following institutional guidelines, except that more emphasis was placed on activities related to the male population and male contraceptive methods including condoms and vasectomies. The strategy aimed to improve knowledge, attitudes and opinions about family planning at the community level. The hypothesis of the study was that male participation in the family planning program would increase acceptance of contraceptive use both for males and females and would result in an improved knowledge of the advantages of family planning and of specific contraceptive methods.

The measurement instrument consisted of pre and post intervention community surveys for males including knowledge and attitudinal questions. Questionnaire items included knowledge of family planning, use of contraceptive methods and attitudinal questions related to acceptability of contraceptive use and family planning in the household. Pre intervention surveys were collected in August, 1993 and post intervention data collection was conducted in February-March, 1994.

Pre and post interventions survey results are presented in table 4 which shows selected questionnaire items for the experimental and the control group. Table 4 shows that the experimental group significantly improved in the proportion of the population knowing about family planning and specific methods, specially vasectomies. The proportion of the population who knew about family planning prior to the intervention was 57.9%, which is low according to national standards. However, this fraction increases to 84.7% after the intervention period. Such change is substantial and significant from a statistical point of view. Among the control communities the proportion of the population knowing about family planning remained around 70% before and after the intervention period. Differences between the experimental and the control group may reliably be attributed to participation of males as active health workers.

Other significant changes in the experimental group are observed in the fraction of the population knowing specific methods such as pills, tubal ligations, vasectomies, IUDs and condoms. The control group also shows some significant changes because activities of female HAs continued their daily responsibilities which include promotion of contraceptive methods. However, the effectiveness of the strategy is supported by the fact that changes among experimental communities are always higher than among the control group.

Concerning attitudinal changes, results in table 4 show that the major changes among the experimental communities were the following:

- 1) Fraction of men claiming they would accept that his wife or partner would receive tubal ligations (16.9 percent point change before and after intervention)
- 2) Fraction of men claiming that they would accept vasectomies (gain of 25.8 percent points)
- 3) Fraction of the population that would accept their children's use of family planning (15 percent points gain)

Table 4 Male participation in the Coverage Extension Strategy Coahuila, 1994

QUESTIONS	EXPERIMENTAL		CONTROL		AFTER-BEFORE	
	BEFORE	AFTER	BEFORE	AFTER	EXPER	CONT
KNOWS FP IS	57.9	84.7	69.7	72.5	26.8***	2.8
HEARD METHODS	78.1	90.7	76.4	87.4	12.6	11.0
HEARD PILLS	60.1	86.3	66.9	76.0	26.2***	9.1
HEARD INJECTABLES	37.7		38.9			
HEARD TUBAL LIBATION	31.7	67.8	32.6	63.4	36.1***	30.8***
HEARD VASECTOMY	19.1	55.7	17.7	46.4	36.6***	28.7***
HEARD IUD	35.0	65.0	28.0	56.3	30.0***	28.3***
HEARD CONDOMS	59.6	85.2	58.3	76.5	25.6***	18.2***
ACCEPTS WIFE'S USE	87.7	93.4	78.2	88.4	5.6	10.2
WOULD ACCEPT WIFE'S LIGATION	66.5	83.4	70.3	83.1	16.9**	12.8*
WOULD ACCEPT VASECTOMY	17.7	43.5	16.1	24.4	25.8***	8.3
TALKS W/WIFE ABOUT FP	89.5	88.5	89.5	94.0	-1.0	4.5
WOULD TALK W/SONS ABOUT FP	94.4	96.2	94.2	93.4	1.8	-0.8
WOULD ACCEPT SONS USE FP	81.3	95.8	81.0	95.3	14.5***	14.3**
ACCEPT YOUNG PEOPLE TALK	98.4	96.7	97.7	97.8	-1.7	0.1

Probability

** p < 0.05

*** p < 0.01

To summarize results from this project male participation in the rural family planning program proves to be an effective mechanism to disseminate information addressed to males. Specially male family planning promoters are an adequate mean to promote vasectomies, even in rural underserved populations.

To discuss results of this project it may be argued that the strategy departs from an assumption that has proven wrong in several instances: namely, that all men oppose family planning. Several surveys had shown that, while there are some men who are strongly opposed to contraceptive

use, it is increasingly common among men to endorse contraception. As in any other community based system, the success of the program is largely dependent upon motivation and participation of health workers. Some promoters have a larger impact than others. The key of the success of this strategy is promoter selection and not the strategy itself.

IV. Post-test of educational materials

Preliminary results of an evaluation conducted by the Ministry of Health showed that, at least in the five States where the model has been tested, large shares of the populations think that HAs do not have the required technical knowledge and, although HAs are generally regarded with sympathy, their advice is not totally trustworthy. The main problem, in fact, is that HAs lack sufficient training to attract new users to the health posts.

Educational materials for rural health workers aim to provide voluntary personnel with complete guidelines and information concerning primary care in family planning and reproductive health. For several years, the DGPF has used technical handbooks for training rural health workers. Such technical handbooks, which are book size documents, have proven ineffective for workers with a low degree of literacy and who lack experience in self learning and training.

In 1991, under sponsorship of Pathfinder, the DGPF initiated the development of simpler, shorter, more effective teaching devices for voluntary health workers. Handbooks were experimentally tested in Chiapas, Guerrero, Michoacan and Guanajuato. It is a matter of operational research to determine which is an adequate methodology to evaluate the effectiveness of the experimental texts. The "Guide Handbook for the Health Auxiliary of the Coverage Extension Strategy" are brief, descriptive texts dealing with the following topics: family planning, perinatal care, acute respiratory diseases, diarrhea and oral rehydration, infant care, and other activities. Printed materials were designed considering that HAs have, on the average, low levels of schooling and that they are directed mainly to rural populations. Starting in September 1990, the handbooks were introduced on an experimental phase, as the main training device used by HAs. The experimental phase of these handbooks ended in September, 1991 and, considering the positive preliminary results from the study, the DGPF encouraged their widespread diffusion and utilization among all states in the country. However, as a preliminary stage prior to definitive approval of such handbooks, it was necessary to conduct a post-test of these materials. Since the project supported by Pathfinder included only design and testing of materials, the DGPF preferred to post-test the handbooks and to evaluate their effectiveness as a training device.

To post-test training devices the DGPF used an integrated approach in which they complemented a quantitative description of the effectiveness of educational devices with a qualitative approach based on focus groups and participation of actual users of the handbooks.

1 Qualitative assessment of handbooks

The qualitative assessment of the handbooks relied on focus groups. Participants in the qualitative evaluation were supervisors and health workers that used the experimental handbooks. Four focus groups were conducted, one per state where the handbooks were tested (Michoacán, Guerrero, Chiapas and Guanajuato). The focus groups aimed to evaluate the handbooks in terms of clearness, suitability and effectiveness of the language, structure, graphic design and contents.

On the basis of the focus groups conducted it was possible to identify that the illustrations and vignettes in the handbooks, which represented health workers and clients with indigenous traits, were a key to make them attractive to the target audience. Other factors that contributed to successful use of the handbooks were brief texts and simplicity of messages.

According to participants, the most useful handbooks were those related to first aid and preventive care, including prenatal care, which deal with common and routine problems at the community level. Focus groups showed that handbooks are used basically as reference texts and are indeed read both by health auxiliaries and supervisors. Handbook users reported that they usually read only once and in subsequent use, they referred only to illustrations to remember procedures and norms.

Some powerful visual aids proved useful to increase message retention, particularly concerning condom use, pill use and IUD description. A collective detailed analysis of handbooks allowed DGPF to identify readers' preferences and modify the booklets accordingly. Focus groups discussed formats, titles, colors, contents and language used.

On the basis of information provided by focus groups participants several aspects of the handbooks were modified, including the following: 1) cover, 2) layout, 3) colors, 4) size, 5) selected illustrations, 5) selected items per handbook and topic.

2 Quantitative evaluation

The quantitative evaluation of experimental texts relied on checklists that supervisors used to observe whether health workers followed the steps and recommendations explained in the handbooks. Such supervision guides enabled the DGPF to identify specific items that health auxiliaries systematically missed during service provision. This quantitative approach provided statistical evidence concerning the items that remained unclear in the handbooks or which were ineffectively communicated during the initial training.

The DGPF collected approximately 1 800 Diagnostic Guides (*Guías Diagnósticas*) aiming to assess HA performance before and after introduction of the Handbooks (3,700 formats total). Such *Guías* were applied in the four states where the simplified handbooks were used as training devices, namely Guanajuato, Guerrero, Chiapas and Michoacán in 1991 (before intervention) and 1992 (after intervention). Unfortunately information from Michoacán showed some inconsistencies that require further confirmation.

Table 5 presents estimations of family planning services provided by health auxiliaries based on the Diagnostic Guides. This table shows, for each participating state, the total number of users per method before and after introduction of the handbooks. Results show that the total number of users increased in 23.5% in Chiapas (from 12,274 to 15,185) and 40% in Guanajuato (3,082 to 4,314) and Guerrero (from 12,243 to 16,905).

Table 5 Contraceptive users before and after introduction of the simplified handbooks. Chiapas, Guanajuato and Guerrero 1991-1992

	CHIAPAS		GUANAJUATO		GUERRERO	
	BEFORE	AFTER	BEFORE	AFTER	BEFORE	AFTER
USERS	12274	15185	3082	4314	12243	16905
METHODS	PERCENT DISTRIBUTION					
PILLS	46.51	40.32	53.96	43.46	39.21	36.40
INJECTABLES	25.10	23.98	9.25	7.53	39.76	43.22
CONDOM	8.59	6.77	23.73	21.51	9.98	9.79
IUD	3.28	2.67	9.09	8.95	4.36	3.37
VSC	16.51	26.25	11.68	18.54	6.69	8.25
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Results show that the most common methods are pills, injectables and sterilizations. Surgical methods are greatly limited in rural areas, and temporary methods such as pills and injectables predominate in the method mix. Both pills and injectables account for about three quarters of contraceptive users in the three states shown in table 5. Pill users represent between 35% and 40% in the states considered and condom users represent an additional 8 to 10%. In Guanajuato condom use appears to be more common than in the rest of the states.

Results in table 5 show a changing method mix in favour of surgical and definitive methods. This may be observed in the last row of the table which shows that the proportion of women with sterilizations increased substantially in all states analyzed. In Chiapas, the proportion of women with sterilizations increased from 16.5 to 26.3, in Guanajuato this proportion increased from 11.7 to 18.5 and in Guerrero, which shows the smallest fraction of definitive users, increased from 6.7% to 8.25%. In all cases the increase of users of tubal ligations is statistically significant, considering the number of cases introduced in the analysis.

To summarize, results presented in table 5 show an increase in the number of contraceptive users in the states that participated in the experimental test of the simplified handbooks. The method mix changed significantly during the project period in favour of surgical and definitive methods. However, temporary methods such as pills and injectables remain the sole major source of contraceptive protection among family planning users in rural areas analyzed.

STRENGTHENING THE COVERAGE-EXTENSION STRATEGY OF THE
MINISTRY OF HEALTH, MEXICO

POPULATION COUNCIL SUBCONTRACT NO CI91 89A

FUNDED UNDER Contract No AID/DPE-3030-Z-00-9019-00 (INOPAL II)

FINAL REPORT
VOLUME II
SPANISH LANGUAGE REPORT
NOVEMBER 1, 1991-JUNE 30, 1994

DESARROLLO E INVESTIGACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, A C
(DIPLAF)
and
THE POPULATION COUNCIL

Prepared by

Dirección General de Planificación Familiar
M Juan Guillermo Figueroa
M Maria Isabel Morgan
Lic Doris Ortega

The Population Council
Dr Carlos Brambila

MEXICO, D F
AUGUST 1994

FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE
COBERTURA PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION FAMILIAR MEXICO

INDICE DE CONTENIDO

I TALLER DE INVESTIGACIÓN DE OPERACIONES

- 1 Objetivos, temario y participantes
 - a Objetivos y temario
 - b Lista de participantes

- 2 Proyectos de investigación operativa seleccionados durante el taller
 - a Querétaro
 - b Veracruz
 - c Coahuila

II ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LOS CUADERNOS DE
TRABAJO PARA LAS AUXILIARES DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE
COBERTURA, GUIAS DIAGNOSTICAS Y GUIAS DE CAPACITACIÓN-
SUPERVISION

- 1 Analisis cuantitativo

- 2 Analisis cualitativo

I TALLER DE INVESTIGACION OPERATIVA

1 Objetivos, temario y participantes

a Objetivos y temario

TALLER DE INVESTIGACION OPERATIVA

INTRODUCCION

La investigación operativa (IO) es un instrumento que se ha utilizado en la última década en los Programas de Planificación Familiar y en los programas afines de salud con el fin de mejorar la prestación de los servicios

La IO puede aportar conocimientos valiosos, significativos y permanentes al programa de planificación familiar, a través de ella se pueden probar soluciones prácticas y concretas a problemas específicos y alternativas viables a métodos de trabajo inadecuados u obsoletos

Por tal motivo se consideró importante organizar y llevar a cabo un Taller de Investigación Operativa con los siguientes objetivos

- 1 Que los participantes reconozcan la utilidad de la Investigación Operativa para el mejor funcionamiento de los programas
- 2 Que adquieran los elementos básicos para poder diseñar y desarrollar proyectos de Investigación Operativa
- 3 Que elaboren durante el taller la propuesta de IO correspondiente a su estado

Las actividades del taller se iniciaron a partir de mayo de este año, entre ellas se llevaron a cabo reuniones de trabajo con los participantes, tanto en sus estados como en esta Dirección General, así mismo se realizó una reunión preliminar en esta ciudad con la asistencia de todos los estados, excepto Chiapas, para revisar, lo relativo al planteamiento del problema así como para

tratar otros aspectos relacionados con la elaboración de sus propuestas

Desde el punto de vista metodológico, el taller incluye sesiones teóricas con tiempos asignados para la discusión, alternadas con sesiones prácticas a las que se ha denominado "trabajo de grupo" y en las cuales se podrá hacer la aplicación inmediata de la información proporcionada en la sesiones teóricas

El Taller de IO, como una estrategia para ayudar al mejoramiento de los servicios, adquirirá su justo valor en la medida en que los resultados de los proyectos que se implementen vayan siendo utilizados y aplicados

CONTENIDO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Portada

Deberá incluir lo siguiente. Nombre de la institución con área y departamento, título del proyecto, nombre de los responsables, lugar y fecha

Indice

El índice es el título o nombre de los distintos apartados o capítulos que contiene el trabajo, también puede decirse que de alguna manera corresponde al esquema del plan de trabajo.

Introducción

La introducción es una descripción analítica del índice, en ella se describe brevemente lo que contiene el trabajo Redactarla al principio del proyecto permite ordenar las ideas que se tienen respecto a él, aunque debido a los cambios que se van haciendo sobre la marcha, generalmente la introducción definitiva se elabora hasta el final

Definición del Problema

El problema deberá ser ser definido en términos de su frecuencia, intensidad, distribución, áreas y población afectadas, causas probables, experiencias anteriores, etc La mejor manera de definir un problema es mediante la revisión de la literatura relevante al respecto, apoyándose en las estadísticas más recientes y buscando opiniones de expertos en la materia

Selección de Estrategias

Cuando se identifica un problema determinado se conjetura o se piensa en lo que debería hacerse para solucionarlo. Este qué nacer corresponde a la o las estrategias, cuya selección debe tomar en cuenta ciertos requisitos, entre los que destaca la posibilidad real de llevarla a cabo

Justificación

Una vez que el problema ha sido definido, se deberán reunir los argumentos necesarios para justificar la necesidad de desarrollar la investigación, en términos de su extensión, de su evolución o incremento, del interés que muestren las autoridades, y también en términos de lo que se resolverá con hacerla, de lo que podría hacerse al obtener los resultados

Objetivos e Hipótesis

Los objetivos y las hipótesis se derivan de la definición, descripción y justificación del proyecto de investigación. En los objetivos se formulan las implicaciones y contribuciones que esperan lograr del estudio.

Una hipótesis de investigación es la conjetura o suposición que se hace sobre la existencia de una situación determinada; es la explicación probable de un problema que es susceptible de comprobación.

De alguna manera es la relación que se establece entre el problema identificado y las probables estrategias de solución. En otras palabras, puede decirse que una hipótesis es la relación entre dos o más variables.

Definiciones Operacionales

Las definiciones operacionales se refieren a una explicación precisa del significado que se le dará a los términos utilizados en el proyecto, así como al establecimiento de los indicadores que servirán para medir las variables.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio es el plan de acción del investigador para alcanzar los objetivos del mismo y comprobar las hipótesis. Al seleccionar un diseño en particular, se busca maximizar la confiabilidad y validez de los datos y con esto reducir al mínimo los posibles errores en los resultados del estudio. El tipo de diseño que se elija estará en función de los objetivos que se persigan.

Muestreo y Recolección de Datos

El muestreo hace referencia a la forma como se seleccionarán las unidades estadísticas básicas (individuos, parejas, familias,

comunidades, etc), es decir, al método de selección de la muestra, así como también a la selección del tamaño de la muestra

La recolección de datos se refiere a la forma como se recolecta cuya selección del método esta condicionada a los objetivos y al diseño del estudio así como a la disponibilidad de los recursos.

• **Tabulación y Análisis de Datos**

La tabulación se refiere a la presentación ordenada, en forma de cuadros o gráficas, de las relaciones obtenidas entre las distintas variables de interés, y el análisis, consiste en una explicación de los resultados obtenidos, o en las distintas respuestas para todas las preguntas investigadas en el estudio. El plan del análisis de los datos constituye uno de los aspectos más importantes de la propuesta de investigación.

Resultados de Investigación

Los resultados de la investigación deben darse a conocer a las distintas instancias o personas interesadas, a la brevedad posible. Debe redactarse cuidando que el estilo y el lenguaje vaya de acuerdo con el del público a quien se dirige. El meollo del informe lo constituyen los aspectos metodológicos (objetivos, hipótesis, programa de intervención, diseño del estudio, procedimientos analíticos), los resultados y el análisis o interpretación de los datos, y las conclusiones y recomendaciones.

Presupuesto

Es la descripción de los recursos financieros que se requieren para el desarrollo del proyecto cuya forma de presentación más utilizada es en grandes categorías de gastos (salarios, equipo, materiales, viajes, etc), cada aspecto del presupuesto debe ser debidamente justificado

Calendario de Actividades

Es la relación de todas las actividades que comprende el programa con la fecha de inicio y terminación.

Conclusiones

Son las proposiciones a que se llega como consecuencia de la

reflexión y análisis de los resultados obtenidos en la investigación Regularmente incluyen los principales hallazgos del estudio y las limitaciones en la búsqueda, también las repercusiones en cuanto a líneas de investigación para un futuro y posibles aplicaciones de los resultados.

Bibliografía

Es un listado de las obras consultadas, se anotan en orden alfabético por apellido del autor el cual se escribe todo en letras mayúsculas, a continuación se enuncia el título subrayado, le sigue el nombre del traductor si existe este dato, posteriormente se anota la edición y la editorial, el nombre de la ciudad, el país en el que fué impreso, el año y finalmente, el número de páginas

Anexos o Apéndices

Son los documentos, cuadros, diagramas y datos estadísticos que alterarían el texto principal y haría difícil su lectura Algunas veces es necesario incluir los datos en el texto, pero, es importante que no sean excesivos

I El problema a investigar

- 1 Presentación clara, con afirmaciones breves del problema, incluyendo conceptos definidos donde fuere necesario
2. Mostrar que el problema está limitado por restricciones susceptibles de tratamiento o prueba.
- 3 Describir la importancia del problema con referencia a uno o más de los siguientes criterios:
 - a) es oportuno
 - b) está relacionado con un problema práctico
 - c) se refiere a una amplia población
 - d) se refiere a una población que es factor real de poder o que se encuentra en una situación crítica
 - e) llena una laguna de investigación
 - f) permite generalizaciones aplicables a amplios principios de interacción social o teoría general.
 - g) afina la definición de un concepto o relación importante
 - h) tiene muchas implicaciones para un amplio rango de problemas prácticos
 - i) puede crear o mejorar un instrumento para la observación y el análisis de los datos
 - j) proporciona posibilidades para una exploración fructífera con técnicas conocidas

PROGRAMA DEL TALLER DE INVESTIGACION OPERATIVA

LUNES 5

- 8 30 - 9 30 Inauguración del Taller (Dr A. Zárate)
- Introducción: bienvenida, antecedentes y objetivos del taller. Indicaciones generales como horario, servicio de café, condiciones de hospedaje, etc (M.I Morgan)
- Integración grupal (D.Ortega)
- 9 30 -10 30 Conceptualización de la investigación en salud y en particular de las I.O. (J.G. Figueroa)
- 10.30-11 00 Utilidad de la Investigación Operativa para la programación y evaluación (E. Santos)
- 11 00-11:30 C A F E
- 11 30-13 00 Utilidad de la investigación operativa para la supervisión y capacitación (J L Ponce)
- 13 00-13 30 Esquema de un protocolo de investigación operativa (J G Figueroa)
- Planteamiento y justificación del problema
 - Objetivos, hipótesis y estrategias
 - Definiciones operacionales
 - Diseños de estudio
 - Población y muestra
 - Recolección de datos
 - Tabulación y análisis de datos
 - Presupuesto y cronograma
 - Informe de resultados
- 13 30-14 00 Recordatorio de lo visto en la reunión preliminar identificación, definición y justificación del problema; objetivos, hipótesis y selección de estrategias (J G Figueroa)
- 14 00-15 30 C O M I D A
- 15 30-18 00 Presentación del trabajo elaborado por los estados y retroalimentación de los mismos

MARTES 6

- 8:30 - 8:45 Evaluación diaria y resumen de actividades
- 8:45 - 11:00 Definiciones operacionales (C. Brambila)
- Terminología
- Variables
- Trabajo de grupo operacionalización de las variables de cada propuesta
- 11:00 - 11:30 C A F E
- 11:30 - 12:30 Presentación del trabajo de grupo, discusión y retroalimentación
- 12:30 - 14:00 Diseño de estudio (E. Aguilar)
- Validez
- Confiabilidad
- Fuentes de error
- Trabajo de grupo
- 14:00 - 15:30 C O M I D A
- 15:30 - 16:15 Presentación del trabajo de grupo, discusión y retroalimentación
- 16:15 - 18:00 Tipos de diseño (R. Aparicio)
- No experimentales
- Experimentales
- cuasiexperimentales

MIERCOLES 7

- 8 30 - 8 45 Evaluación diaria y resumen de actividades
- 8 45-9 45 Presentación del trabajo de grupo, discusión y retroalimentación
- 9-45-11:00 Población y muestra (E. Aguilar)
- Unidad de estudio
- Métodos de muestreo
- Tamaño de la muestra
- Técnicas estadísticas
- Trabajo de grupo
- 11 00-11.30 C A F E
- 11.30-13 30 Continúa trabajo de grupo
Presentación del trabajo de grupo
- 13 30-14 00 Recolección de datos
Datos cuantitativos (P. Castro)
- Entrevistas estructuradas
- Estadísticas de servicio
- Entrevista indirecta
- Fuentes secundarias de recopilación de datos
- 14 00-15 30 C O M I D A
- 15 30-17 00 Datos cualitativos (G.Rivera)
- Entrevista no estructurada
- Grupos focales
- Observación directa
- Análisis de contenidos
- 17 00-18 00 Trabajo de grupo Identificación de la forma de recolección de datos

JUEVES 8

- 8 30-8 45 Evaluación diaria y resumen de actividades
- 8:45-9 45 Presentación del trabajo de grupo
- 9:45-11 00 Control de calidad de la información
(C Brambila)
- Técnicas de control de calidad
Ejemplos INOPAL/MES
- Confidencialidad de la información
(C. Brambila)
- 11 00-11:30 C A F E
- 11:30-14.00 Tabulación y análisis de datos (J.G Figueroa)
- Codificación y verificación
- Plan para análisis de datos
- Trabajo de grupo
- 14 00-15 30 C O M I D A
- 15.30-18 00 Presupuesto y cronograma (C Brambila)
Trabajo de grupo
Presentación del trabajo de grupo

VIERNES 9

8:30-8:45 Evaluación diaria y resumen de actividades

8 45-10:00 Informe de resultados (M.I.Morgan)
- Presentación del informe
- Utilización de resultados

Planteamiento de los estados de los posibles usos de sus resultados

10 00-11 00 Trabajo de grupo: revisión general de la propuesta

11 00-11.30 C A F E

11:30-12 30 Continúa revisión general de la propuesta

12 30-13:30 Presentación de las ideas básicas de las propuestas de investigación operativa
- Tipo de tema
- Tipo de aproximación/enfoque

13 30-13:40 Entrega de las propuestas

13.40-14 40 Evaluación y retroalimentación del evento

14.40-15.00 Entrega de constancias

Clausura

15 00 COMIDA DE CLAUSURA

b Lista de participantes

**LISTA DE PARTICIPANTES DEL
TALLER DE INVESTIGACION OPERATIVA
DEL 5 AL 9 DE OCTUBRE DE 1992**

DISCIPULOS

POR LOS ESTADOS

Dr. Armando Pérez Cabrera
Jefe del Departamento del 1er. Nivel
en el Estado de Guanajuato

Dra. Ma Antonia Corrales Beltrán
Jefe del Departamento de Investi-
gación y Desarrollo Tecnológico
en el Estado de Guanajuato

Arq. Raúl Angel Becerra Sánchez
Jefe del Depto de Información
y Evaluación en el Estado
de Puebla

Dr. Roberto López Rubí
Jefe del Depto de Planificación
Familiar y Materno-Infantil
en el Estado de Puebla

Dr. Jesús Sánchez Valadez
Coordinador Jurisdiccional del
Programa de Planificación Familiar
en el Estado de Sinaloa

Dr. Adolfo Gutiérrez Martínez
Coordinador Jurisdiccional del
Programa de Planificación Familiar
en el Estado de Sinaloa

Dra. Luz María Medina Mariscal
Responsable Estatal del Programa
de Planificación Familiar en
Estado de Veracruz

Dr. Arnulfo Camacho Alcantar
Jefe del Depto de Atención Materno
Infantil y Planificación Familiar
en el Estado de Veracruz

Dra. Ma Dolores Osorio Piña
Jefe del Departamento de Planificación

Familiar y Atención Materno Infantil
en el Estado de Hidalgo

Dra Rosa María Ortiz Espinoza
Responsable Estatal del Programa
de Planificación Familiar
en el Estado de Hidalgo

Dr. José de Jesús Jaime Guzmán
Jefe del Depto de Materno-Infantil
y Planificación Familiar en el
Estado de Zacatecas

Dr Ana María Miramontes de León
Coordinador Médico Jurisdiccional
en el Estado de Zacatecas

Dr Rosalío Angel López Sanabria
Responsable Estatal del Programa de
Planificación Familiar en el Estado
de México

Yolanda González Albarrán
Encargada del Area Institucional del
Programa de Planificación Familiar
en el Estado de México

Dr Jorge F Méndez Galván
Jefe del Departamento de Fomento
a la Salud en el Estado de Chiapas

Dr. Lucio Galileo Lastra Lastra
Jefe del Dpto de Planificación Familiar
y Materno Infantil en el Estado de Chiapas

Dr Marco Antonio Reséndiz Vielma
Jefe de la Oficina de Planificación
Familiar en el Estado de Coahuila

Dr Jesús Saucedo López
Coordinador Médico Jurisdiccional
de Planificación Familiar en el
Estado de Coahuila

Dr José Bedolla Rivera
Responsable del Componente
Institucional en el Estado
de Michoacán

Dr Antonio Nishimura Torres
Jefe del Departamento de Planificación
Familiar y Atención Materno-Infantil
en el Estado de Michoacán
Dra Sandra Garza Hinojosa

Responsable Estatal de la
Estrategia de Extensión de
Cobertura en el estado de
Querétaro

Dr Enrique Gallardo de la O
Jefe del Departamento de
Investigación en el Estado
de Querétaro

Dr Mauricio Bernal Henández
Responsable estatal del programa
de planificación familiar en el
estado de Baja California Sur

POR LA DGPF.

Lic. M^a Guadalupe Monteros García
Act Julio Rangel Obregón
Lic Celia Benet Jiménez
Act. Claudia Contreras Sho
Lic M^a Isabel Moreno Hernández
Lic Noé Guarneros Soto
Enf Hilda González Almaraz

EQUIPO DOCENTE

POR LA DGPF

Mtro. Juan Guillermo Figueroa Perea
Lic M^a Isabel Morgan Mallol
Act. Elba Aguilar
Act Ricardo Aparicio Jiménez
Lic Gabriela Rivero Reyes
Lic Patricia Castro Morales
Act. Elsa Santos Pruneda
Dr José Luis Ponce Vergara
Lic Doris Verónica Ortega Altamirano

POR EL POPULATION COUNCIL

Dr. Carlos Brambila Paz

APOYO ADMINISTRATIVO

Srita Lucina Luis Mijangos DGPF

APOYO SECRETARIAL

POR LA DGPF ✓

Srita. Lucina Luis Mijangos
Srita. Sonia Diaz Lima

POR EL POPULATION COUNCIL

Srita. Reyna Varón Halabé

2 Proyectos de investigación operativa seleccionados durante el taller

SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO COMUNITARIO EN COAHUILA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA

**"EL VARÓN COMO AGENTE PROMOTOR DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA"**

RESPONSABLES DEL PROYECTO

**DR. MARIO ANTONIO RESENDIZ VIELMA
DR. JESÚS SAUCEDO LÓPEZ**

ABRIL DE 1994.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA

" EL VARÓN COMO AGENTE PROMOTOR DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA "

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I Problema	4
II Solución	4
III. Objetivos, hipótesis y variables	5
IV Metodología y mediciones	6
V Actividades	6
VI Resultados	8

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio es probar que a través de la intervención de un promotor varón en el programa de planificación familiar, es posible modificar la actitud, elevar el nivel de conocimientos y la captación de usuarios de métodos anticonceptivos en las comunidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC).

El problema a resolver es la poca o nula participación del varón en las actividades de promoción y aceptación del programa de planificación familiar en dichas comunidades

La solución que se propone es la incorporación de promotores varones para que ejecuten las acciones del programa de planificación familiar en la EEC.

Las ventajas que se identifican son las siguientes

- A) Se fomenta la salud reproductiva con decremento en el riesgo reproductivo.**
- B) Se modifica positivamente la actitud de la población masculina en las comunidades rurales con respecto a la planificación familiar.**
- C) Se eleva el nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva, educación sexual y planificación familiar**
- D) Se asegura la captación y prevalencia de usuarios de métodos anticonceptivos**
- E) El costo-beneficio está justificado, ya que se aprovecha una infraestructura ya establecida**
- F) Se eleva el nivel de calidad de vida del núcleo familiar en particular y de la comunidad en general**

Las actividades realizadas fueron

Selección de promotores, capacitación de los mismos, aplicación de encuesta inicial y final, actividades de supervisión, informes administrativos, tabulación y procesamiento de datos, evaluación e informe final

El resultado principal fue

Se elevó el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos

Se modificó positivamente la actitud de los varones hacia la planificación familiar

Se incrementó el número de usuarios de métodos anticonceptivos

Por lo anterior, se puede afirmar, que la estrategia propuesta responde a un problema real, el cual se aborda y resuelve con propiedad

I.- Problema

El problema detectado es la poca o nula participación del varón en las actividades de promoción y aceptación del programa de planificación familiar en las comunidades de la EEC

En el estado de Coahuila, México, la responsabilidad de la promoción y de cada una de las acciones del programa de planificación familiar se lleva a cabo por personal femenino en un 99%, agregado a esto, existen patrones culturales, tradiciones y costumbres arraigadas, políticas institucionales unilaterales y antecedentes de participación exclusiva de la mujer

Considerando que la base fundamental del programa de planificación familiar es la integración de la pareja para que, en forma libre, voluntaria, responsable y bien informada, decida sobre el número y espaciamiento de los hijos, entonces es importante involucrar al varón para que participe en las acciones de salud que le beneficien a él, a su pareja, a su familia y a su comunidad

En el estado de Coahuila, México, el 13.9% de la población se encuentra en el área rural y, el problema identificado, afecta a los varones mayores de 15 años de dicha población.

El éxito o fracaso del programa de planificación familiar depende de la participación conjunta de la pareja, por lo que, si se continúa incidiendo exclusivamente en las mujeres, continuará la baja captación y prevalencia de usuarios de los diferentes métodos anticonceptivos, así como bajo el nivel de conocimientos y la actitud negativa de los varones hacia la planificación familiar

II - Solución

Para solucionar el problema planteado se propone la captación de promotores varones para que, previa capacitación, ejecuten las acciones del programa de planificación familiar

El objetivo principal pretende, a mediano plazo, un cambio de actitud respecto a la planificación familiar, elevar el nivel de conocimientos y a una mayor aceptación de los diferentes métodos de planificación familiar

La estrategia que se plantea fomenta la salud reproductiva, eleva la calidad de vida de la población, asegura la prevalencia de usuarios de métodos anticonceptivos y, además, es factible de aplicarse, ya que se aprovecha una infraestructura ya establecida y, sólo se agrega a este sistema un personaje más a un costo beneficio justificado

III.- Objetivos, hipótesis, variables

Objetivos

El objetivo del proyecto fue probar una estrategia para lograr un cambio de actitud en la población masculina rural con respecto a la responsabilidad y obligación de participar en las acciones de salud que le beneficien a él mismo, a su pareja, su familia, su comunidad su estado y país

Por otra parte, se pretendió elevar las tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en las comunidades a través de la incorporación de promotores varones dentro de la EEC

Hipótesis

El cambio de actitud en los varones con respecto a la planificación familiar, nivel de conocimientos sobre los diferentes métodos anticonceptivos y la aceptación de los mismos, deberá ser mayor en las comunidades donde exista un promotor varón, además de la auxiliar de salud, a diferencia de las comunidades donde la promoción y difusión del programa de planificación familiar se lleva a cabo mediante el mecanismo tradicional

Variables

El proyecto incluye una variable independiente integración del varón en las actividades de promoción del programa de planificación familiar

Asimismo considera dos variables dependientes cambio de actitud del varón con respecto a la planificación familiar y aumento del nivel de conocimientos y aceptación de métodos anticonceptivos

La hipótesis planteada es cierta, ya que el conocimiento sobre métodos de planificación familiar, aceptación de los mismos y la actitud hacia la planificación familiar, se modificará positivamente en las comunidades donde existan dos promotores (hombre y mujer), a diferencia de donde la promoción es responsabilidad de la auxiliar de salud solamente

Lo anterior es congruente, factible de llevarse a cabo, demostrable más de una vez y, por lo tanto, está justificado.

IV - Metodología y medición

La selección de los módulos, tanto experimental como de control, fue considerando sus características geográficas, accesibilidad y representatividad de todos los módulos existentes en el estado

Para el desarrollo de este trabajo de investigación operativa se seleccionó a la jurisdicción sanitaria No VIII, y de ésta, el módulo de Derramadero como experimental y el módulo el Tunal como control, cada uno constituido por diez comunidades (Se anexa lista de comunidades y mapa de ubicación)

La variable independiente "integración del varón en las actividades de promoción del programa de planificación familiar" se midió a través de las actividades desarrolladas por los promotores varones, seleccionados y capacitados, y registradas en las formas A 1 y F 1 del Sistema Estatal de Información Básica, modificadas para tal efecto (Se anexan formas A-1 y F-1)

Las variables dependientes "cambio de actitud del varón con respecto a la planificación familiar" y "aumento del nivel de conocimientos y aceptación de métodos anticonceptivos", fueron medidas a través de un cuestionario estructurado con preguntas cerradas y directas orientadas a la población masculina mayor de 15 años (Se anexa cuestionario)

Dicho cuestionario evalúa las variables mencionadas en un apartado que mide el nivel de conocimientos y otro que mide la actitud con respecto a la planificación familiar

Las variables fueron evaluadas como se menciona antes, ya que, la hipótesis planteada fue medida con resultados cuantitativos antes y después de la intervención

V.- Actividades

Las actividades que se desarrollaron en el presente trabajo de investigación operativa, se presentan en el siguiente cuadro:

ACTIVIDADES	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Selección de promotores	xxx							
Curso de capacitación	xxx							
Encuesta inicial	xxx							
Supervisión de actividades		xxx	xxx	xxx	xxx	xxx		
Encuesta final							xxx	
Informe administrativo	xxx			xxx				xxx
Tabulación y procesamiento de datos								xxx
Informe final								xxx

Selección de promotores

Se llevó a cabo en la primera semana del proyecto, y para esto, se consideró la opinión tanto de la auxiliar de salud como de los supervisores del módulo experimental

Se entrevistó a los diez promotores en su comunidad para invitarlos a participar en un curso de selección diseñado especialmente para promotores varones

Curso de capacitación de promotores

Se realizó en la segunda semana de iniciado el proyecto, la sede fue el hospital general de la jurisdicción sanitaria No VIII tuvo veinte asistentes, de los cuales diez fueron auxiliares de salud y diez promotores varones seleccionados

El curso incluyó temas como orientación-consejería en planificación familiar, metodología anticonceptiva, orientación sexual, anatomía y fisiología del aparato reproductor y

enfermedades de transmisión sexual, etc., así como, dinámicas de grupo, uso y manejo de los formatos diseñados para el registro de las actividades de los promotores. (Se anexa el programa del curso)

Encuesta inicial

Se aplicó en la tercera y cuarta semanas de iniciado el proyecto a los varones mayores de 15 años tanto en el módulo experimental como en el de control, se encuestó al azar un promedio de dieciocho varones por comunidad

Dicha encuesta consistió en un cuestionario diseñado por personal médico y paramédico especialmente para los fines del proyecto, e incluyó tres apartados: datos generales, conocimientos y actitudes del varón sobre planificación familiar (Se anexa cuestionario)

Supervisión de actividades

El seguimiento de las actividades programadas en el proyecto estuvo a cargo de dos supervisores y de los responsables del mismo y, consistió en visitas a las comunidades con el fin de supervisar, evaluar, asesorar, recabar información y suministro de métodos de planificación familiar y material de promoción

Esta etapa se desarrolló en un lapso de seis meses a partir del segundo mes de iniciado el proyecto

Encuesta final

De la misma forma que la inicial se aplicó la encuesta final, sin modificar el cuestionario ni las condiciones iniciales

Se llevo a cabo en un lapso de dos semanas en el último mes del proyecto

Elaboracion de informes administrativo

Se elaboraron en total tres informes técnicos y tres financieros los cuales se presentaron en el segundo, cuarto y último mes de actividades

El informe final se realizó al termino del proyecto con base en el índice de contenidos de los reportes de investigación operativa elaborados por la Dirección General de Planificación Familiar

Tabulación y procesamiento de datos

Los cuestionarios fueron procesados por The Population Council y por la Dirección General de Planificación Familiar la aplicación inicial y la final respectivamente

La información obtenida de los cuestionarios se clasificó como estadísticamente significativa, poco significativa y no significativa.

Esta evaluación se llevó a cabo posteriormente a la aplicación de cada encuesta (inicial y final) en ambos módulos.

VI. Resultados

Se evaluó la intervención a través del cuestionario, el cual se aplicó en dos ocasiones, antes de la intervención en junio de 1993 y al final de ésta en febrero de 1994, la información que proporciona se analiza a continuación

Se señalaron algunos datos con asterisco (*) para enfatizar si las diferencias que aparecen entre ellos respecto a la primera y la segunda aplicación son estadísticamente significativas, se compararon los datos al interior de cada grupo

En el cuadro No 1 se observan dos de las características de la población encuestada, si sabían o no leer y su estado civil, cabe mencionar que se entrevistaron hombres mayores de 15 años

Respecto a si saben leer, en ambos grupos el porcentaje rebasa al 85%, es decir, 8 de cada 10 entrevistados sabe leer, así mismo, coinciden en la característica de ser casados las dos terceras partes de los entrevistados para ambos grupos

El cuadro No 2 aporta información sobre los métodos anticonceptivos de los que ha oído hablar ésta población

De los seis métodos sobre los que se les preguntó hubo cinco en los que se dió algún cambio estadísticamente significativo en el grupo experimental, para el grupo control sólo hubo en tres

Para el grupo experimental los cambios más significativos fueron tres, respecto al método condón que pasa de 84.6% a 94.5%, el Diu que de 56.0% sube a 74.5% y el de vasectomía que cambia de 42.9% a 67.8%, los menos significativos fueron en hormonal inyectable y en oclusión tubaria bilateral con un cambio de 64.8% a 75.8% y de 60.4% a 71.0% respectivamente

Para el grupo control los cambios fueron menores sólo en el rubro de vasectomía se identifica un cambio importante de 35.1% en la primera aplicación a 56.8% en la segunda, los otros dos cambios se dieron en cuanto a si los entrevistados habían oído hablar de la oclusión tubaria bilateral, va de 47.7% a 72.1% y de 53.8% a 64.5% el Día

Como se observa, en este rubro puede influir la comunicación que se realiza en los medios masivos de comunicación ya que en general en ambos grupos se eleva el porcentaje de varones que han oído hablar de los diferentes métodos, aunque en el grupo experimental es levemente superior el aumento

En cuanto a si los varones conocen el uso de los métodos, el cuadro No 3 muestra una diferencia importante en los valores obtenidos entre la primera y segunda aplicación del grupo experimental, de 15.3% se eleva a 45.0%

Para el grupo control el dato promedio, 20.7%, obtenido en la primera aplicación permanece en la segunda

Si se relaciona la información de los cuadros No 2 y 3 se aprecia que coinciden ambos grupos respecto a si han oído hablar de los métodos anticonceptivos, sin embargo al preguntar de sobre su uso casi la mitad de los varones del grupo experimental lo conocen y los del control están por debajo de una cuarta parte los que si saben el uso

En el cuadro No 4 se encuentra representado el conocimiento que sobre planificación familiar y reproducción tienen ambos grupos. En el momento previo a la intervención coinciden en el promedio general en que 4 de cada 10 de los entrevistados conoce acerca de la planificación familiar, la edad a partir de la cual un hombre puede embarazar a una mujer, edad en la que la mujer puede quedar embarazada, que si existen ciertos días fértiles, etc. Al final de la intervención 6 de cada 10 tienen este conocimiento en el grupo experimental y para el control 5 de cada 10

Los valores mas altos se encuentran en el grupo experimental en la segunda aplicación, específicamente en los siguientes rubros "sabe que es la planificación familiar" con 84.7%, le siguen "sabe a que edad el hombre puede embarazar a la mujer" con 78.1%, "sabe que hay ciertos dias fértiles" 72.1. Los tres valores más altos del grupo control son 72.5% en "sabe que es la planificación familiar", 62.3% en "sabe a que edad el hombre puede embarazar a la mujer" y 59.0% "sabe que hay ciertos días fértiles"

El rubro que no tuvo cambios en ambos grupos fue "sabe que si siempre que se tienen relaciones sexuales se embaraza a la mujer" en el que sólo 1 de cada 4 encuestados respondió que si sabia

En el cuadro No 5 se presentan datos sobre la actitud hacia la planificación familiar y los metodos anticonceptivos. En el grupo experimental los cambios mas significativos se dieron en los rubros "aceptaria que sus hijos usen métodos anticonceptivos" que pasó de 81.3% a

95.8%, "aceptaría la vasectomía" de 17.7% sube a 43.5% y "aceptaría que su esposa se operara" de 66.5% a 83.4%. En el grupo control hubo dos cambios estadísticamente significativos, se observaron en "aceptaría que sus hijos usen métodos anticonceptivos" cambió de 81.0% a 95.3% y en el de "aceptaría que su esposa adopte métodos anticonceptivos" que pasó de 70.3% a 83.1%.

Respecto a la actitud de los varones hacia la planificación familiar se aprecia que cerca del 80% de los entrevistados de ambos grupos mantiene una posición de aceptación.

En el cuadro No.6 se reporta la actitud que presentan los varones hacia la información sobre la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, es importante señalar que para la primera aplicación en ambos grupos la proporción de varones que había recibido información estaba alrededor de 4 de cada 10, en la segunda aplicación el grupo experimental se eleva muy significativamente y alcanza a 7 de cada 10 y el grupo control permanece con 4 de cada 10.

En ambos grupos el deseo de recibir más información está en cerca del 100% de los encuestados. La modalidad en la que les gustaría recibir dicha información permanece con los mismos porcentajes en el grupo experimental a excepción del rubro "lectura de folletos"; en el control se elevan los valores muy significativamente en todos los casos.

Cuadro No 1

CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1a APLICACIÓN	2a APLICACIÓN	1a APLICACIÓN	2a APLICACIÓN
SABE LEER	86 7 %	86 3 %	91 4 %	84 4 %
CASADOS	63 9 %	66 3 %	59 4 %	70 6 %

FUENTE Encuesta de conocimientos y actitudes del varón sobre la planificación familiar Jun- 1993 y Feb 1994

CUADRO No 2

CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN MASCULINA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN MASCULINA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1º APLICACIÓN	2º APLICACIÓN	1º APLICACIÓN	2º APLICACIÓN
HA OÍDO DE				
HORMONAL ORAL	81 9 %	89 0 %	81 4 %	82 0 %
HORMONAL INYECTABLE	64 8 %	75 8 % **	60 7 %	67 2 %
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	56 0 %	74 3 % ***	53 8 %	64 5 % **
CONDÓN	84 6 %	94 5 % ***	85 1 %	88 5 %
OCCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL	60 4 %	71 0 % **	47 7 %	72 1 % **
VASECTOMÍA	42 9 %	67 8 % ***	35 1 %	56 8 % ***
PROMEDIO	65 1 %	78 7 %	60 6 %	71 8 %

FUENTE Encuesta de conocimientos y actitudes del varón sobre la planificación familiar Jun- 1993 y Feb 1994

SS

CUADRO No 3

CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO O EN QUE CONSISTE

CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO O EN QUE CONSISTE	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1º APLICACION	2º APLICACION	1º APLICACION	2º APLICACION
HORMONAL ORAL	14 9 %	55 8 % ***	29 7 %	24 6 %
HORMONAL INYECTABLE	11 7 %	43 8 % ***	17 0 %	15 0 %
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	9 3 %	41 0 % ***	17 5 %	10 5 %
CONDÓN	37 6 %	68 7 % ***	38 4 %	51 1 % **
OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL	10 6 %	29 7 % ***	14 0 %	13 1 %
VASECTOMÍA	7 8 %	31 1 % ***	7 7 %	9 9 %
PROMEDIO	15 3 %	45 0 %	20 7 %	20 7 %

FUENTE Encuesta de conocimientos y actitudes del varón sobre la planificación familiar Jun- 1993 y Feb 1994

56

CUADRO No 4

CONOCIMIENTOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y REPRODUCCIÓN

CONOCIMIENTOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y REPRODUCCIÓN	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1º APLICACIÓN	2º APLICACIÓN	1º APLICACIÓN	2º APLICACIÓN
SABE				
QUE ES LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	57 9 %	84 7 % ***	69 7 %	72 5 %
A QUE EDAD PUEDE QUEDAR EMBARAZADA LA MUJER	39 3 %	70 7 % ***	30 4 %	51 4 % ***
A QUE EDAD EL HOMBRE PUEDE EMBARAZAR A LA MUJER	53 6 %	78 1 % ***	46 9 %	62 3 % ***
QUE SI SIEMPRE QUE SE TIENEN RELACIONES SEXUALES SE EMBARAZA LA MUJER	21 2 %	26 8 %	24 0 %	26 4 %
QUE HAY CIERTOS DÍAS FÉRTILES	39 8 %	72 1 % ***	38 3 %	59 0 % ***
PROMEDIO	42 3 %	66 4 %	41 8 %	54 3 %

FUENTE Encuesta de conocimientos y actitudes del varón sobre la planificación familiar
Jun- 1993 y Feb 1994

LS

CUADRO No 5
ACTITUD HACIA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ACTITUD HACIA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LOS MATIZAS ANTICONCEPTIVOS	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1º APLICACIÓN	2º APLICACIÓN	1º APLICACIÓN	2º APLICACIÓN
ACEPTARÍA				
HABLAR CON SU ESPOSA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	89 5 %	88 5 %	89 5 %	94 0 %
HABLAR CON SUS HIJOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	94 4 %	96 4 %	94 2 %	93 4
QUE LOS JÓVENFS DE SU COMUNIDAD HABLEN DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	98 4%	96 7 %	97 7 %	97 8 %
QUE SUS HIJOS USEN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	81 3 %	95 8 % ***	81 0 %	95 3 % **
QUE SU ESPOSA USE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	87 8 %	93 4 %	78 2 %	88 4 %
QUE SU ESPOSA ADOPTE LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL	66 5 %	83 4 % **	70 3 %	83 1 % *
ADOPTAR LA VASECTOMÍA ÉL MISMO	17 7 %	43 5 % ***	16 1 %	24 4 %
PROMEDIO	76 5 %	85 3 %	75 2 %	82 3 %

FUENTE Encuesta de conocimientos y actitudes del varón sobre la planificación familiar Jun- 1993 y Feb 1994

8

CUADRO No 6

ACTITUD HACIA LA INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ACTITUD HACIA LA INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1º APLICACIÓN	2º APLICACIÓN	1º APLICACIÓN	2º APLICACIÓN
HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	38 7 %	70 5 % ***	41 4 %	48 6 %
DESEA RECIBIR MÁS INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	95 1 %	97 3 %	92 5 %	97 8 %
LA MODALIDAD EN QUE LE GUSTARÍA RECIBIR INFORMACIÓN ES				
PLATICAS	57 4 %	59 6 %	38 3 %	64 5 % ***
PLATICAS EN PAREJA	26 2 %	33 6 %	17 1 %	32 2 % ***
ENTREVISTAS	15 3 %	15 8 %	14 3 %	13 6 %
VISITAS DOMICILIARIAS	13 7 %	18 6 %	4 0 %	24 6 % ***
VISITAS DEL PROMOTOR	13 1 %	12 0 %	1 1 %	11 5 % ***
LECTURA DE FOLLETOS	25 1	34 4 **	20 6 %	43 6 % ***

FUENTE Encuesta de conocimientos y actitudes del varón sobre la planificación familiar Jun- 1993 y Feb 1994

Conclusiones

Las muestras para ambos grupos, el control y el experimental, resultan tener valores similares en cuanto a su alfabetización y su estado civil, con base en ello se observa que las diferencias entre la primera aplicación y la segunda están relacionadas con las actividades realizadas durante la intervención.

Respecto a los métodos anticonceptivos, se puede afirmar que antes de la intervención, más que rechazo hacia los métodos existía un porcentaje, levemente superior a la mitad de la población, que los conocía. Posteriormente a la intervención, se eleva la proporción a casi 8 de cada 10 varones que han oído hablar de los métodos en el experimental y a 7 de cada 10 en el control. Se explica la elevación porcentual del grupo control debida principalmente a la información proporcionada a través de los medios masivos de comunicación

La inclusión de varones como promotores de la planificación familiar en las comunidades del módulo experimental favoreció que los conocimientos sobre el uso de los métodos entre varones se incrementaran notablemente

Se incrementaron notablemente los conocimientos de los varones con respecto a la planificación familiar y a la reproducción humana.

Al incorporar a los varones al programa de planificación familiar como promotores y como usuarios se observó que existe una gran aceptación hacia la adopción de métodos anticonceptivos

7 de cada 10 varones de las localidades que participaron en la intervención afirman haber recibido información sobre planificación familiar y cerca del 100% desea recibir más información, la modalidad en la que prefieren recibir información es en la de pláticas y pláticas en pareja

La intervención favorece la participación de los varones como usuarios debido al vínculo que pueden establecer con el promotor y a que se identifican con ellos como personas que comparten condiciones y problemas

Se modificó la actitud y el nivel de conocimientos de los varones respecto a la planificación familiar y los métodos anticonceptivos

La estrategia respondió al problema que se pretendió resolver que fue la poca o nula participación del varón en las actividades de promoción y aceptación del programa de planificación familiar en dichas comunidades

Recomendaciones

Antes de la aplicación de esta estrategia en el resto del estado o en otros estados del país es necesario revisar el cuestionario para evitar repeticiones de información, mejorar la redacción de algunas preguntas y precisar las opciones de respuesta con la finalidad de facilitar su codificación.

Para generalizar esta estrategia se requiere inicialmente de su difusión en la comunidad y, posteriormente de la aplicación de todas y cada una de las acciones que se plantean en este proyecto, incluida la adopción de los materiales diseñados, formas de registro F-1 y A-1 modificadas, el programa del curso de capacitación, el cuestionario.

Se requiere asignar un presupuesto específico para los incentivos de los promotores

Se requiere información sobre la productividad de las AS del módulo experimental en el subsistema de planificación familiar y su comparación con la productividad de las AS en el módulo control dentro del mismo período para establecer si la estrategia elevó o no el número de usuarios. Y valorar el número de usuarios captados y mantenidos en control por los promotores, así como el gasto de material anticonceptivos

Utilizar el indicador de "años protección pareja" para evaluar la efectividad de esta estrategia en comparación con el desarrollo normal del servicio a través de la AS.

Diseñar un plan de acción posterior a la intervención debido al interés de los promotores de continuar trabajando en sus comunidades

Programa del curso de "Capacitación de varones como promotores del programa de planificación familiar en la EEC".

S.S.A.

DIPLAF

DIRECCION DE GENERAL DE PLANIFICACION FAMILIAR
DIRECCION DE INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO COMUNITARIO EN COAHUILA

PROYECTO DE INVESTIGACION OPERATIVA :
"EL VARON COMO AGENTE PROMOTOR DE PLANIFICACION FAMILIAR
EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA"

DIA Y HORA	A C T I V I D A D	RESPONSABLE	ORGANIZACION
MARTES 6 JULIO 1993			
8 00 - 10 00	ORIENTACION CONSEJERIA EN P F	DR JESUS SAUCEDO LOPEZ DR MARIO A RESENDIZ VIELMA	PLENARIA
10 00 - 11 30	OBJETIVOS BASICOS DE LA INVESTI- GACION OPERATIVA	DR. JESUS SAUCEDO LOPEZ DR MARIO A RESENDIZ VIELMA	PLENARIA
11 30 - 12 00	R E C E S O		
12 00 - 14 00	ENCUESTA INICIAL, SUPERVISION, ENCUESTA FINAL E INFORME DE RESULTADOS	ENF JESUS ONOFRE NAVARRO ENF ARMANDO GARCIA SERNA SUPERVISOR	PLENARIA
14 00 - 15 00	C O M I D A		
15 00 - 16 00	NORMA TECNICA NO 22 DEL PROGRAMA DE PLANIF FAMILIAR	ENF JESUS ONOFRE NAVARRO	PLENARIA
16 00 - 18 00	ACTIVIDADES DE PROMOCION DEL PROGRAMA DE PLANIF FAMILIAR	ENF. JESUS ONOFRE NAVARRO ENF. ARMANDO GARCIA SERNA	PLENARIA

PROYECTO DE INVESTIGACION OPERATIVA (POPULATION COUNCIL-DIPLAF-SSA)
 CURSO DE CAPACITACION PARA PROMOTORES VARONES
 DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA
 C O A H U I L A 1 9 9 3

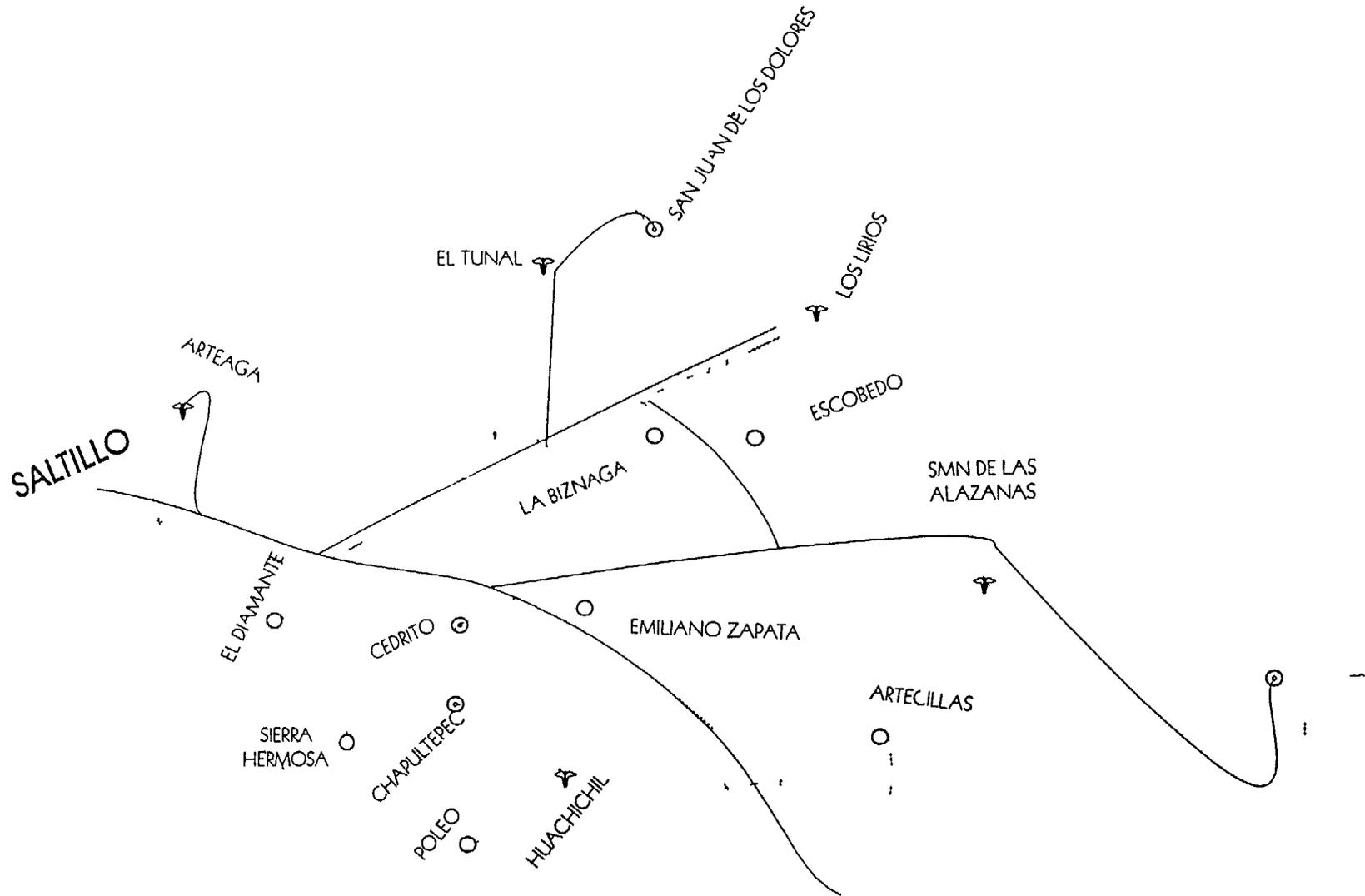
DIA Y HORA	A C T I V I D A D	RESPONSABLE	ORGANIZACION
LUNES 5 JULIO 1993			
8 00 - 8 10	CEREMONIA DE INAGURACION	DR RAYMUNDO S VERDUZCO R JEFE DE LOS S C.S.P E C.	PLENARIA
8 10 - 9 30	OBJETIVO DEL CURSO	DR JESUS SAUCEDO LOPEZ INVESTIGADOR Y DR MARIO A RESENDIZ VIELMA INVESTIGADOR	PLENARIA
9 30 - 9 45	IMPORTANCIA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR	DR FIDEL RODRIGUEZ ESPINOSA JEFE DEPTO P F Y M I	PLENARIA
9 45 - 11 00	ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE ORGANOS GENITALES MASCULINOS Y FEMENINOS	DR JESUS SAUCEDO LOPEZ	PLENARIA
11 00 - 11 30	R E C E S O		
11 30 - 13 00	METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA	DR. MARIO A RESENDIZ VIELMA	PLENARIA
13 00 - 14 00	ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	DR JESUS SAUCEDO LOPEZ	PLENARIA
14 00 - 15 00	C O M I D A		
15 00 - 16 00	EVALUACION	ASISTENTES AL CURSO	MESA REDONDA
16 00 - 18 00	FORMAS DE REGISTRO EN LA E E C	ENF JULIETA MENDEZ NORIEGA SUPERVISORA ESTATAL DE ENF ENF JESUS ONOFRE NAVARRO SUPERVISOR	PLENARIA

5

DIA Y HORA	A C T I V I D A D	RESPONSABLE	ORGANIZACION
MIERCOLES 7 JULIO 1993			
8 00 - 10 00	TECNICAS DE ENTREVISTAS EN CONSEJERIA	ASISTENTES AL CURSO	GRUPOS
10 00 - 11 00	PERFIL DEL ORIENTADOR EN P F	ASISTENTES AL CURSO	GRUPOS
11 00 - 11 30	R E C E S O		
11 30 - 13 00	SITUACION ACTUAL DEL PROGRAMA DE P F EN EL MODULO DERRAMADERO XIX	ASISTENTES AL CURSO	GRUPOS
13 00 - 13 30	C O N C L U S I O N E S		
13 30 - 14 00	ENTREGA DE CONSTANCIAS Y C L A U S U R A	DR. RAYMUNDO S VERDUZCO S JEFE DE LOS S C.S.P E.C.	

**Relación y mapas de las localidades que participaron en la
intervención**

MODULO: EL TUNAL

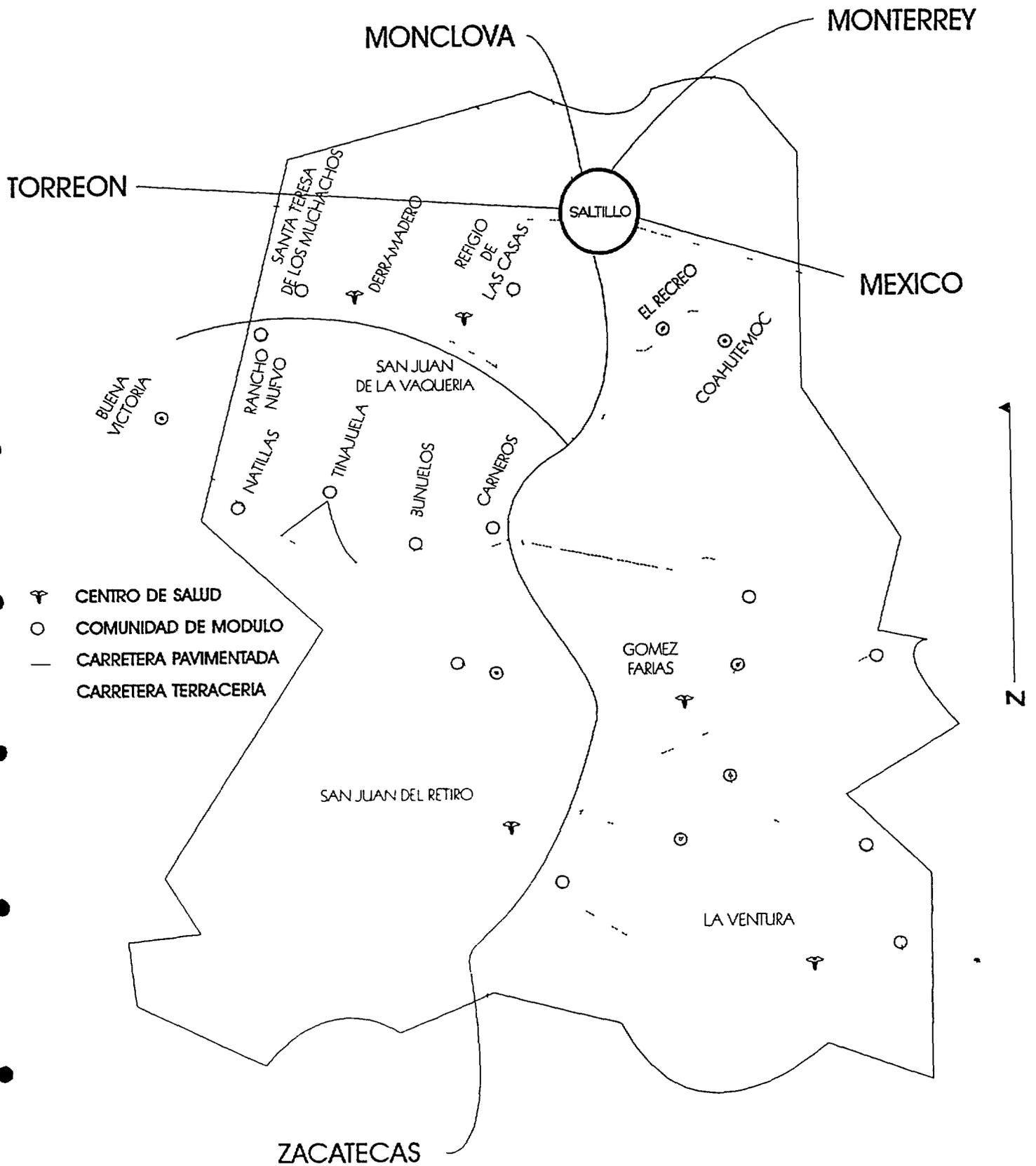


- ☿ CENTRO DE SALUD
- COMUNIDAD DE MODULO
- CARRETERA PAVIMENTADA
- - - CARRETERA TERRACERIA

MEXICO

28

MODULOS: DERRAMADERO Y GOMEZ FARIAS



RELACIÓN DE MODULOS Y COMUNIDADES

MÓDULO DERRAMADERO (Experimental)	MÓDULO EL TUNAL (Control)
Refugio de las Cajas	El Diamante
Santa Teresa de los Muchachos	Sierra Hermosa
Rancho Nuevo	El Cedrito
Carneros	Chapultepec
Buñuelos	Poleo
Tinajuela	Biznaga
Natillas	Emilio Zapata
Santa Victoria	San Juan de los Dolores
El Recreo	Escobedo
Cuauhtémoc	Artecillas

**Cuestionario de conocimientos y actitudes del varón hacia la
planificación familiar**

SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO
DE COAHUILA

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL VARÓN SOBRE EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
EN LAS COMUNIDADES DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA

CUESTIONARIO No _____

I DATOS GENERALES

NOMBRE COMPLETO _____
FECHA DE NACIMIENTO DÍA ____ MES ____ AÑO ____
OCUPACIÓN _____
COMUNIDAD _____ MUNICIPIO _____
ESTADO _____
SABE LEER Y ESCRIBIR SI ____ NO ____
CUANTAS PERSONAS DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE USTED _____
ESTADO CIVIL SOLTERO ____ CASADO ____ OTRO _____

II CONOCIMIENTO DEL VARÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- 1 SABE USTED LO QUE ES LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR SI ____ NO ____
- 2 HA OÍDO HABLAR DE LOS METODOS QUE PUEDE UTILIZAR UNA PAREJA PARA PLANIFICAR LA FAMILIA SI ____ NO ____
- 3 - DE CUALES METODOS HA OÍDO HABLAR HORMONAL ORAL _____ HORMONAL INYECTABLE _____
OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL ____ VASECTOMIA ____ DIU ____ CONDÓN ____ OTRO ____
- 4 LE GUSTARÍA A USTED CONOCER MAS ACERCA DE LOS MÉTODOS PARA PLANIFICAR LA FAMILIA SI ____
NO ____
- 5 SABE USTED A QUE EDAD UNA MUJER PUEDE QUEDAR EMBARAZADA.
SI ____ NO ____
- 6 - SIEMPRE QUE UNA MUJER TIENE RELACIONES SEXUALES QUEDA EMBARAZADA SI ____ NO ____
- 7 - SABE USTED QUE EXISTEN CIERTOS DIAS EN LOS CUALES UNA MUJER PUEDE QUEDAR EMBARAZADA SI ____
NO ____
- 8 - SABE USTED A PARTIR DE QUE EDAD UN HOMBRE PUEDE EMBARAZAR A UNA MUJER SI ____ NO ____
- 9 CONOCE O HA OIDO HABLAR DE LOS CONONES SI ____ NO ____
- 10 SABE USARLOS SI ____ NO ____
- 11 SABE O HA OIDO HABLAR DE LA VASECTOMIA SI ____ NO ____
- 12 SABE EN QUE CONSISTE SI ____ NO ____

- 13 - SABE O HA OIDO HABLAR DE LA SALPINGLOCASIA SI ____ NO ____
- 14 SABE EN QUE CONSISTE SI ____ NO ____
- 15 SABE O HA OIDO HABLAR DE LA INYECCIÓN SI ____ NO ____
- 16 SABE COMO SE USA SI ____ NO ____
- 17 - SABE O HA OIDO HABLAR DEL DIU SI ____ NO ____
- 18 - SABE A QUIEN Y COMO SE APLICA SI ____ NO ____
- 19 - SABE O HA OÍDO HABLAR DE LA PASTILLA SI ____ NO ____
- 20 - SABE COMO SE USA. SI ____ NO ____
- 21 HA RECIBIDO USTED INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SI ____ NO ____
- 22 CREE USTED QUE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PROVOCAN ALTERACIONES EN LA SALUD SI ____ NO ____ CUALES? _____

III ACTITUD DEL VARÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- 23 - LE GUSTARIA A USTED SABER ACERCA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SI ____ NO ____
- 24 - COMO LE GUSTARIA APRENDER SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
 - (a) PLATICAS A GRUPOS DE HOMBRES
 - (b) PLATICAS A PAREJAS
 - (c) ENTREVISTAS INDIVIDUALES CON EL MÉDICO
 - (d) VISITAS A DOMICILIO
 - (e) VISITA A LA CASA DEL PROMOTOR
 - (f) LECTURA DE FOLLETOS
 - (g) OTROS _____
- 25 ACEPTA USTED QUE SU ESPOSA UTILICE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO SI ____ NO ____
- 26 ACEPTARIA QUE SU ESPOSA SE PRACTICARA LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL SI ____ NO ____ TAL VEZ _____
- 27 SI SU ESPOSA NO ACEPTA LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL USTED ACEPTARÍA LA VASECTOMÍA SI ____ NO ____ TAL VEZ _____
- 28 PLATICA CON SU ESPOSA ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE PLANIFICAR LA FAMILIA SI ____ NO ____
- 29 HABLARIA USTED CON SUS HIJOS O HIJAS SOBRE LA IMPORTANCIA DE PLANIFICAR LA FAMILIA SI ____ NO ____
- 30 ACEPTARÍA USTED QUE SUS HIJOS O HIJAS USARAN MÉTODOS PARA EVITAR EL EMBARAZO SI ____ NO ____ TAL VEZ _____
- 31 ACEPTA USTED QUE A LOS JÓVENES DE SU COMUNIDAD SE LES HABLE SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SI ____ NO ____
- 32 CUAL CREE USTED QUE ES EL NUMERO IDEAL DE HIJOS QUE DEBE TENER UNA FAMILIA _____
- 33 CREE QUE LA RELIGIÓN INFLUYA EN USTED Y SU FAMILIA PARA USAR METODOS ANTICONCEPTIVOS SI ____ NO ____
- 34 - CREE USTED QUE PLANIFICAR LA FAMILIA AYUDA A CONSERVAR LA SALUD DE SU ESPOSA SI ____ NO ____

35 - CREE USTED QUE EL MACHISMO EXISTE EN SU COMUNIDAD SI _____ NO _____

36 - ACEPTARIA USTED QUE LE ENVIÁRAMOS AL PROMOTOR DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE SU COMUNIDAD
A PLATICAR SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SI _____
NO _____ TAL VEZ _____

COMENTARIOS _____

ENCUESTADOR _____

SALTILLO, COAH , A _____ DE _____ DE 199 _____

Formato de registro de información utilizados por los promotores



"EL VARON COMO AGENTE PROMOTOR DE PLANIFICACION FAMILIAR
EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA"

CALENDARIO DE CONTROL
(F-1)

DIPLAF

NOMBRE DEL USUARIO (A) _____		HIJOS VIVOS _____		MODULO _____	
EDAD _____				COMUNIDAD _____	
SABE LEER Y ESCRIBIR _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
DESEA TENER MAS HIJOS _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>		
		ESTA DE ACUERDO SU ESPOSA _____		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		ESTA DE ACUERDO SU ESPOSO _____		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

FECHA DEL CONTROL	AÑO	MES	DIA																
	CONTROL EN EL DOMICILIO DEL USUARIO (A)																		
	ATENDIDO POR																		
DOLOR DE CABEZA																			
CITOLOGIA VAGINAL																			
EXPLORACION DE MAMAS																			
VARICES																			
METODO UTILIZADO	PASTILLAS																		
	INYECTABLE																		
	D I U.																		
	O T.B																		
	CONDON																		
	VASECTOMIA																		
OTROS																			

NOTAS _____

B A J A S (CAUSA) _____

NOMBRE DEL PROMOTOR _____

92

**DIRECCIÓN DE SALUD EN EL ESTADO DE QUERÉTARO
ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA M-92**

**INFORME FINAL DEL PROYECTO " EXTENSIÓN DE MÉTODOS QUIRÚRGICOS
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE
COBERTURA." ABRIL 1993-FEBRERO 1994**

RESPONSABLE DEL PROYECTO: DRA. SANDRA GARZA HINOJOSA

**INFORME FINAL DEL PROYECTO " EXTENSIÓN DE MÉTODOS QUIRÚRGICOS
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE
COBERTURA."**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. Problema	4
II. Solución	6
III. Objetivos, hipótesis y variables	7
IV. Metodología y mediciones	9
V. Actividades	11
VI. Resultados	17

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

ANEXOS

INFORME FINAL DEL PROYECTO " EXTENSIÓN DE MÉTODOS QUIRÚRGICOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA "

I. Introducción

La EEC es la herramienta para llevar los servicios de atención primaria de salud, entre ellos el de planificación familiar, a las comunidades ubicadas en el área rural a través de un personaje de la propia comunidad a quien se le capacita para brindarlos

El proyecto se llevó a cabo en las comunidades rurales de los módulos de Vizarrón y Ahuacatlán de las jurisdicciones sanitarias de Cadereyta y Jalpan de Serra, respectivamente, en el estado de Querétaro

El proyecto de investigación operativa cuyos resultados se presentan en este documento, cambió alguno de sus objetivos originales por los que a continuación se presentan: probar una estrategia para identificar la población de mujeres en edad fértil (MEF), multíparas, con paridad satisfecha y en riesgo de embarazo; capacitar a las auxiliares en orientación-consejería, así como centrar en esta población las actividades principales del programa de planificación familiar

Inicialmente se requirió identificar a la población hacia la cual se dirigieron los esfuerzos, esto se hizo mediante el levantamiento de un censo. Se capacitó al personal de la EEC en las actividades de orientación-consejería y en el registro de las mismas en un formato específico que se les proporcionó. Por otra parte, se acordó con las autoridades de las jurisdicciones que se proporcionara el transporte para las candidatas a métodos quirúrgicos y DIU, de sus localidades a los hospitales o centros de salud y viceversa, y además, se estableció el compromiso de no cobrar los exámenes pre-operatorios ni la atención del parto

Se pudo comprobar que la identificación de la población potencialmente usuaria es básica para optimizar los esfuerzos del personal y los recursos con que se cuenta, así como también se demostró que fue completamente determinante en la decisión de adoptar un método proporcionar la orientación-consejería, la cual además, probó ser una estrategia que puede realizarse a bajo costo, se puede implementar fácilmente en las formas cotidianas de trabajo de las AS y las SAS y eleva el número de usuarias del programa de planificación familiar

Sin embargo los resultados que se pueden obtener, en términos de número de usuarios, no se aprecian de inmediato sino a mediano plazo debido a que la orientación-consejería no sólo se brinda información sobre lo relativo a la anticoncepción sino que también se enfrenta con el miedo y la resistencia de dichas mujeres para adoptar un método a pesar de su deseo de no tener más hijos

I. Problema

El presente proyecto pretendió responder a dos de los problemas que presenta la EEC y que consisten a) en la dispersión y desaprovechamiento de las acciones y recursos del programa, y b) a la falta de orientación consejería

El primero se debe a que no se conoce a la población potencialmente usuaria de métodos anticonceptivos, la cual se concibió como aquella que reúne ciertas características como edad, presencia o no de compañero, número de embarazos, estado general de salud, deseo o no de más hijos, y el segundo, a la falta de conciencia y de capacitación de la auxiliar para brindar orientación-consejería a esta población.

Además debe considerarse que estos problemas se encuentran inmersos en comunidades rurales dispersas con un promedio de menos de 500 habitantes, donde la población tiene grandes dificultades de acceso a los servicios de salud posee, formas culturales y creencias religiosas que dificultan la decisión de regular la fecundidad, y carece de información sobre métodos anticonceptivos y sobre los beneficios de su uso en términos de la salud física, psicológica y social materna e infantil.

La población objeto de estudio fueron las mujeres en edad fértil de las diecisiete comunidades seleccionadas y las diecisiete auxiliares de salud correspondientes, las cuales pertenecen a los módulos de Ahuacatlán y Vizarrón de las jurisdicciones No. 4 Jalpan de Serra y No 3 Cadereyta (Se anexan mapas de localización del estado y las localidades en las que se realizó el proyecto)

Módulo de Ahuacatlán

En el municipio de Pinal de Amoles se encuentra ubicado el módulo de Ahuacatlán, con sede en el centro de salud rural disperso del mismo nombre, que es atendido por un médico pasante en servicio social

Consta de nueve localidades Escanelilla, Cuesta de Huazmazontla, Huajales, Cuesta Blanca, Adjuntas, Quirambal y Chuveje del municipio de Pinal de amoles, y Manzanillos y Moctezumas, del municipio de Jalpan cada una de las cuales es atendida por una AS quienes a su vez, están a cargo de una supervisora de auxiliares de salud Están ubicadas en terreno rocoso y rodeadas por gigantescos cerros, su altitud es de 830 mts sobre el nivel del mar y la única carretera de acceso es la de San Juan del Río-Xilitla

El modulo esta compuesto por una población total de 2377 habitantes, 422 familias, de los cuales 371 son MEF

Las condiciones sanitarias de las viviendas en las nueve localidades son similares, respecto a la disponibilidad de agua el 94.8% se abastece a través de pozos y norias cercanas a las localidades, sólo el 5.2% disponen de tomas de agua en sus domicilios

Módulo de Vizarrón

El módulo de Vizarrón se encuentra ubicado en el municipio de Cadereyta, tiene su sede en el Centro de Salud Rural Disperso del mismo nombre y es atendido por un médico pasante en servicio social.

El módulo consta de una población total de 4,443 habitantes, 839 familias y 968 son MEF, que representan el 21.8% del total de la población.

El 31.9 % de las familias cuentan con agua potable y el restante 68.1 % se abastece a través de pozos o norias cercanas a las localidades

Las localidades que conforman el módulo son: San Javier, Amolitos, El Banco, La Tinaja, Los Juárez, Rancho Nuevo Sombrerete, Cerro Prieto y Puerto del Salitre cada una de las cuales es atendida por una AS, quienes a su vez están a cargo de SAS

II. Estrategia de intervención o solución

Con el propósito de contribuir a la resolución de los problemas planteados, se decidió que las estrategias de intervención serían, por un lado, la aplicación de un formato que se llamó censo nominal, en el cual se concentró la información relativa a las mujeres en edad fértil por grupos de edad, las que tenían pareja, el número de hijos o embarazos, utilización de anticonceptivos, deseo de no más hijos, etc

Para el otro problema se decidió diseñar e impartir un curso de capacitación sobre orientación-consejería dirigido a las AS de las comunidades seleccionadas.

Con la primera estrategia, es decir, con el levantamiento del censo, se logró segmentar la población y seleccionar a las mujeres que se consideraron usuarias potenciales de métodos Y con la segunda, es decir con la capacitación de las auxiliares se pudieron llevar a cabo las actividades de orientación-consejería a la población seleccionada

Ambas estrategias se acompañaron de otras acciones como facilitar el transporte de las personas aceptantes de métodos quirúrgicos y DIU, para trasladarse a las unidades médicas.

82

III. Objetivos, hipótesis y variables

Objetivos:

- 1) **Identificar la población potencialmente usuaria de MA para concentrar las actividades de orientación-consejería en dicho segmento de la población con el fin de integrarla como usuaria al programa de planificación familiar**
- 2) **Capacitar a las AS y a las SAS para que realicen actividades de orientación-consejería a la población potencialmente usuaria de MA.**
- 3) **Elevar los niveles de información y adopción de MA por parte de las MEF, unidas, con paridad satisfecha de los módulos de Ahuacatlán y Vizarrón.**
- 4) **Facilitar el acceso a los hospitales y centros de salud a las aceptantes de MA quirúrgicos y DIU brindándoles el transporte, y eximiéndolas de cuotas en el caso de los análisis pre-operatorios y de la atención del parto**

Hipótesis

- 1) **La identificación de las mujeres con riesgo reproductivo o paridad satisfecha permite concentrar las acciones y optimizar los recursos del programa de planificación familiar**
- 2) **Las acciones de orientación-consejería dirigidas a la población seleccionada permitirá la adopción de métodos anticonceptivos en mujeres con riesgo reproductivo o paridad satisfecha**

Variables

Variable dependiente

La dispersion y el desaprovechamiento de las acciones de trabajo y de los recursos del programa de planificación familiar debido al desconocimiento de la población potencialmente usuaria de métodos y a la falta de orientación-consejería

Variables independientes

Identificar las mujeres en edad fértil (15-49 años), con pareja, paridad satisfecha, riesgo reproductivo, sin deseos de tener más hijos y sin uso de métodos anticonceptivos, a través de la aplicación de un instrumento llamado censo nominal.

Capacitar a las AS en orientación-capacitación a través de un curso de tres días de duración impartido por SAS y la responsable estatal con base en un programa y contenidos previamente elaborados

Proporcionar orientación-consejería a la población seleccionada a través de la visita domiciliar realizada por las AS y SAS con el apoyo de una guía de orientación-consejería

Proporcionar transporte para el traslado de los aceptantes de métodos quirúrgicos y las aceptantes de DIU, a las unidades médicas a través del apoyo de los jefes de la jurisdicción y conseguir al exención del pago de cuotas para los análisis preoperatorios y del parto

IV. Metodología y mediciones

Metodología

Para poder llevar a cabo las estrategias de intervención que se escogieron para la superación de los problemas planteados se decidió realizar lo que a continuación se menciona

- **Selección de los módulos con base en los siguientes criterios dificultad de acceso a los servicios de salud, casos de mujeres con riesgo reproductivo y paridad satisfecha identificadas por simple observacion en visitas a la comunidad, presencia de AS en todas las comunidades, apoyo de los jefes de jurisdicción al proyecto, interés de los coordinadores médicos jurisdiccionales en el proyecto**
- **Diseño y prueba del instrumento para recopilar la información del censo nominal**
- **Aplicacion del instrumento por las SAS en las 17 comunidades de ambos módulos.**
- **Procesamiento de la informacion y generación de los listados de las MEF con las características de edad, paridad, pareja, uso de anticonceptivos y riesgo reproductivo**

- Selección de las mujeres con paridad satisfecha o riesgo reproductivo sin uso de anticonceptivos
- Diseño e impartición de dos cursos de orientación consejería dirigidos a AS
- Diseño y prueba de un formato para registro de actividades de orientación consejería
- Realización de la orientación consejería y llenado de los formatos.
- Procesamiento de la información y generación de cuadros

Mediciones

El número de mujeres que reunían las características requeridas para considerarse potencialmente usuarios de métodos se obtuvieron a través del procesamiento de los formatos del censo

El número de visitas domiciliarias para proporcionar orientación-consejería, las entrevistas de orientación-consejería propiamente y las aceptantes de métodos se obtuvieron a través del procesamiento de la hoja o formato de registro de orientación-consejería.

V. Actividades

Las actividades que se llevaron a cabo fueron

- Diseño y prueba de instrumentos para levantamiento del censo y para las actividades de orientación-consejería
- Adiestramiento de AS para el llenado y levantamiento del censo
- Levantamiento del censo nominal de MEF
- Procesamiento y análisis del censo de MEF y selección de población de estudio.
- Diseño y realización del curso orientación-consejería en MA para AS
- Entrega de listados de las mujeres seleccionadas a las SAS y AS para realizar actividades de orientación-consejería

- Realización de las visitas para orientación-consejería por parte de las SAS y AS a la población de estudio.
- Entrega o trámite de los MA (temporales o permanentes) a la población solicitante mediante el consentimiento informado
- Llenado del formato de registro de actividades de orientación-consejería en Planificación Familiar.
- Procesamiento del formato de registro de actividades de orientación-consejería
- Visitas de seguimiento a las comunidades
- Reuniones de trabajo con la DGPF
- Elaboración de informes programático y financiero

Descripción de actividades

Se diseñó, piloteó y aplicó el formulario del censo y posteriormente se procesó. Simultáneamente se diseñó el "Taller de orientación-consejería en MA para AS" con base en las necesidades identificadas a través de la observación directa del trabajo de las AS y SAS en las localidades.

El curso se planeó para impartirse a las AS y SAS de las localidades seleccionadas para el estudio y fue impartido por la responsable del proyecto con el apoyo de personal de la Dirección General de Planificación Familiar en las instalaciones de la Coordinación de Salud en el Edo de Querétaro

La capacitación se efectuó en dos formas diferentes, la primera, a través de cursos de orientación-consejería y la segunda a través de reuniones y visitas de seguimiento. En cuanto a los cursos se realizó uno en la jurisdicción III Cadereyta del 23 al 25 de agosto de 1993, asistieron 25 AS, 5 SAS, el Coordinador Médico Jurisdiccional, 2 ponentes, uno del nivel central y otro del nivel estatal que además realizó la función de coordinador y el otro en la Jurisdicción N° 4 Jalpan de Serra, del 26 al 28 de agosto de 1993. Participaron 26 AS, 4 SAS y la Coordinadora Médico Jurisdiccional, con el apoyo de los mismos ponentes y coordinador

Es importante señalar que en esta etapa se capacitó a la totalidad de las AS de las jurisdicciones y no solo a las correspondientes a los módulos de Ahuacatlán y Vizarrón, ya que en un principio se pensó realizar el proyecto en la totalidad de las localidades de las Jurisdicciones III y IV, pero posteriormente esta idea se modificó, y sólo se llevaron a cabo

en las localidades de los módulos de Vizarrón y Ahuacatlán para mayor control y mejor medición del impacto del proyecto

Para la capacitación se les brindó a los asistentes el transporte, el alojamiento, y la alimentación así como material didáctico (Para el contenido del curso ver cartas descriptivas anexas)

La segunda forma de capacitación consistió en reuniones periódicas en las cabeceras de los módulos y durante visitas de seguimiento en las localidades para reforzar aspectos del llenado y levantamiento del censo y la aplicación de la guía de orientación-consejería, así como el registro de dichas actividades y sobre el manejo de la guía de orientación-consejería, la cual tiene la finalidad de orientar y conducir a la AS a la realización de una orientación-consejería efectiva

Se identificó a través de visitas de seguimiento del proyecto a las diferentes comunidades que no se estaban realizando las actividades de orientación-consejería, por ello se realizaron reuniones con el personal para motivarlo en la realización de dicha actividad y se revisó con las AS y SAS cada uno de los listados de las comunidades para conocer la problemática de salud reproductiva de cada mujer seleccionada en el estudio

Posteriormente se entregaron, por segunda ocasión, los listados a cada AS de la población riesgo y además aquellas mujeres que aunque no contaran con los 35 años era urgente que espaciaran sus embarazos

La orientación-consejería se llevó a cabo por las AS, con la tutoría de las SAS, se acudió a los domicilios de cada una de las mujeres contenidas en los listados y se les proporcionó la orientación, en ocasiones fue necesario realizar varias visitas a la misma persona debido a que no siempre se pudo otorgar la orientación-consejería, además se le indicó a la AS que cuando la respuesta no fuera favorable se debería insistir señalando en que la adopción de algún MA disminuye el riesgo de daño a la salud materno-infantil

Esta misma actividad se realizó para todas las MEF con vida sexual activa que solicitase el servicio aunque no estuviera entre la población seleccionada

Posteriormente se entregaron los MA que selecciono la paciente en su mismo domicilio, salvo aquellos que requieren de la intervención de las unidades de primero y segundo nivel, como son la inserción de DIU y los métodos definitivos respectivamente, en dichos casos se efectuaron los tramites correspondientes para la rápida atención y se les brindó el transporte para la pacientes y algunas veces para sus familiares, se les exentó de cuotas de los analisis pre-operatorios y la realizacion de la cirugia e inserción sin costo económico alguno, así como el retorno de la paciente a su localidad

Para poder evaluar las actividades realizadas era necesario contar con un registro en el que se anotaran adecuadamente las actividades para lo que se diseño el "Formato de

Concentrado de Actividades de orientación-consejería en Planificación Familiar" (ver formato anexo), que llenaron las AS asesoradas por las SAS y por el coordinador médico jurisdiccional. En él se anotaron las actividades de orientación-consejería, el número de visitas domiciliarias y el método, lo que permitió disponer de un registro exacto de las actividades realizadas, capturar la información, efectuar el análisis y evaluar si se cumplieron los objetivos, así como obtener la medición del impacto del proyecto en la población y el seguimiento de las actividades de orientación-consejería

V. Resultados

En el módulo de Ahuacatlán la población en estudio fue de 57 mujeres de las cuales se logró que 30 adoptaran algún MA, lo que corresponde al 52.6 % de la población de riesgo identificada. Los métodos de mayor aceptación en este grupo fueron los hormonales en pastillas e inyecciones con el 73.3%. le siguieron los quirúrgicos y condones, ambos con el 10% y el DIU con el 6.6%.

En el módulo de Vizarrón las mujeres en estudio fueron un total de 68 de las cuales 32 aceptaron un MA esto es el 47.05%. La mayoría de aceptantes adoptaron los métodos quirúrgicos, 71.8% siguiéndoles las aceptantes de hormonales con el 21.8%, las de DIU con el 6.25%. No hubo aceptantes de condón.

En este módulo uno de los aceptantes de quirúrgicos fue varón, es decir, una vasectomía (Ver cuadro 3)

Las razones por las cuales no aceptaron métodos algunas de las mujeres visitadas en ambos módulos fueron diversas, entre las que se encuentran viudez reciente, esposo fuera del país, falta de autonomía e inseguridad para tomar la decisión. Hubo otras mujeres que no aceptaron el método inmediatamente pero quedaron pendientes de adoptarlo debido, en algunos casos, a que desean compartir la decisión con la pareja, en otros por causa de embarazo, por estar programadas para MA quirúrgico para julio y agosto, o porque esperan el periodo vacacional escolar.

Por último en el cuadro No 3 se compara el número de visitas realizadas con el número de orientaciones-consejería brindadas y el promedio de aceptantes por localidad del módulo de Vizarrón.

Lo que es importante destacar aquí, es que para ofrecer la orientación-consejería se requiere la realización de varias visitas domiciliarias, ya que en más de una ocasión puede no presentarse la oportunidad de efectuarla debido a diversas razones.

Para el módulo de Ahuacatlán hubo un serio problema de contaminación de los datos debido a la falta de experiencia de las SAS, que consistió en registrar entrevistas de

orientación-consejería que se brindaron a población diferente de la seleccionada en el estudio De ahí que en este módulo resulta imposible establecer relación entre estas variables

Conclusiones:

La segmentación de la población permite dirigir los esfuerzos hacia las personas más necesitadas de los servicios de planificación familiar.

La orientación-consejería es básica y necesaria para obtener usuarias de métodos

Los resultados obtenidos nos muestran que es posible que las AS realicen actividades de orientación-consejería

En el caso de los MA se requiere dar a conocer todas las opciones y seleccionar el que más se adapte a la situación particular de cada mujer.

Contribuir al desplazamiento de las usuarias de las unidades médicas proporcionándoles transporte favorece la adopción de métodos quirúrgicos y DIU

El exentar la totalidad de los gastos de análisis pre-operatorios es un incentivo que coadyuva que la mujer decida adoptar MA quirúrgico

Recomendaciones

Incorporar la metodología de este proyecto a las condiciones normales de funcionamiento de la EEC

Efectuar periódicamente el censo en las localidades de la EEC para identificar las necesidades de MA de las MEF

Realizar las actividades de orientación-consejería el número de veces que sea necesario para vencer la resistencia y miedo de las mujeres a utilizar los MA y trabajar con las mujeres más jóvenes de la comunidad para que ellas favorezcan que sus familiares más jóvenes adopten alguno

Revisar los instrumentos antes de su nueva utilización especialmente la guía de orientación-consejería y el programa de capacitación

Es necesario identificar el estado de salud reproductiva y uso de métodos en las propias AS y brindarles orientación-consejería en caso necesario

CUADRO No. 1
ADOPTANTES DE METODO ANTICONCEPTIVOS DESPUES DE
RECIBIR LA ORIENTACION-CONSEJERIA
MODULO DE AHUACATLAN

LOCALIDADES	MUJERES EN EDAD FERTIL	MUJERES SELECCIONADAS	ADOPTARON MÉTODO ANTICONCEPTIVO POSTERIOR A LA ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA						
			HO	HI	DIU	CONDON	QX	TOTAL	%
ESCANELILLA	66	8	2	3	0	1	0	6	75.0
QUIRAMBAL	75	7	1	3	0	0	0	4	57.1
ADJUNTAS	53	10	2	2	0	0	1	5	50.0
HUAJALES	54	8	3	1	1	1	2	8	100.0
CUESTA BLANCA	32	5	1	0	1	0	0	2	40.0
CUESTA DE HUATZMAZONTLA	32	5	0	3	0	1	0	4	80.0
CHUVEJE	17	3	0	1	0	0	0	1	33.3
MANZANILLOS	26	7	0	0	0	0	0	0	0
MOCTEZUMAS	16	6	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	371	57	9	13	2	3	3	30	52.6

FUENTE: Formatos de concentración de orientación-consejería, Dic 1993-Feb 1994.

CUADRO No.2

**ADOPTANTES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DESPUES DE
RECIBIR ORIENTACION CONSEJERIA
MODULO DE VIZARRON**

LOCALIDAD	METODOS	MUJERES SELECCIONADAS	ADOPTARON METODO ANTICONCEPTIVO POSTERIOR A LA ORIENTACION-CONSEJERIA						
			HO	HI	CONDON	DIU	QX	TOTAL	%
SAN JAVIER	333	22	3	0	0	0	10	13	59.0
AMOLITOS	60	7	0	0	0	0	1	1	14.2
EL BANCO	93	2	1	0	0	0	5	6	300.0
LA TINAJA	111	8	0	0	0	0	0	0	0
LOS JUÁREZ	96	7	0	0	0	0	0	0	0
RANCHO NUEVO SOMBRETE	32	1	1	2	0	0	0	3	300
CERRO PRIETO	78	8	0	0	0	0	3	3	37.5
PUERTO DEL SALITRE	165	13	0	0	0	2	4	6	46.1
T O T A L	968	68	5	2	0	2	23	32	47.05

FUENTE. Formatos de concentración de orientación-consejería, Dic 1993-Feb 1994.

CUADRO No.3**NUMERO DE VISITAS, ENTREVISTAS DE ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA
Y ACEPTANTES QUE SE LOGRARON
MÓDULO DE VIZARRÓN**

LOCALIDAD	No VISITAS	No DE ENTREVISTAS DE ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA	No DE ACEPTANTES
SAN JAVIER	82	46	13
AMOLITOS	10	10	1
EL BANCO	24	20	6
LA TINAJA	17	17	0
LOS JUÁREZ	15	14	0
RANCHO NUEVO SOMBRERETE	8	8	3
CERRO PRIETO	22	22	3
PUERTO DEL SALITRE	39	29	6
TOTAL	217	166	32
PROMEDIO	27 1	20 7	4

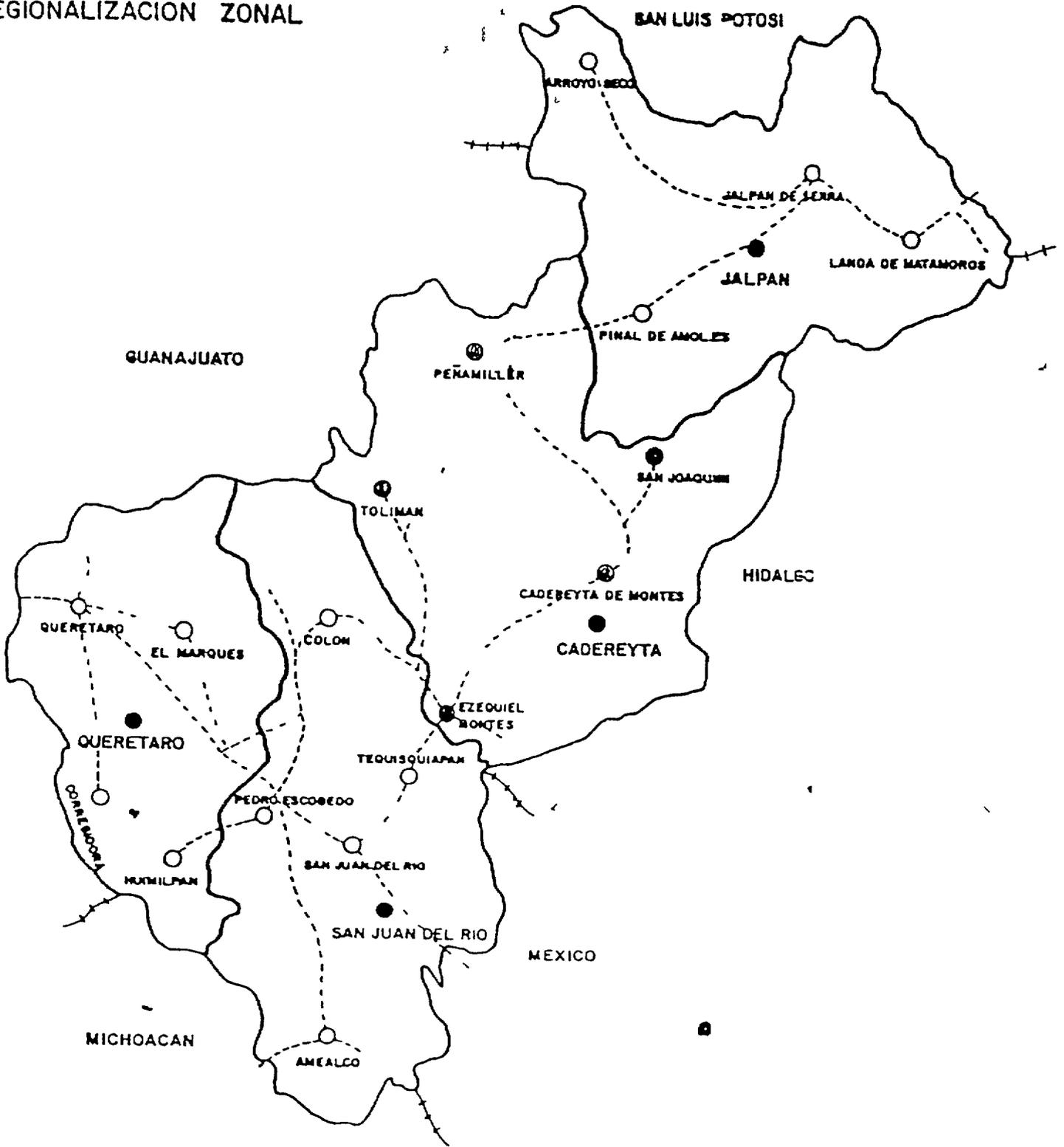
FUENTE Formatos de concentración de orientación-consejería, Dic 1993-Feb 1994

20

**Mapas con la ubicación de las localidades en donde se desarrolló la
intervención**

QUERÉTARO

REGIONALIZACION ZONAL



Instrumentos de medición

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE
COBERTURA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
GRUPO DE EDAD													
10 - 14													
15 - 19													
20 - 24													
25 - 29													
30 - 34													
35 - 39													
40 - 44													
45 - 49													
50 - 54													
55 Y +													
CON ESPOSO O COMPANERO													
SOLTERA CON HIJOS													
SIN PLANIFICACION FAMILIAR													
EN PLANIFICACION FAM.													
ORALES													
INYECTABLES													
PRESERVATIVO													
DIU													
METODOS NATURALES													
DEFINITIVO													
OTROS													
*INSTITUCION													
NO. DE EMBARAZOS													
DESEA TENER MAS HIJOS													
EMBARAZADAS													
1° TRIMESTRE													
2° TRIMESTRE													
3° TRIMESTRE													
* INSTITUCION DEL CONT EMBARAZADAS													
TOXOIDE TETA - NICO	1 A												
	2 A.												

* 1 S S A

2 I M S S

3 I S S T E

4 O T R O

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE
COBERTURA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
GRUPO DE EDAD													
10 - 14													
15 - 19													
20 - 24													
25 - 29													
30 - 34													
35 - 39													
40 - 44													
45 - 49													
50 - 54													
55 Y +													
CON ESPOSO O COMPANERO													
SOLTERA CON HIJOS													
SIN PLANIFICACION FAMILIAR													
EN PLANIFICACION FAM													
ORALES													
INYECTABLES													
PRESERVATIVO													
DIU													
METODOS NATURALES													
DEFINITIVO													
OTROS													
*INSTITUCION													
NO. DE EMBARAZOS													
DESEA TENER MAS HIJOS													
EMBARAZADAS													
1° TRIMESTRE													
2° TRIMESTRE													
3° TRIMESTRE													
* INSTITUCION DEL CONT. EMBARAZADAS													
TOXOIDE TETANICO	1 A												
	2 A												

Guía de orientación-consejería para auxiliares de salud

GUIA PARA QUE LA AUXILIAR BRINDE CONSEJERIA

Módulo:

Auxiliar de Salud:

Fecha:

Persona a quién visita:

Localidad:

Instrucciones: Lea cuidadosamente y siga las flechas para dar la consejería paso a paso. Llene las líneas con la formación que se le pide. Lleve su muestrario de métodos a a la visita domiciliaria.

1. Pregunte: ¿sabe usted que es la planificación familiar?

PLANIFICACION FAMILIAR es el derecho de toda persona a decidir de manera responsable, libre e informada, cuantos hijos tener y cada cuando.

2. Platique con la señora (o pareja), sobre el número de hijos que le conviene tener y cada cuando.

3. Pregunte: ¿actualmente se cuida para no tener hijos?

SI ¿con qué se cuida? ¿cómo lo obtiene?

NO, pregúntele ¿Quiere tener más hijos? Si No

4. Déle la siguiente información:

Los METODOS ANTICONCEPTIVOS son los recursos, medicamentos, operaciones y aparatos, para que el hombre no embarace a la mujer y síi puedan tener relaciones sexuales.

5 - ¿Quiere saber más sobre métodos anticonceptivos?

SI

INYECCIONES Y PASTILLAS Son para el uso de la mujer, son medicamentos, las pastillas se toman diario y la inyección se aplica cada dos meses, su efecto es temporal

APARATO Dispositivo intrauterino, es un objeto pequeño que se pone dentro de la matriz, lo coloca un médico en el centro de salud

HULITO (Condón) Es una funda delgadita de latex que se usa para cubrir "la parte" del varón y evitar así el embarazo.

OPERACION DE LA MUJER (Salpingoclasia) Es la operacion para cortar y ligar las trompas de la matriz, su efecto es permanente

OPERACION DEL HOMBRE (Vasectomia) Es una operación sencilla, se hace sin que el paciente sienta dolor, para ligar los conductos que están conectados a los testiculos, puede seguir con su vida sexual normal, pero ya no puede tener mas hijos

pregunte si quiere usar algún método
SI, abra un calendario de control →
NO, haga lo siguiente

NO

PLATIQUE SOBRE LO SIGUIENTE.

Entre mas hijos hay todo es más difícil

-menos tiempo de atenderlos

-más ropa que lavar y planchar

-más gasto para enviarlos a estudiar

-menos comida para los hijos que ya tiene

-más riesgo para la salud de la mujer

-menos tiempo para darle a la pareja

-mas riesgo para la salud de los niños pequeños

PREGUNTE NUEVAMENTE.

Quiere saber más sobre cómo evitar los embarazos?

si contesta **SI**, dele información de los métodos

si contesta **NO**, invítela a las platicas que se den sobre salud en su comunidad por la servidora

**SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE
VERACRUZ**

**DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y SERVICIOS
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS EN SALUD
ÁREA DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA**

**INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA
"CAPACITACIÓN TEÓRICA-PRÁCTICA PARA AUXILIARES DE SALUD DE LA
ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL ESTADO DE VERACRUZ"
DEL 1° DE ABRIL DE 1993 A 28 DE FEBRERO DE 1994**

RESPONSABLE DEL PROYECTO: DRA. LUZ MARÍA MEDINA MARISCAL

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I	Problema	4
II	Solución	5
III	Objetivos, hipótesis y variables	6
IV	Metodología y mediciones	7
V	Actividades	9
VI.	Resultados	11

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

ANEXOS

- Mapa con la ubicación de las localidades en donde se desarrolló la intervención
- Programas de los cursos de capacitación y relación de participantes
- Instrumentos de medicion
- Calificaciones obtenidas por las AS en los exámenes de conocimientos y guías de observación
- Costos de los cursos

105

INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA "CAPACITACIÓN TEÓRICA-PRÁCTICA PARA AUXILIARES DE SALUD DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL ESTADO DE VERACRUZ.

I. Introducción

El presente proyecto pretendió responder al problema de la baja calidad en el desempeño de las Auxiliares de Salud (AS) y carencia de cambios significativos después de haber recibido capacitación

El objetivo del proyecto fue probar una estrategia de capacitación que ayudara a mejorar, tanto el conocimiento teórico como las habilidades de las AS, a través de un curso de capacitación teórico-práctico. Se realizaron tres cursos con la participación de un promedio de 9 AS, la sede fue la propia comunidad y se contó con la participación de las SAS como docentes y la cooperación de la población quien aceptó ser visitada para llevar a cabo la atención práctica para cada subsistema que conforma la Estrategia de Extensión de Cobertura

Esta modalidad favoreció la asistencia y permanencia de las AS en el curso, ya que les permitió regresar a sus casas cada día, además, esto redujo los costos del mismo debido a que se pagaron gastos de camino y no viáticos.

Con esta intervención se pretendió elevar los conocimientos y mejorar las habilidades de las AS y se esperaba que esto se viera reflejado en la productividad elevando el número de usuarios y consultas así como la calidad de la atención brindada en opinión de la propia comunidad

La intervención consistió en capacitar a 19 AS, divididas en tres grupos, con el programa del curso teórico-práctico, los cuales tuvieron una duración de 40 horas distribuidas de la siguiente manera 75% de práctica y 25% de teoría, es decir, dos horas de teoría y seis de práctica, diariamente. Se realizó la visita domiciliaria y se atendió a las usuarias de planificación familiar, a los menores de cinco años, a las embarazadas y a los enfermos

Se evaluó tanto el conocimiento como el desempeño de las auxiliares, el conocimiento en tres momentos: antes de los cursos, al finalizar éstos y siete meses más tarde, y el desempeño en dos: antes de la intervención y después de esta

Se dispuso de un grupo control el cual recibió capacitación teórica, se evaluó de la misma manera que el grupo experimental

Para observar si hubo cambios en la percepción de la población respecto a los servicios que presta la auxiliar, se les aplicó en dos ocasiones un cuestionario, antes de la intervención en junio de 1993 y al terminar en enero de 1994

Por otra parte, el sistema estatal de información básica (SEIB) nos aportó los datos sobre la productividad de las AS de ambos grupos.

Algunos de los resultados que se obtuvieron se enuncian a continuación

El nivel de conocimientos y habilidades del personal que se capacitó con la modalidad teórico-práctica fue superior al del personal que recibió la capacitación eminentemente teórica

El nivel de conocimientos se incrementó más significativamente con el paso del tiempo entre las AS que recibieron la capacitación teórico-práctica que entre las AS que recibieron la teórica

El cambio de opinión de la población fue más significativo en las localidades de las AS capacitadas en la modalidad teórico-práctica que entre aquellas que fueron capacitadas con la modalidad teórica

d

El rendimiento de las AS se incrementó más significativamente entre las que recibieron la capacitación teórico-práctica que entre las que recibieron la eminentemente teórica

El costo de la capacitación teórico-práctica es menor que el de los cursos formados.

II.- Problema

Las AS presentan un cambio poco significativo en la prestación de los servicios posteriores a su capacitación, la cual es eminentemente teórica

Estos resultados se han observado mediante evaluaciones de productividad a través del Sistema Estatal de Información Básica (SEIB) y las visitas de supervisión efectuadas a las localidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura en el estado de Veracruz

La capacitación basada en una metodología teórica tiende a propiciar un ambiente "escolarizado" el cual no es favorable para el aprendizaje de los conocimientos y las habilidades por parte de las AS debido a sus características. Ubicadas en el área rural, las AS presentan bajo nivel de escolaridad, escasos o nulos hábitos de lectura y escritura, y sobre todo, formas culturales y de concepción de la vida y la salud diferentes

Si se continua utilizando la modalidad de capacitación, no sólo eminentemente teórica sino fuera de su ambiente cotidiano se está en riesgo de subutilizar los recursos humanos, financieros y materiales al no obtener los resultados deseados con la capacitación, lo cual se ve reflejado en la calidad del servicio que se brinda a los usuarios de la EEC.

Por otra parte, ésta capacitación se realiza en ciudades cuyas características distan mucho de las de los poblados de donde provienen las AS a quienes en ocasiones se les dificulta el permanecer fuera de su hogar por una semana y algunas veces no lo permiten los esposos o los hijos y quedan imposibilitadas para asistir a capacitarse formalmente. El hecho de pernoctar en hoteles eleva los costos del curso ya que el alojamiento, la alimentación y el transporte son financiados por el presupuesto asignado a la capacitación.

III. Solución.

Implementar una modalidad de capacitación que contemple las características de los elementos que participan en ella tales como personal al que va dirigido, tipo de servicios que tienen que brindar, empleo de una metodología participativa y activa que favorezca la introyección de contenidos teóricos y desarrolle las habilidades requeridas por el personal de manera armónica, con la ventaja de ofrecerle una retroalimentación inmediata en el mismo escenario en el que tienen que desempeñarse, esto es, hacer de la capacitación una experiencia en la que el aprendizaje sea activo y vivido.

Se puso a prueba un programa teórico-práctico con 75% de práctica y 25% de teoría, se evaluó el conocimiento en tres momentos antes del curso, al finalizar éste y siete meses más tarde, y el desempeño en dos antes de la intervención y después de ésta. Además se dispuso de un grupo control el cual recibió capacitación teórica y se evaluó de la misma manera que el grupo experimental

Para observar si esto tenía efecto entre las comunidades en las que se le brinda el servicio se aplicó en dos ocasiones un cuestionario a la población. Antes de la intervención en junio de 1993 y al finalizar en enero de 1994

Por otra parte, el Sistema Estatal de Información Básica (SEIB) nos aporta datos sobre la productividad de las AS de ambos grupos

Para hacer equiparables ambas modalidades se pretendió que tanto el grupo control como el experimental contaran con un número similar de participantes, 30 personas, y que en ambos casos provinieran de localidades de la sierra y de la costa y que no tuvieran capacitación previa

IV.- Objetivos, hipótesis y variables.

El objetivo general de este estudio es probar un modelo de capacitación teórico-práctica para Auxiliares de Salud de la Estrategia de Extensión de Cobertura

Objetivos específicos

Brindar servicios de mayor calidad en el componente comunitario

Presentar un curso alternativo a los eminentemente teóricos a menor costo y mayor efectividad

Elevar el rendimiento de las AS incrementando el número de usuarios y actividades

Hipótesis

El personal que se capacite con la modalidad más práctica que teórica elevará su competencia técnica más significativamente que el que sólo lo haga teóricamente

El nivel de conocimientos y habilidades del personal que se capacite con la modalidad teórico-práctica será superior que el del personal que reciba la capacitación teórica

El nivel de conocimientos se incrementará más significativamente con el paso del tiempo entre las AS que reciban capacitación teórico-práctica que entre las AS que reciben la capacitación teórica

El cambio de opinión de las comunidades será más significativa entre aquellas a las que pertenecen la AS capacitadas en la modalidad teórico-práctica que entre aquellas que fueron capacitadas con la modalidad teórica

El rendimiento de las AS se incrementara mas significativamente entre las AS que reciban la capacitación teórico-práctica que entre las que reciban la eminentemente teórica

Operacionalización de las Variables

Variable independiente

La capacitación teorico-practica es la aplicación de un curso en la comunidad seleccionada con un 25% de clases teóricas y un 75% de clases prácticas

Variable dependiente

La competencia técnica de las AS es el nivel de conocimientos y destrezas en las actividades que debe desempeñar.

La opinión de las comunidades es la percepción de las mujeres con hijos menores de 5 años en relación a los servicios que presta la AS de su comunidad

El rendimiento de las AS es el número de usuarios y actividades registrados en los diferentes subsistemas del Sistema Estatal de Información Básica (SEIB).

Dadas las características del personal que se pretende capacitar se requiere una metodología de la enseñanza activa, los esquemas escolarizados no son idóneos para la población rural, no obstante son ampliamente utilizados según se puede observar en diversas experiencias de capacitación dentro y fuera del país.

La capacitación eminentemente práctica resulta más dinámica para las AS y puede ser perdurable debido a que se aprende haciendo en el mismo escenario en el que tiene que desarrollar sus actividades y no en un salón de clase en el que se trabajan casos simulados o hipotéticos

Durante la práctica se presentan situaciones que se resuelven por el capacitando con la tutoría del capacitador y esta experiencia es enriquecedora ya que el conocimiento se hace vívido y duradero

V. Metodología y medición

Se trabajó la Jurisdicción Sanitaria N° 5 Xalapa debido a su accesibilidad y por contar con localidades ubicadas en la sierra y en la costa que son representativas de la geografía de todo el estado

Se programaron en el mismo período dos tipos de cursos, uno de los que tradicionalmente se han realizado en el estado y el curso que se pretendía probar

En el curso tradicional las AS provenían de diferentes módulos y se alojaron en un hotel en Zumpizahua y recibieron sus clases en el salón de conferencias, con una duración de 40 horas, distribuidas en ocho horas diarias de teoría durante 5 días

Se realizaron tres cursos teórico-prácticos, con un promedio de 8 participantes por grupo, en las siguientes localidades Joya Chica, Zalayeta y Palma Sola, comunidades que pertenecen a los módulos de la EEC de donde provenían las AS

Los cursos experimentales se realizaron en las comunidades mencionadas, las cuales cuentan con una AS, tuvieron una duración de 40 horas distribuidas en 5 días, cada día con dos horas de teoría y seis de práctica en visitas domiciliarias, en las cuales una AS brindaba la atención a un usuario, quien previamente había autorizado la práctica en su casa, las demás observaban, durante la atención se dio retroalimentación a la AS por parte de las demás y asesoría por parte de la SAS y personal de nivel estatal y central

En ambas modalidades de cursos se revisaron los mismos contenidos temáticos correspondientes a salud materno infantil y planificación familiar. (Se anexan los programas de los cursos y listas de participantes)

Las variables se evaluaron con cuatro diferentes instrumentos y se aplicaron de la siguiente manera

Previo a los cursos se aplicaron 185 cuestionarios de opinión de la comunidad y 184 después, con ellos se evaluó la variable "opinión de las comunidades" para identificar las variaciones entre los dos grupos, y se pretendió probar la hipótesis de que el cambio de opinión sería más significativo en las comunidades del grupo experimental que en las del grupo control

Para evaluar "la competencia técnica de las AS" se utilizaron dos instrumentos, el cuestionario de conocimientos y la guía de observación, del primero fueron 70 antes y 39 después de la intervención, y de las guías, 42 antes y 38 después

El rendimiento de las AS se evaluó a través del promedio de actividades que se tuvieron registradas en el SEIB durante los segundos semestres de los años 1992 y 1993, con la finalidad de comparar su productividad antes y después del curso y entre los grupos experimental y de control (Se anexan los formatos de registro del SEIB para la EEC)

VI. Actividades

Reunión en la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) para revisión de los trabajos seleccionados	Noviembre de 1992
Reunión en la DGPF para entrega de protocolo de investigación.	Diciembre de 1992
Asistencia de los representantes del Population Council y la DGPF para la firma del convenio	Abril de 1992
Visita del personal del nivel central y del Population Council para revisión y asesoría de los instrumentos de evaluación	Mayo de 1993
Desarrollo del curso teórico del grupo control con sede en Zumpizahua	Mayo y junio de 1993
Reunión con las SAS para entrega del programa del curso teórico-práctico	Junio de 1993
Prueba de la encuesta a la población.	Junio de 1993
Contratación y capacitación del personal encuestador	Junio de 1993
Reproducción de los instrumentos de evaluación	Junio de 1993
Recepción de la primera parte del financiamiento	Junio de 1993
Aplicación de cuestionarios de población y guías de observación	Junio al 1 de Julio de 1993
Entrega de material didáctico a las SAS para el curso teórico-práctico	Junio de 1993
Reunión con el personal jurisdiccional y estatal con el fin de establecer la	Junio de 1993

coordinación correspondiente y ultimar detalles para el desarrollo del curso

Curso de capacitación teórico-práctico para AS

Junio y Julio de 1993

Elaboración y entrega del primer informe técnico parcial

Agosto de 1993

Recopilación y procesamiento de la información del SEIB del segundo semestre de 1992

Septiembre y Octubre de 1993

Recepción de la segunda parte del financiamiento

Noviembre de 1993

Procesamiento de la información de 33 guías de observación, 185 cuestionarios y 40 exámenes

Septiembre a Diciembre de 1993

Reunión para capacitar al segundo grupo de encuestadores

Noviembre de 1993

Reunión con las SAS para dar a conocer los resultados de la primera etapa y las actividades de la siguiente

Diciembre de 1993

Segunda aplicación de cuestionarios de población

Diciembre de 1993

Segunda aplicación de las guías de observación

Diciembre de 1993

Recopilación y procesamiento de la información del SEIB correspondiente al segundo semestre de 1993

Enero de 1994

Visita de seguimiento del nivel central y del Population Council

Febrero de 1994

Recopilación y procesamiento de la información proveniente de los diversos instrumentos

Marzo y Abril de 1993

Reunión en la DGPF de los tres estados
participantes en investigación operativa
para el análisis de resultados de los
proyectos e indicaciones finales

Abril de 1994

Elaboración del informe final

Junio y julio de 1994

VII Resultados.

Los cuadros No 1, 2 y 3 contienen información proveniente de los cuestionarios aplicados en las comunidades acerca de la percepción de la población sobre la AS y los servicios que presta, los servicios que brinda la AS y los conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos respectivamente.

En el primer cuadro se puede observar que el consultorio de la AS es conocido por la gran mayoría de la población encuestada en ambos grupos de las localidades experimentales y control

La población del grupo experimental opina que la consulta brindada por las AS si fue útil, en cambio, en las del grupo control bajo el porcentaje de personas que opinan lo mismo, pasó del 98 0% al 81 3%, siendo estadísticamente significativo este descenso.

En cuanto al trato recibido por la AS, en la primera aplicación los resultados son similares y bajos en ambos grupos, sin embargo, en la segunda, existe una gran diferencia entre las AS que recibieron la capacitación teórico-práctica y las que sólo la recibieron teórica, el grupo control no cambió en este rubro y en el experimental se eleva de 36.1% a 83 6%.

En el cuadro No 2 se observa que el porcentaje de población que acude a consulta para control del embarazo aumenta en ambos grupos de la primera a la segunda aplicación, sin embargo en el grupo experimental el aumento es mayor que en el de control, del 10 8% al 34 3% y del 11 1% al 38 7% respectivamente

En el caso de la P F los resultados fueron similares con una mínima diferencia a favor del grupo experimental

Para el rubro "acude a consulta para el menor de cinco años" se da un ligero descenso en ambos grupos que no es estadísticamente significativo, tres cuartas partes de los encuestados acuden por este servicio Cabe mencionar que los principales motivos de consulta en ambos grupos es una tercera parte de las consultas por vacunas, una quinta parte por enfermedades respiratorias y por enfermedades diarreicas y por último una décima parte de las consultas se da por los siguientes motivos accidentes, parásitos, fiebre y revisión al niño sano

Respecto a si la AS realiza visitas domiciliarias sin solicitud del usuario se encontró que, para el grupo experimental tres cuartas partes de la población declaró haber sido visitada, esto no cambió entre la primera y segunda aplicación y, en el grupo control disminuyó del 81.8% al 30.8%. Lo mismo sucedió en relación a pláticas, en donde el grupo experimental sólo se elevó del 75.6% al 78.7%, y en el control disminuyó del 74.6% al 23.3%

Cabe aclarar que para la segunda aplicación se les especificó a los encuestadores las características que debían reunir los conceptos de "pláticas" y "visitas domiciliarias" para anotar la respuesta de la población encuestada

En el cuadro No 3, respecto a si la población conoce los métodos anticonceptivos, se puede observar que en las localidades del grupo experimental hubo elevación significativa en pastillas y vasectomía, no hubo cambios en el conocimiento del DIU ni en el de hormonales inyectables, en condones hubo una disminución porcentual significativa

Para el grupo control la situación fue diferente, no hubo cambios significativos en pastillas, vasectomía ni en hormonal inyectable y hubo descenso porcentual en dispositivos y condones (Ver cuadro No 3)

También se puede observar en este mismo cuadro que los resultados apoyan que el hombre sí acepta la planificación familiar. Tanto en grupo control como en experimental son muy bajos los valores porcentuales encontrados en el rubro "el esposo no está de acuerdo", estos son similares en ambas aplicaciones, y ambos grupos, 6.4% y 6.6% para el grupo experimental 4.9% y 6.6% para el grupo control.

Se presenta en el cuadro No 4 la productividad de las AS reportada en los informes mensuales de los módulos de la EEC del Sistema Estatal de Información Básica durante los períodos junio-diciembre de 1992 y 1993

Se observa que en el grupo experimental hubo incremento en 8 rubros: de 171.5% en asistentes a pláticas, 153.8% en consultas por puerperio, 92.8% en consultas por embarazo, 56.8% en niños menores de cinco años en control, 48.1% en consultas a enfermos, 44.9% en embarazadas de 1ª vez, 33.7% en consultas a menores de cinco años y 6.8% en inyecciones, también en este mismo grupo se observan 5 descensos porcentuales, 4 de ellos por debajo del 30% en los rubros de usuarias activas, curaciones, visitas domiciliarias y pláticas y con el 52.6% en usuarias nuevas

En el grupo control hubo incremento en 4 rubros, 69.2% en niños menores de cinco años en control, 35.9% y 35.0% en consultas por embarazo y consultas por puerperio respectivamente y de 29.3 en consultas a menores de cinco años. Hubo decremento en 9 de los 13 conceptos evaluados, dos de ellos alrededor del 30%, pláticas y asistentes a pláticas, y el resto entre el 10% y el 20%

Los resultados de las guías de observación respecto a la competencia técnica de las AS se reportan en los cuadros quinto, sexto séptimo y octavo.

En el cuadro No. 5 se presenta que la calificación global en el subsistema de planificación familiar en la segunda aplicación de las guías es similar para ambos grupos, experimental 7 04 y el control 7 06, la calificación inicial fue más baja en el grupo experimental, 4 34 y 5 47 para el control, lo que permite observar una elevación porcentual mayor para el experimental

También en este mismo cuadro se observa que en la atención a los usuarios de planificación familiar se dio solamente un cambio estadísticamente significativo, este fue del grupo experimental, en la consulta a usuarias de pastillas El promedio de las calificaciones en este rubro en la primera aplicación fue de 4 86 y en la segunda de 8 13

En el subsistema de embarazo, parto y puerperio, cuadro No 6, se encontraron cambios estadísticamente significativos en los rubros de "orientación en el embarazo" y "exploración del embarazo" para el grupo experimental, la orientación paso de 5 50 a 7 28 y la exploración de 6.11 a 9 23. Sin embargo, se dio un descenso en lo concerniente a la exploración de puerperio disminuyendo de 8 33 a 5 83

En el cuadro No. 7 se muestra que no hubo cambios en ninguno de los dos grupos en cuanto a la atención al menor de cinco años

Cabe mencionar que en ambos grupos el subsistema de actividades varias no aportó datos relevantes como se puede observar en el cuadro No 8, ya que el número de casos captados fue muy bajo y en algunas ocasiones sólo se dispone de uno o dos, esto se debe a la diversidad de tareas incluidas en este rubro y que al momento de aplicar el instrumento no coincidió con su realización

En una revisión global de los resultados aportados por las guías de observación se puede apreciar que el grupo control permaneció prácticamente igual en la medición previa a la capacitación y posterior a la misma en los cuatro subsistemas. En los subsistemas de planificación familiar, atención al embarazo, parto y puerperio y en el de atención al menor de cinco años se registraron elevaciones porcentuales mayores en el grupo experimental que en el control entre la primera y la segunda aplicación

Respecto a los conocimientos de las AS se obtuvieron los datos que se presentan en los cuadros N° 9 y 10, en ellos se puede observar lo siguiente que antes de la capacitación el grupo experimental obtuvo una calificación superior por 5 en la escala de 1 a 10 que el control, en ambos grupos las calificaciones se elevaron, pasaron de 7 0 a 8.8 en el experimental y de 6 5 a 8 1 en el control, la diferencia en decimales del mejoramiento fue de 1 8 en el experimental y de 1 4 en el control

Al comparar la calificación inicial con la final de ambos grupos, se identifica un mejoramiento en las calificaciones del grupo experimental en el rubro de planificación familiar con 2.7 puntos más, pasó de 5.3 a 8.0, le siguen los rubros de embarazo y puerperio y actividades varias con 1.7 en los dos, pasando respectivamente de 7.7 a 9.4 y de 7.2 a 8.9 y finalmente la atención al menor de cinco años con 1.2, pasando de 7.6 a 8.8

Para el grupo control la elevación más grande se encuentra en el rubro de actividades varias con 2.8, pasó de 5.7 a 8.5 le sigue embarazo y puerperio con 1.5, pasó de 6.8 a 8.3, planificación familiar con 1.3 pasó de 6.0 a 7.3 y atención al menor con 0.8, pasó de 7.5 a 8.3

Como se puede observar en los cuadros las calificaciones más altas obtenidas por el grupo experimental se dieron en el rubro de atención al embarazo y al puerperio, así como en el de actividades varias, para el grupo control en los rubros de actividades varias, embarazo y puerperio y atención al menor de cinco años. Se anexan los resultados de los exámenes por cada pregunta en los tres momentos.

Por otra parte es importante aclarar que no se dispuso de información sobre la totalidad de las AS que se tenía previsto debido a diversas causas, algunas porque faltaron a los cursos, otras por motivos personales se dieron de baja de la EEC durante el período de la intervención, en otro caso la AS se negó a contestar el examen de seguimiento, y por último debido a causas climatológicas no se dispuso de información de algunas localidades. El costo por cada AS capacitada en la modalidad teórico-práctica fue de N\$ 342.86 y en la modalidad teórica fue de N\$662.40, por lo que resulta más costo-efectiva la modalidad que se probó en esta intervención (Se anexa copia de los presupuestos de ambos grupos)

CUADRO No. 1

PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE LA AS Y LOS SERVICIOS QUE PRESTA

PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE LA AS Y LOS SERVICIOS QUE PRESTA	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1º APLICACIÓN	2º APLICACIÓN	1º APLICACIÓN	2º APLICACIÓN
HA IDO CON LA AS	85.6	83.0	71.0	73.1
SABE DE LA EXISTENCIA DEL CONSULTORIO	95.3	97.1	91.1	88.2
SABE QUIEN ATIENDE	75.5	98.2	93.3	97.0
SABE QUE SERVICIOS PRESTA EL CONSULTORIO	86.4	86.5	67.7	76.1
OPINAN QUE EL TRATO DE LA AS ES MUY BUENO	36.1	83.6	31.4	25.0
SIRVIÓ LA CONSULTA DADA POR LA AS AL MENOR DE CINCO AÑOS	97.1	99.2	98.0	81.3
OPINAN QUE EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ES MUY BUENO	34.4	79.5	28.2	17.8

FUENTE Cuestionarios de población, primera y segunda aplicación en la jurisdicción sanitaria, Xalapa, Veracruz, 1993-1994

117

CUADRO No. 2

SERVICIOS QUE PRESTA LA AUXILIAR DE SALUD

SERVICIOS QUE PRESTA LA AS	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1º APLICACIÓN N	2º APLICACIÓN N	1º APLICACIÓN N	2º APLICACIÓN
ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DEL EMBARAZO	11.1	38.7	10.8	34.3
ACUDE A CONSULTA PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	51.2	66.1	31.8	47.4
ACUDE A CONSULTA PARA EL MENOR DE CINCO AÑOS	83.1	76.7	77.3	73.1
REALIZA LA AS VISITA DOMICILIARIA SIN SOLICITUD DEL USUARIO	74.7	73.4	81.8	30.8
DA PLATICAS LA AS	75.6	78.7	74.6	23.3

FUENTE: Cuestionarios de población, primera y segunda aplicación en la jurisdicción sanitaria, Xalapa, Veracruz, 1993-1994

119

CUADRO No.3

CONOCIMIENTOS Y ACTITUD SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

CONOCIMIENTOS Y ACTITUD SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1º APLICACIÓN	2º APLICACIÓN	1º APLICACIÓN	2º APLICACIÓN
CONOCE PASTILLAS	77.6	92.5	76.9	78.9
CONOCE INYECCIONES	95.8	65.5	83.3	42.1
CONOCE CONDONES	90.5	45.9	88.9	21.3
CONOCE OTB	69.2	58.1	40.0	30.7
CONOCE VASECTOMÍA	0	2.9	0	0
EL ESPOSO NO ESTA DE ACUERDO CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	6.2	6.4	4.9	6.6

FUENTE Cuestionarios de población, primera y segunda aplicación en la jurisdicción sanitaria, Xalapa, Veracruz, 1993-1994

CUADRO No 4

PRODUCTIVIDAD DE LAS AUXILIARES DE SALUD REPORTADA EN LOS CUATRO SUBSISTEMAS DEL SISTEMA ESTATAL DE INFORMACIÓN BÁSICA PERÍODOS JUNIO-DICIEMBRE DE 1992 Y 1993.

CONCEPTO	EXPERIMENTAL			CONTROL		
	1992	1993	% DIFERENCIA	1992	1993	% DIFERENCIA
USUARIAS NUEVAS	116	55	-52.6	39	18	-13.8
USUARIAS ACTIVAS	362	284	-21.5	97	82	-15.5
EMBARAZADAS DE 1a VEZ	98	142	+44.9	37	31	-16.2
CONSULTAS POR EMBARAZO	280	540	+92.8	114	155	+35.9
CONSULTAS POR PUERPERIO	39	99	+153.8	40	54	+35.0
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN CONTROL	530	831	+56.8	315	533	+69.2
CONSULTAS A MENORES DE CINCO AÑOS	659	881	+33.7	764	988	+29.3
CONSULTAS DE LAS AS A ENFERMOS	1583	2344	+48.1	1171	1125	-3.9
CURACIONES	420	405	-3.6	177	139	-21.5
VISITAS DOMICILIARIAS	987	947	-4.0	425	354	-16.7
PLATICAS	259	198	-23.5	113	69	-38.9
ASISTENTES A PLATICAS	796	2161	+171.5	1037	717	-30.8
INYECCIONES	1264	1350	+6.8	488	437	-10.4

FUENTE: Informes mensuales de módulos de la EEC. Sistema Estatal de Información Básica, SSA 1992-1993

CUADRO No. 5

CALIFICACIONES DE LAS HABILIDADES DE LAS AUXILIARES DE SALUD PARA BRINDAR ATENCIÓN A LOS USUARIOS PLANIFICACIÓN FAMILIAR

HABILIDADES PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1a APLICACIÓN	2a.APLICACIÓN	1a APLICACIÓN	2a APLICACIÓN
ATENCIÓN A USUARIAS NUEVAS	1.42	4 50	5 35	7 14
ATENCIÓN A USUARIOS (A) DE CONDÓN	7 77	8.88	4.81	8.33
ATENCIÓN A USUARIAS DE PASTILLAS	4 86	8 13 *	5.93	6.83
ATENCIÓN A USUARIAS DE INYECTABLE	2 22	6.66	5.00	5 93
ATENCIÓN A USUARIAS DE DIU	-	-	6 25	-
ATENCIÓN A USUARIAS DE AQV	5 45	-	-	-
PROMEDIO	4 34	7 04	5.47	7 06

FUENTE Guías de observación de la interacción entre el usuario de la EEC y la AS Primera y segunda aplicación Junio 1992 y Diciembre 1993

122

CUADRO No. 6

CALIFICACIONES DE LAS HABILIDADES DE LAS AUXILIARES DE SALUD PARA BRINDAR ATENCIÓN A LOS USUARIOS EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

HABILIDADES PARA LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y PUERPERIO	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1a APLICACIÓN	2a APLICACIÓN	1a APLICACIÓN	2a.APLICACIÓN
ORIENTA SOBRE EMBARAZO	5 50	7 28 *	5 00	5 63
EXPLORA EMBARAZO	6 11	9 3 *	7 05	6 90
ORIENTA SOBRE PUERPERIO	5 62	5 52	5 00	5.25
EXPLORA PUERPERIO	8 33	5 83 *	3 75	4 38
PROMEDIO	6 39	6 97	5 20	5.54

FUENTE Guías de observación de la interacción entre el usuario de la EEC y la AS Primera y segunda aplicación. Junio 1992 y Diciembre 1993.

CUADRO No. 7

CALIFICACIONES DE LAS HABILIDADES DE LAS AUXILIARES DE SALUD PARA BRINDAR ATENCIÓN A LOS USUARIOS ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS

HABILIDADES PARA LA ATENCIÓN DEL MENOR DE CINCO AÑOS	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1a APLICACIÓN	2a APLICACIÓN	1a. APLICACIÓN	2a. APLICACIÓN
ORIENTA AL MENOR	5 89	6 77	5 94	5 83
EXPLORA AL MENOR	6 04	5 88	5 35	5 55
PROMEDIO	5.96	6.32	5 64	5.69

FUENTE: Guías de observación de la interacción entre el usuario de la EEC y la AS. Primera y segunda aplicación Junio 1992 y Diciembre 1993

124

CUADRO No. 8

CALIFICACIONES DE LAS HABILIDADES DE LAS AUXILIARES DE SALUD PARA BRINDAR ATENCIÓN A LOS USUARIOS ACTIVIDADES VARIAS

HABILIDADES PARA LA ATENCIÓN DE ACTIVIDADES VARIAS	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	1a APLICACIÓN	2a APLICACIÓN	1a APLICACIÓN	2a APLICACIÓN
ATENCIÓN A ENFERMOS	6 00	7 00	4 33	6 40
CURACIONES	-	10 00	8 33	7 50
TOMA DE GOTA GRUESA	7 50	5.00	5 00	10 00
INYECCIONES	10 00	10 00	10.00	10.00
PLÁTICAS	10 00	10 00	10.00	10.00
REGISTRO DE INFORMACIÓN	10 00	10 00	10 00	10.00
PROMEDIO	8 70	8.60	7 94	8 98

FUENTE: Guías de observación de la interacción entre el usuario de la EEC y la AS Primera y segunda aplicación. Junio 1992 y Diciembre 1993

1925

CUADRO No 9

CALIFICACIONES GRUPALES OBTENIDAS EN LOS EXÁMENES DE CONOCIMIENTOS APLICADOS A LAS AUXILIARES DE SALUD

EVALUACIÓN	EXPERIMENTAL	CONTROL
PRE-EVALUACIÓN	7.0	6.5
POST-EVALUACIÓN	8.2	7.1
SEGUIMIENTO	8.8	7.8

FUENTE Cuestionarios de conocimientos para AS 1a , 2a y 3a aplicaciones en la jurisdicción sanitaria de Xalapa, Veracruz. 1a y 2a aplicaciones en Junio 1993 y 3a Febrero de 1994

CUADRO No.10

CALIFICACIONES GRUPALES POR ÁREA DE CONOCIMIENTO OBTENIDAS POR LAS AUXILIARES DE SALUD

TEMAS	EXPERIMENTAL			CONTROL		
	PRE EVALUACIÓN	POST EVALUACIÓN	SEGUIMIENTO	PRE EVALUACIÓN	POST EVALUACIÓN	SEGUIMIENTO
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	5.3	7.8	8.0	6.0	7.2	7.3
EMBARAZO Y PUERPERIO	7.7	9.8	9.4	6.8	7.4	8.3
ATENCIÓN AL MENOR DE 5 AÑOS	7.6	8.3	8.8	7.5	8.1	8.3
ACTIVIDADES VARIAS	7.2	7.1	8.9	5.7	5.8	8.5

FUENTE: Cuestionarios de conocimientos para AS 1a , 2a y 3a aplicaciones en la jurisdicción sanitaria de Xalapa, Veracruz 1a y 2a aplicaciones en Junio 1993 y 3a Febrero de 1994

Conclusiones

El cambio de opinión de las comunidades sobre la AS y los servicios que presta fue más significativo entre aquellas a las que pertenecen la AS capacitadas en la modalidad teórico-práctica que entre aquellas que fueron capacitadas con la modalidad teórica, básicamente en la opinión que se tiene sobre el servicio de planificación familiar y el trato dado por la AS durante la atención brindada en los diferentes subsistemas

El rendimiento de las AS del grupo experimental se incrementó en la mayoría de los rubros evaluados, entre el segundo semestre de 1992 y el mismo semestre en 1993

El nivel de conocimientos del personal que se capacitó con la modalidad teórico-práctica fue superior que el del personal que recibió la capacitación teórica principalmente en los subsistemas de planificación familiar y en el de atención al embarazo y puerperio .

El nivel de conocimientos mejoró con el paso del tiempo entre las AS en ambos grupos, solo que entre las AS que recibieron capacitación teórico-práctica el incremento fue más significativamente.

El nivel de habilidades del personal capacitado con la modalidad teórico-práctica fue superior que el del personal que recibió la capacitación teórica, principalmente en los subsistemas de planificación familiar y en el de atención al embarazo y puerperio

El personal que se capacitó con la modalidad teórico-práctica elevó su competencia técnica más significativamente que el que sólo lo hizo teóricamente

El curso teórico-práctico puede ser una alternativa innovadora para la modalidad en la que actualmente se realiza la capacitación del personal de la EEC, debido a las ventajas que presenta al realizarse en localidades pequeñas, con acceso a la población a la que típicamente prestan el servicio y la estrecha comunicación que se establece entre los coordinadores y las AS propiciada por el reducido número de participantes

El costo por cada AS capacitada en la modalidad teórico-práctica fue de N\$ 342.86 y en la modalidad teórica fue de N\$662.40, por lo que resultó más costo efectiva la modalidad que se prueba en esta intervención en un 93.2%

Recomendaciones

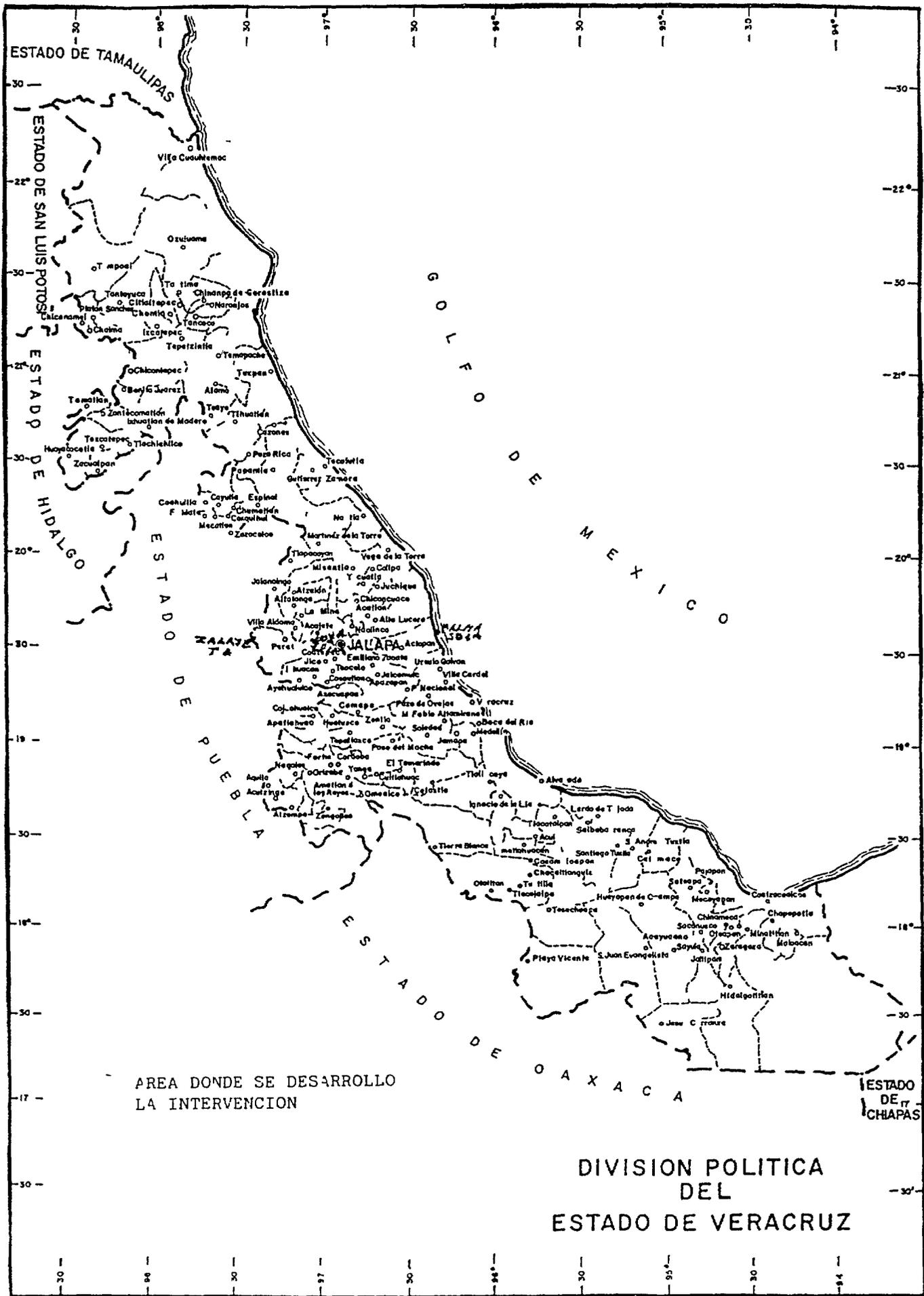
Revisar los instrumentos a través de los cuales se midieron las variables. Respecto al cuestionario de opinión se recomienda reducir el número de preguntas, reelaborarlas en tipo de preguntas cerradas, mejorar el cuadro correspondiente a los métodos de planificación familiar simplificando su formato.

Para las guías de observación procurar que se realice el llenado de las mismas en todos sus apartados. En cuanto al cuestionario de conocimientos, actualizar los contenidos respecto a las normas técnicas que se vayan emitiendo.

Para disminuir el rango de error en la captura de los instrumentos se sugiere establecer un sistema de supervisión durante la aplicación de los mismos, así como revisar cada uno de ellos antes de su codificación.

Dado que las localidades, así como las AS seleccionadas tienen características similares a las del resto del estado y muchas semejanzas con los módulos de la EEC de otras entidades federativas, es factible recomendar su implementación como alternativa a la capacitación teórica, para otras regiones del país.

**Mapa con la ubicación de las localidades en donde se
desarrolló la intervención**



AREA DONDE SE DESARROLLO
LA INTERVENCION

DIVISION POLITICA
DEL
ESTADO DE VERACRUZ

CUESTIONARIO DE COMUNIDADES
INVESTIGACION SOBRE LOS SERVICIOS QUE PROPORCIONAN LAS AUXILIARES DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ

Jurisdiccion _____ XALAPA _____
Modulo _____
Localidad _____ EXP () CONTROL ()
Nombre de la Auxiliar _____
Nombre del encuestador _____
Fecha dia _____ mes _____ año _____
Hora/inicio _____ Hora/termin _____ tiempo total _____
Firma de supervisor encargado _____

I ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS

1 ¿Cuántos años cumplidos tiene Ud ?

_____ AÑOS 99 - NO SABE/NO CONTESTÓ

2 ¿Cual es su estado civil?

- 1- CASADO(A)
- 2 UNIDO(A) CON PAREJA
- 3 SOLTERO(A)
- 4- DIVORCIADO (A)/SEPARADO(A)/VIUDO(A)
- 5- NO CONTESTO

3 ¿Hasta que año estudio Ud en la escuela?

- 00 - NO ASISTIO A LA ESCUELA
- _____ PRIMARIA
- _____ SECUNDARIA
- _____ PREPARATORIA
- _____ UNIVERSIDAD
- 99 NO CONTESTÓ

4 ¿Cual es su religion?

- 1 CATÓLICA
- 2 - PROTESTANTE
- 3 - NO PRACTICANTE
- 4 OTRO _____
- 9 NO SABE/NO CONTESTO

5 ¿Cuántos hijos o hijas actualmente vivos tiene Ud ?

_____ HIJOS E HIJAS
00 NO TIENE HIJOS E HIJAS ——— > pase a la preg 7

6 ¿Cuántos años cumplidos tiene su hijo/hija menor?

_____ AÑOS 00 MENOS DE UN AÑO CUMPLIDO

99 NO SABE/ NO CONTESTO

SECCIÓN II CONOCIMIENTO Y USO DE LOS SERVICIOS DE LA AUXILIAR DE SALUD

7 ¿Conoce o ha oído hablar Ud del consultorio de salud de esta comunidad?

- 1 SI
- 2 - NO ———> Pase a la preg 12

8 ¿Conoce Ud quien atiende este consultorio de salud?

- 1 - SI
- 2 NO

¿Cuál es el nombre completo de la auxiliar de salud?

9 ¿Sabe Ud que servicios presta este auxiliar de salud?

- 1 SI
- 2 - NO ———> Pase a la preg 11

10 ¿Cuáles servicios de salud presta la auxiliar de salud?

- 1 CURACIONES
- 2 ATENCIÓN PRENATAL (EMBARAZO)
- 3 ATENCIÓN PARTO/PUERPERIO
- 4 PLANIFICACIÓN FAMILIAR
- 5 CUIDADO DEL MENOR DE 5 AÑOS
- 6 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
- 7 ENFERMEDADES DIARREICAS
- 8 PRIMEROS AUXILIOS
- 9 OTRO _____
- A NO SABE/NO CONTESTO

11 ¿Ha ido Ud alguna vez al puesto de salud?

- 1 SI
- 2 NO ———> Pase a la preg 14

12 Cuando Ud o su familia necesitan recibir algun servicio de salud ¿a donde van?

- 1 HOSPITAL
- 2 CENTRO DE SALUD
- 3 PUESTO DE SALUD EN OTRA LOCALIDAD
- 4 CLÍNICA/MÉDICO PARTICULAR
- 5 IMSS
- 6 OTRO _____

13 ¿Por qué prefiere ir a ese lugar?

- 1 CERCANÍA
- 2 CONFIANZA
- 3 MEJOR SERVICIO/ MEJOR CALIDAD
- 4 MAS BARATO
- 5 OTRO _____
- 9 NO SABE/ NO CONTESTO Pase a la seccion V

14 ¿Como cuanto tiempo se tarda en ir de su casa al consultorio de salud?

_____ MINUTOS

999 - NO SABE/ NO CONTESTÓ

15 ¿Hay alguna cosa que haya oido criticar del puesto y que se deberia mejorar?

2 - NO

1 - SI ———> ¿QUE?

16 ¿En terminos generales que opinion tiene Ud de los servicios que presta el puesto de salud de _____ ?

1 MUY BUENA

2 - BUENA

3 - REGULAR

4 MALA

5 MUY MALA

SECCION III ATENCIÓN A MENORES DE 5 AÑOS

17 ¿Tiene hijos menores de 5 años?

1 SI

2 - NO ———> Pase a la siguiente sección

18 ¿Ha llevado a alguno de sus hijos al puesto de salud?

1 SI

2 NO ———> Pase a la pregunta 23

19 ¿Por qué motivo lo(s) llevó al puesto de salud?

1 DIARREA/ VOMITO

2 GRIPE/ CATARRO/ TOS

3 ACCIDENTES (QUEMADURA CORTADA CAÍDA)

4 MORDEDURA O PIQUETE DE ANIMALES

5 REVISION O MEDICION

6 PARASITOS

7 OTRAS (ESPECIFIQUE)

8 _____

20 ¿Que le hicieron durante su visita al puesto de salud?

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____

21 ¿Le sirvió la atención que le dio la auxiliar de salud?

- 1 - SI
- 2 - NO

22 ¿Que le pareció el trato que le proporciono durante esa visita (su ultima visita) al puesto?

- 1 - MUY BUENA
- 2 - BUENA
- 3 - REGULAR
- 4 - MALA
- 5 - MUY MALA
- 6 - NO SABE/ NO CONTESTA

SECCIÓN IV ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y PUERPERIO

23 ¿Alguno de sus partos ha sido atendido por la auxiliar de salud?

- 1 SI
- 2 NO

24 ¿Asistió al puesto de salud a atenderse durante ese embarazo?

- 1 SI
- 2 NO ----- > Pase a la siguiente sección

25 ¿Cuántas veces asistió al puesto de salud durante su embarazo?

_____ veces

26 ¿Que hizo la auxiliar de salud durante su (s) visita (s)?

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____

27 ¿La revisó la auxiliar de salud después del parto?

- 1 SI
- 2 NO ----- > Pase a la seccion V

135

28 ¿Que hizo la auxiliar de salud despues del parto?

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____

29 ¿Que le parecio la atención que le proporciono durante su embarazo o parto?

- 1 - Muy buena
- 2 - Buena
- 3 - Regular
- 4 - Mala
- 5 - Muy mala
- 6 - No sabe/No contesta

SECCION V PLANIFICACION FAMILIAR

1 ¿De que metodo anticonceptivo o formas de evitar el embarazo ha oido hablar?

MÉTODOS	Ha oido de este metodo?			Sabe donde se consigue?		¿Dónde? 1-Puesto salud 2-Médico particular 3-Farmacia 4 Clínica/ medico particular 5-Otro ¿cual?
	SI sin ayuda 1	SI con ayuda 2	NO 3	SI	NO	
PASTILLAS PILDORA	1	2	3	1	2	1 2 3 4 5
DIU	1	2	3	1	2	1 2 3 4 5
ESTÉRIL FEMENINA (LIGADURA OPERAC)	1	2	3	1	2	1 2 3 4 5
ESTERIL MASCULINA (VASECTOMIA)	1	2	3	1	2	1 2 3 4 5
C O N D Ó N (PRESERVATIVO)	1	2	3	1	2	1 2 3 4 5
INYECCIÓN	1	2	3	1	2	1 2 3 4 5
TABLETAS/ OVULOS VAGINAL	1	2	3	1	2	1 2 3 4 5
RITMO/METODOS NATURALES	1	2	3	1	2	1 2 3 4 5
RETIRO	1	2	3	////////		////////
OTROS _____	1	2	3	////////		////////

30 ¿En general, a Ud que le parece que las parejas utilicen metodos anticonceptivos para espaciar los embarazos?

- 1 - BIEN
- 2 - NI BIEN NI MAL
- 3 - MAL
- 9 NO SABE/ NO CONTESTO

31 ¿Por que le parece (bien/mal) que las parejas usen metodos anticonceptivos?

32 ¿Qué le parece a su marido la planificacion familiar?

- 1 - BIEN
- 2 NI BIEN NI MAL
- 3 MAL
- 9 NO SABE/ NO CONTESTO

33 ¿Ha usado Ud o su marido alguna vez metodos anticonceptivos?

- 1 - SI ¿Cual? _____
- 2 NO ¿Por qué? _____

34 ¿Actualmente esta usando algun método de planificación familiar?

- 1 - SI ¿Cual? _____
- 2 NO ¿Por qué? _____

35 ¿La ha visitado la auxiliar de salud en su casa para ofrecerle sus servicios aunque Ud no lo haya necesitado?

- 1 SI
- 2 NO

36 ¿Cómo diria Ud que es el servicio de planificación familiar en el puesto de salud? (Sólo si asiste con la auxiliar de salud responde a esta pregunta)

- 1 MUY BUENO
- 2 BUENO
- 3 REGULAR
- 4 MALO
- 5 MUY MALO
- 6 NO APLICA
- 9 NO SABE/ NO CONTESTÓ

37 ¿La auxiliar de salud de su comunidad da platicas a grupos?

- 1 - SI
- 2 - NO

38 ¿Cree Ud que la auxiliar de salud sabe lo suficiente para ayudar a esta comunidad en sus problemas de salud?

- 1 - SI
- 2 - NO

39 ¿Que considera Ud que deberia hacer la auxiliar de salud para ayudar mas a esta comunidad?

- 1 - QUE DEBERIA DE PREPARARSE MAS
- 2 - QUE DEBERÍA DE TENER MAS MEDICAMENTOS
- 3 QUE DEBERÍA DE DAR MAS SERVICIOS
- 4 OTRA _____

Proyecto de Investigación Operativa

Examen de conocimientos para Auxiliares de Salud de la Estrategia de Extensión de Cobertura

La puntuación que puede asignarse a cada pregunta es un punto, medio punto o cero. Los criterios mínimos para que las respuestas sean consideradas correctas y obtengan un punto se describen a continuación

1) ¿ Qué es la planificación familiar ?

Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre e informada el número de hijos que desea tener y el momento de hacerlo

Es utilizar un método anticonceptivo y tener los hijos deseados
(CON UNO O MAS ASPECTOS DE LOS QUE SE MENCIONAN TIENE UN PUNTO)

2) ¿ Cuáles son sus actividades como Auxiliar de Salud ?

Cuidar a las embarazadas, a las de planificación familiar, a los menores de cinco años, a los heridos o enfermos, curar a los que tienen diarreas y catarros, hacer visitas domiciliarias (CON CUATRO O MAS ASPECTOS DE LOS QUE SE MENCIONAN TIENE UN PUNTO)

3) ¿ A que mujeres NO se les puede aplicar la inyección para evitar el embarazo ?

A las mujeres que estén dando pecho, estén embarazadas o enfermas del hígado, corazón, a las que sean diabéticas (CON DOS O MAS ASPECTOS DE LOS QUE SE MENCIONAN TIENE UN PUNTO)

4) ¿ Qué le dice usted a una señora de su comunidad que planifica con pastillas y que olvidó ayer tomarse la pastilla ?

Que se la tome en cuanto se acuerde y que por la noche se tome la que le toca (CON ESTOS DOS ASPECTOS TIENE UN PUNTO)

5) ¿ Qué actividades básicas debe realizar en la consulta a una señora que quiere planificar su familia ?

Realizar un interrogatorio, (saber su edad, si está embarazada, si está dando pecho, si tiene sangrado vaginal fuera de su periodo o regla, si le dan ataques o temblores, si fuma más de 10 cigarrillos al día, si tiene dolor de cabeza frecuente acompañado de zumbido de oídos o ve luces, si tiene azúcar en la sangre, si se le han puesto los ojos o la piel amarillos, si está enferma del corazón) revisarle si tiene várices, revisarle que no tenga hinchazón en las piernas, si está más gorda de lo normal, revisarle que no tenga "bolitas" en las mamas, explicarle los métodos anticonceptivos disponibles en el programa, seleccionar y entregar el método, darle a conocer su forma de uso y sus ventajas y desventajas, registrar la información (CON TRES O MAS ASPECTOS DE LOS QUE SE MENCIONAN TIENE UN PUNTO)

6) ¿ Mencione las causas de alarma para enviar a una señora embarazada a un Centro de Salud ?

Sangrado vaginal, presión baja o alta o dolor de cabeza persistente acompañado de zumbido de oídos, hinchazón de piernas o manos, presencia de dolor de parto antes de las 37 semanas, ausencia de trabajo de

parto después de las 42 semanas o 9 meses, presencia de cualquier enfermedad (CON CUATRO O MAS ASPECTOS DE LOS QUE SE MENCIONAN TIENE UN PUNTO)

7) Escriba tres actividades básicas que debe realizar en la consulta con una mujer embarazada

Realizar un interrogatorio (saber su edad, la fecha de su última regla, si ha tenido abortos, si tuvo problemas de salud en sus embarazos anteriores, si tiene algún problema en su matriz, si se ha embarazado más de una vez en los últimos dos años, si tiene más de cinco hijos), realizar una revisión (medir el fondo uterino, escuchar los latidos fetales, revisar la presión, pesarla), brindar orientaciones higiénico-dietéticas, registrar en el calendario, referirla o canalizarla en caso necesario (CON TRES O MAS ASPECTOS DE LOS QUE SE MENCIONAN TIENE UN PUNTO)

8) Escriba tres actividades que deberá realizar en un menor de 5 años, Interrogar a la madre (depende de su edad, si sostiene la cabeza, si sigue un objeto en movimiento con sus ojos, si se para, si esta tomando pecho y otros alimentos, etc), pesar al niño, medirlo, revisar su esquema de vacunación, reconocer señales que no lo dejan crecer y desarrollarse, dar orientación a la madres, registrar la información, referirlo en caso necesario (CON TRES O MAS ASPECTOS DE LOS QUE SE MENCIONAN TIENE UN PUNTO)

9) Escriba tres signos de alarma durante el puerperio fiebre o calentura, loquios anormales (con mal olor, abundante o con color diferente al achocolatado o como regla normal o flujo transparente con hilos de sangre), dolor fuerte en el vientre (CON TRES O MAS ASPECTOS DE LOS QUE SE MENCIONAN TIENE UN PUNTO)

10) Mencione por los menos tres acciones que pueden evitar las enfermedades diarreicas Lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, después de cambiar los pañales y antes de dar el pecho, lavando las frutas y verduras antes de su preparación, dando de mamar al niño, hirviendo el agua que se use para tomar, manteniendo limpios los depósitos en donde se guarde el agua, evitando hacer del baño al ras del suelo y tapando con tierra el excremento (CON TRES O MAS ASPECTOS DE LOS QUE SE MENCIONAN TIENE UN PUNTO)

11) ¿ Qué vacunas comprende el esquema básico de vacunación ?
Antipolio o Sabin, D P T , Antisarampión, B C G

12) Mencione los signos de deshidratación
El niño tiene su boca y lengua secas, tiene ojos hundidos, si es menor de un año tiene la mollera hundida, el pliegue de su abdomen se recupera lentamente Si el niño hace del baño aguado y con sangre, ha orinado poca cantidad y su orina es oscura, vomita poco, está indispuesto, somnoliento, irritable, llorón, (CON TRES O MAS ASPECTOS DE LOS QUE SE MENCIONAN TIENE UN PUNTO)

13) ¿ Cómo se prepara el sobre Vida Suero Oral ?

Se mide un litro de agua previamente hervida y fría, se agrega poco a poco el polvo de un sobre de suero oral, se le da a cucharaditas al niño o en una taza para que beba poco a poco, no se usa el suero después de 24 horas de haber sido preparado Deben lavarse muy bien las manos, una olla o jarra y una cuchara en la que se prepare el suero (CON TRES O MAS ASPECTOS DE LOS QUE SE MENCIONAN TIENE UN PUNTO)

14) ¿ Cómo se dividen o clasifican las IRA ?
Leve, moderada y grave

15) ¿ Mencione 4 enfermedades más frecuentes en su comunidad ?

Diarreas, catarros, gripes, enfermedades de la piel, conjuntivitis, etc (CON TRES O MAS ASPECTOS DE LOS QUE SE MENCIONAN TIENE UN PUNTO)

SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA

GUIA DE OBSERVACION DE LA INTEGRACION ENTRE EL USUARIO DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA
Y LA AUXILIAR DE SALUD

I FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha de observacion DIA _____ MES _____ AÑO _____

Hora de inicio de observación _____

Hora de finalizacion de observación _____

Nombre del observador _____

Nombre de la auxiliar de salud _____

II LUGAR Y TIPO DE OBSERVACION

1 - Tipo de establecimiento

- a) Casa de la auxiliar de salud
- b) Consultorio rural
- c) Casa de la usuaria
- d) Otro _____

2 - ¿La auxiliar de salud saluda?

- a) SI
- b) NO

3 - ¿Cual fue la razon principal de la atención

- a) Planificación familiar pase a la pregunta No 4
- b) Embarazo parto o puerperio pase a la pregunta No 10
- c) Menor de 5 años pase a la pregunta No 18
- d) Actividades varas pase a la pregunta No 22

III PLANIFICACION FAMILIAR

4 - ¿Es la primera visita a planificacion familiar ?

- a) SI
- b) NO pase a la pregunta No 6

14/7

5 Solo para usuarias nuevas

LA AUXILIAR PREGUNTO O MENCIONO SOBRE		SI	NO
1	Su deseo reproductivo de tener mas hijos	1	2
2	Los beneficios de la P F para la salud integral de la familia	1	2
3	Describio toda la variedad de metodos anticonceptivos modernos	1	2
4	Metodos naturales	1	2
5	¿Que metodos deseaba?	1	2
6	Le explico los métodos adecuados para ella	1	2
7	Utilizo muestras de métodos u otro material para explicarle	1	2
8	Explico sobre algunos metodos anticonceptivos	1	2

6 ¿Qué metodo eligio o esta utilizando?

- a) Condón
- b) Píldora
- c) Inyectables
- d) DIU
- e) A Q V
- f) Métodos Naturales
- g) Ninguno pase a la pregunta No 8

7 ¿Que metodo le informa y/o aconseja la auxiliar de salud?

- a) Condón pase a la tabla No 1
- b) Píldora pase a la tabla No 2
- c) Inyectable pase a la tabla No 3
- d) DIU pase a la tabla No 4
- e) A Q V pase a la tabla No 5

TABLA # 1 CONDON

EL (LA) PACIENTE ES USUARIO (A) DEL CONDON LA AUXILIAR LE EXPLICO QUE		SI	NO
1	El condón se pone al pene antes de cualquier penetración a la vagina	1	2
2	El retro del condon debe hacerse cuando el pene aun esta erecto	1	2
3	El condon debe utilizarse uno por cada relacion sexual	1	2
4	Las posibles molestias con el uso del condón	1	2
5	¿Le abasteció del metodo?	1	2
6	¿Se hablo sobre las molestias y dudas acerca del uso del método?	1	2
7	¿Respondio correctamente a todas las dudas o molestias de la usuaria?	1	2
8	Modo de guardarlos o almacenarlos	1	2
9	¿Que hacer en caso de no llegar la regla (menstruación)	1	2

TABLA # 2 PILDORA

LA SEÑORA ES USUARIA DE LA PILDORA LA AUXILIAR LE EXPLICO QUE		SI	NO
1	En el primer mes de uso la Píldora se empieza a tomar al quinto dia de haber iniciado la menstruación	1	2
2	Debera tomar una Píldora diaria sin interrupción	1	2
3	Cuando olvide de tomar la Píldora un dia deberá tomarla apenas recuerde y la otra en su horario acostumbrado	1	2
4	Cuando se olvide de tomarlas dos dias deberá tomar dos apenas recuerde y la otra en el horario acostumbrado por dos dias seguidos	1	2
5	Cuando se olvide de tomar tres píldoras (tres días) deje de tomarlas hasta su proxima menstruacion y mientras tanto utilice metodos de barrera	1	2
6	Las posibles molestias o efectos secundarios	1	2

104

7	¿Le pregunto sobre las contraindicaciones (diabetes presión alta TBC tumores de la mama enfermedades hepáticas, psiquiátricas)?	1	2
8	¿Le habló sobre las molestias y dudas acerca del uso del método ?	1	2
9	¿Respondió correctamente a todas las dudas o molestias de la usuaria?	1	2
10	¿La previno acerca de sangrado ocasional en el caso que la paciente decida interrumpir la toma de pastillas ?	1	2
11	¿Que hacer en caso que se interrumpa la regla (menstruación)?	1	2
12	¿Que hacer si no encuentra el insumo en la fecha de tomar la pastilla ?	1	2

TABLA # 3 INYECTABLE

LA SEÑORA ES USUARIA DE INYECTABLE LA AUXILIAR LE PREGUNTO SI		SI	NO
1	Tuvo antecedentes de ataque o paro cardiaco	1	2
2	Ha tenido problemas de coagulación	1	2
3	Tenia problemas al hígado	1	2
4	¿Le explicó que debiera regresar cada tres meses para la aplicación de una nueva dosis?	1	2
5	¿Le hablo sobre las molestias y dudas acerca del uso del método?	1	2
6	¿Respondio correctamente a todas las dudas o molestias de la usuaria ?	1	2
7	¿Le habló sobre la probabilidad de ausencia de menstruacion u otras alternativas de ciclo ?	1	2
8	¿Que hacer en caso que se interrumpa la regla (menstruación)?	1	2
9	¿Que hacer si no encuentra el insumo en la fecha de aplicación del inyectable?	1	2

345

TABLA # 4 DIU

LA SEÑORA ES USUARIA DE DIU LA AUXILIAR MENCIONO O PREGUNTO SOBRE		SI	NO
1	Contraindicaciones para el uso de la T de Cu	1	2
2	Numero de hijos o embarazos	1	2
3	Posibles efectos secundarios	1	2
4	Manera de comprobar que el DIU se encuentra INSITU es checando los hilos	1	2
5	Regresar inmediatamente si expulsa el DIU	1	2
6	Uso de metodos de barrera temporalmente en casode que de expulsar el DIU	1	2
7	Le programó visita de control	1	2
8	¿Se hablo sobre las molestias y dudas acerca del uso del metodo?	1	2
9	¿Respondió correctamente a todas las dudas (tabues) de la usuaria?	1	2
10	¿Le hablo del CAP?	1	2
11	¿Le pregunto sobre el numero de compañeros?	1	2
12	¿Se le mostro el DIU para que lo palpe?	1	2

TABLA # 5 AQV

LA SEÑORA ELIGIO AQV LA AUXILIAR		SI	NO
1	¿Le explicó las razones por las cuales la mujer o el hombre se debe operar ?	1	2
2	¿Le hablo de los otros métodos anticonceptivos?	1	2
3	¿Menciono la necesidad de firmar solicitud de consentimiento?	1	2
4	¿Menciono que es una operación no reversible?	1	2
5	¿Describo el tipo de anestesia a utilizar?	1	2
6	¿Hablo sobre tiempo de recuperación?	1	2

7	¿Programó fecha de canalización para la intervención?	1	2
8	¿Se habló sobre las molestias y dudas acerca del uso del método?	1	2
9	¿Respondió correctamente a todas las dudas o molestias de la usuaria?	1	2
10	¿Se le conversó acerca de las repercusiones de la ligadura sobre la menstruación y el comportamiento sexual ?	1	2
11	¿Se conversó sobre las posibilidades futuras del deseo de tener hijos, en caso cambie su situación (viudez muerte de hijos, etc)	1	2

8 ¿Porque no eligió ningún metodo a pesar de tener riesgo de embarazo?

- a) Sospecha de embarazo
- b) Algun problema medico
- c) Otro (especifique) _____
- d) No fue posible observar

9 ¿Registró la información al Calendario de Planificación Familiar?

- a) SI
- b) NO

IV EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO

10 ¿La atención es para embarazo?

- a) SI
- b) NO pase a la pregunta No 14

11 Es Consulta

- a) De primera vez
- b) Subsecuente

12 - La auxiliar de salud pregunta o menciona sobre

a) Fecha de ultima regla	SI	NO
b) Sintomas	SI	NO
c) Factores de riesgo durante el Embarazo	SI	NO
d) Recomendaciones generales (tipo de zapatos, reposo, labores no adecuadas etc)	SI	NO
e) Automedicación	SI	NO
f) Alimentacion conveniente	SI	NO
g) Hábitos higienicos	SI	NO
h) Factores de riesgo para el embarazo	SI	NO
i) Signos de alarma durante el embarazo	SI	NO
j) Periodicidad de las consultas	SI	NO

13 - La auxiliar de salud explora

a) Edema de miembros	SI	NO
b) Abdomen	SI	NO
c) Foco Fetal despues del 5o mes	SI	NO
d) Tensión arterial	SI	NO
e) Peso	SI	NO
f) Talla	SI	NO

14 - La usuaria solicita informacion sobre atención de parto

- a) SI
- b) NO

15 - Si la usuaria requiere informacion sobre puerperio la auxiliar de salud menciona o interroga sobre

a) Caracteristicas del embarazo	SI	NO
b) Caracteristicas del parto	SI	NO
c) Salud del recién nacido	SI	NO
d) Fiebre	SI	NO
e) Caracteristicas de los loquios	SI	NO
f) Lactancia materna	SI	NO
g) Informacion de plan fam	SI	NO
h) Recomendaciones higienico dieteticas	SI	NO

14/8

16 - La auxiliar de salud explora

- | | | |
|--|----|----|
| a) Glándulas mamarias | SI | NO |
| b) Loquios si durante el interrogatorio se detectó alguna anomalia | SI | NO |
| c) Al recién nacido cordón umbilical, reflejos peso y talla etc | SI | NO |
| d) Abdomen, principalmente para retraccion-uterina) | SI | NO |

17 Registra la información en el calendario de embarazo parto y puerperio

- a) SI
- b) NO

V ATENCION AL MENOR DE 5 AÑOS

18 La consulta es

- a) De primera vez
- b) Subsecuente

La Auxiliar de Salud pregunta o menciona sobre el niño

- | | | |
|----------------------------|----|----|
| a) Edad | SI | NO |
| b) Esquema de vacunación | SI | NO |
| c) Estado de salud | SI | NO |
| d) Desarrollo psicomotor | SI | NO |
| e) Signos de alarma | SI | NO |
| f) Orientación higienica | SI | NO |
| g) Orientación nutricional | SI | NO |

19 La auxiliar de salud explora

- | | | |
|---|----|----|
| a) Peso | SI | NO |
| b) Talla | SI | NO |
| c) Desarrollo psicomotor | SI | NO |
| d) Cartilla de vacunación | SI | NO |
| e) Higiene oídos manos pies cabello etc | SI | NO |
| f) Dentadura | SI | NO |

20 - La auxiliar de salud intenta dialogar con el niño SI NO

21 - Registra la información en el Calendario del Menor de 5 años SI NO

VI - ACTIVIDADES VARIAS

22 - La Atención se otorga por

- a) Enfermedad pase a la pregunta No 22-A
- b) Curación pase a la pregunta No 22-B
- c) Toma de gota gruesa pase a la pregunta No 22-C
- d) Aplicación de inyección pase a la pregunta No 22-D
- e) Cita a plática al grupo pase a la pregunta No 22-E

22-A

- Pregunta sobre antecedentes y estado actual SI NO
- Explora correctamente al paciente SI NO
- Informa al paciente su diagnóstico SI NO
- Proporciona el medicamento adecuado SI NO
- En caso de no tener el medicamento lo receta SI NO

22-B

Cuenta con el material necesario

SI NO pase a la pregunta No 10

- Realiza la técnica correctamente

SI NO

22-C

- Interroga y explora al paciente SI NO
- Realiza la técnica correctamente SI NO

22 D

Realiza la técnica de la inyección correctamente SI NO

22 E

- Contemplo todos los detalles que se requieren SI NO

para otorgar la platica (material didactico
sitio hora publicidad, etc)

23 - Registró la informacion en el calendario de actividades varias SI NO

24 Que trato recibió la paciente

- a) Afectuoso
- b) Amable
- c) Descortés
- d) Frio

25 - El lugar donde se atendió fue adecuado SI NO

26 La atención a la usuaria fue

- a) Satisfactoria le resolvieron dudas y la atención fue util SI NO
- b) Conforme recibió una completa atención SI NO
- c) Insatisfecha la auxiliar de salud no resolvió su problema) SI NO

27 En caso necesario refirió a la paciente al lugar adecuado SI NO

28 Dió fecha para una proxima cita SI NO

IV DATOS COMPLEMENTARIOS

29	Existe comite de salud en la comunidad	SI	NO	pase a la pregunta No 31
30	El Comité apoya activamente a la auxiliar de salud	SI	NO	
31	Se cuenta con croquis de la localidad	SI	NO	
32	Se tiene censo de la población	SI	NO	
33	La auxiliar tiene comunicacion frecuente con la partera	SI	NO	c) La auxiliar es la partera

**INFORME DEL MODULO
SEIB-SS-F3**

**Estrategia de extensión de cobertura
Planificación Familiar**

I MODULO _____

INFORMACION
CORRESPONDIENTE A: MES _____ AÑO _____

SUPERVISORA DE
AUXILIAR DE SALUD _____

II. COMUNIDAD	AUXILIAR DE SALUD (NOMBRE)	NUEVOS						REINGRESOS DEL MES	INASISTENTES DEL -MES	ACTIVOS					
		PAST	INyec	COND	DIU	OTRO	TOTAL			PAST	INyec	COND	DIU	OTRO	TOTAL
TOTAL															

152



Estrategia de extensión de cobertura
Niño Menor de 5 Años

INFORME DE MODULO
SEIB-SS-M3

I MODULO _____ INFORMACION
CORRESPONDIENTE A MES, _____ AÑO _____
SUPERVISORA DE
AUXILIAR DE SALUD _____

II COMUNIDAD	AUXILIAR DE SALUD (NOMBRE)	ATENDIDOS POR			INMUNIZACIONES					HIDRATACION ORAL			SOBRES ENTRE GADOS	
		PRIMERA VEZ			DOSIS APLICADAS EN EL MES				NIÑOS CON ESQUEMA COMPLETO	NIÑOS ATENDIDOS POR DIARREA				
		MEJOR 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑOS	TOTAL	ANTI POLIO	D P T	ANTI SARAMP	B C G		MEJOR 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑOS	TOTAL		
TOTAL														

III OBSERVACIONES _____

156

**Calificaciones obtenidas por las AS en los exámenes de
conocimientos y guías de observación**

CALIFICACIONES DEL EXAMEN DE CONOCIMIENTO PARA A. S.																																																			
GRUPO EXPERIMENTAL																																																			
I. Aplicación, junio de 1993																																																			
PRE EVALUACION																																																			
Nombre	11	12	13	21	22	23	31	32	33	41	42	43	51	52	53	61	62	63	71	72	73	81	82	83	91	92	93	101	102	103	111	112	113	121	122	123	131	132	133	141	142	143	151	152	153	PROM	SUMA 1	SUMA 2	SUMA 3		
Ela V	0.5	0.0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	0.0	0.5	1.0	1.0	1.0	79	77	73	87			
Teodulfo O	1.0	0.5	0.5	1.0	0.5	0.5	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	0.0	0.5	1.0	1.0	1.0	0.5	0.5	0.5	1.0	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	81	93	70	80	
Sotera F	1.0	0.5	0.5	1.0	0.5	1.0	0.5	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	0.5	0.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	82	90	73	83		
Magdalena C	0.5	0.0	0.5	1.0	0.5	1.0	0.5	0.0	0.5	1.0	0.5	1.0	0.5	0.5	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	81	90	80	83		
Hortensia F	0.5	0.0	0.5	0.5	0.0	0.5	0.5	0.0	0.5	1.0	0.5	1.0	0.0	0.0	0.5	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	67	73	47	80		
Paulina H	0.5	0.0	0.5	1.0	0.0	1.0	1.0	0.0	0.5	1.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.5	0.5	0.0	0.5	1.0	0.5	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.5	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	64	83	40	70
Guillermo R	1.0	0.0	1.0	0.5	0.0	0.5	0.0	0.0	0.5	1.0	0.5	0.5	0.5	0.0	0.5	1.0	0.5	1.0	0.5	0.5	0.5	1.0	0.5	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	0.5	0.0	1.0	0.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	67	77	50	73	
Albertina C	0.5	0.0	0.5	0.5	0.0	1.0	0.5	0.0	0.5	1.0	1.0	1.0	0.5	0.0	0.5	0.5	1.0	0.5	1.0	0.5	0.5	1.0	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	67	77	50	73
Ema L	0.5	0.0	1.0	0.5	0.0	0.5	0.5	0.0	0.5	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.5	0.5	0.0	0.5	1.0	0.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.0	0.5	0.5	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	0.5	0.5	51	70	30	53		
Georgina M	1.0	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	88	97	80	87		
Edith L	1.0	0.0	0.5	1.0	0.5	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	90	97	80	93		
Alejandra V	0.5	0.0	1.0	1.0	0.5	1.0	0.5	0.0	0.5	1.0	0.5	1.0	1.0	0.0	0.5	1.0	1.0	1.0	0.5	0.5	0.5	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	76	90	57	80		
Sandra I	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	0.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	87	93	67	100		
Clara B	0.5	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.5	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.5	1.0	0.5	1.0	1.0	0.5	0.5	0.5	0.5	1.0	0.5	0.5	0.5	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	52	73	30	53	
Ruby G	0.5	0.0	0.0	0.5	0.0	0.5	1.0	0.5	0.5	1.0	0.0	1.0	0.5	0.0	0.5	0.5	0.5	0.5	1.0	0.5	1.0	1.0	0.0	0.5	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	69	83	50	73	
Tomasa A	0.5	0.5	0.5	0.5	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.0	1.0	0.5	0.0	0.5	0.5	0.0	0.5	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	0.5	0.5	0.0	0.0	0.5	1.0	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	52	83	37	57		
Cristina V	0.5	0.0	0.5	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.5	1.0	0.5	1.0	0.5	0.0	0.5	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	0.0	1.0	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	0.5	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.5	1.0	60	67	37	77	
Lila H	0.5	0.0	1.0	0.5	0.0	1.0	0.5	0.0	0.5	0.0	0.0	0.5	0.5	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.5	0.5	63	73	40	77			
Victoria Z.	0.5	0.0	1.0	1.0	0.5	1.0	0.5	0.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	0.0	0.5	0.5	0.0	0.5	0.5	0.5	1.0	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	0.5	0.5	1.0	0.5	1.0	1.0	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	64	73	37	83		
Calificaciones	66	11	66	79	29	74	63	18	63	89	53	82	63	11	63	82	58	84	87	55	82	89	53	89	87	71	87	97	89	89	84	92	84	79	66	82	92	82	82	53	32	47	95	74	84	39	80	53	77		
Fuente	Cuestionario de conocimientos para A. S. , I aplicación, junio de 1993																																																		
	Jurisdicción Sanitaria N° 5, Xalapa, Ver																																																		

BEST AVAILABLE COPY

191

CALIFICACIONES DEL EXAMEN DE CONOCIMIENTOS PARA A S

GRUPO DE CONTROL

1a Aplicación: junio de 1993

PRE EVALUACION

Nombre	11	12	13	21	22	23	31	32	33	41	42	43	51	52	53	61	62	63	71	72	73	81	82	83	91	92	93	101	102	103	PROM	Suma 1	Suma 2	Suma 3																													
Lourdes P	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00																												
Inés G	00	00	00	05	00	00	00	00	00	00	05	00	00	00	00	00	05	05	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	067	0 50	1 00	0 50																											
Juana M	05	10	10	05	10	05	05	10	00	00	00	00	05	05	05	00	00	00	00	00	05	05	05	00	00	00	05	05	05	3 50	3 00	4 50	3 00																														
Ruperta C	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	00	00	00	3 00	3 00	3 00	3 00																													
Ma Luisa A	00	00	00	05	10	10	00	00	00	10	10	10	05	00	05	05	10	10	00	00	00	00	00	00	00	00	00	10	10	10	4 00	3 50	4 00	4 50																													
Juliana J	00	05	05	00	10	05	10	10	05	10	05	10	05	05	05	05	05	00	10	00	05	05	10	05	05	10	10	10	10	6 17	5 00	7 00	6 50																														
Luisa M	00	05	05	00	05	05	00	00	05	10	10	05	05	00	05	05	00	05	00	05	05	10	10	10	00	05	10	00	00	00	4 17	3 00	4 00	5 50																													
Aída G	05	00	05	05	00	05	05	00	05	10	10	10	00	00	05	10	10	10	05	00	05	10	10	10	10	05	05	00	00	10	5 50	6 00	3 50	7 00																													
Raquel V	05	00	10	00	05	10	05	10	05	10	10	10	00	00	05	10	10	10	10	10	10	05	05	05	10	10	10	10	05	10	7 17	6 50	6 50	8 50																													
Reyna D	00	05	10	05	10	10	05	10	05	10	10	10	05	05	10	00	00	00	05	05	10	05	05	10	10	05	10	10	10	10	6 83	5 50	6 50	8 50																													
Domingo V	05	05	10	00	10	05	05	10	10	10	10	10	00	00	05	10	10	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8 00	6 50	8 50	9 00																													
Vianney D	00	05	05	05	05	05	10	10	10	10	10	10	05	05	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8 33	8 00	8 50	8 50																													
Lorenza R	10	10	10	05	00	05	10	10	10	10	10	10	05	00	05	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	05	10	10	10	10	8 33	9 00	7 00	9 00																													
Emma	10	10	10	10	10	10	10	05	05	10	10	10	00	00	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	05	05	10	8 50	8 50	8 00	9 00																													
Isidora C	00	05	05	05	10	05	05	10	05	10	10	10	00	10	10	05	05	10	10	10	10	10	10	10	10	05	10	10	10	10	7 83	7 00	8 50	8 00																													
Matilde C	00	10	05	10	10	10	05	10	05	10	10	10	05	05	10	10	10	10	10	05	10	10	10	10	10	10	05	10	10	10	8 50	8 00	8 50	9 00																													
María M	00	05	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9 17	8 00	9 50	10 00																													
Loli D	10	10	10	00	00	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9 17	9 00	9 00	9 50																													
Anastasia	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	00	00	10	10	10	10	00	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8 83	8 00	8 50	10 00																													
Lorenza S	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10 00	10 00	10 00	10 00																													
Mancela R.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	05	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9 67	9 50	9 50	10 00																													
Calificación	38	55	67	45	64	64	60	69	57	81	81	79	36	36	62	69	67	71	57	64	71	76	76	81	74	64	79	71	69	79	6 54	6 07	6 45	7 10																													
Fuente	Cuestionario de conocimientos para A S , 1ª aplicación junio de 1993																																																														
	Jurisdicción Sanitana N° 5, Xalapa, Ver																																																														

164

CALIFICACIONES DEL EXAMEN DE CONOCIMIENTOS PARA A S																																			
GRUPO DE CONTROL																																			
2ª Aplicación: junio de 1993																																			
POST EVALUACION																																			
Nombre	11	12	13	21	22	23	31	32	33	41	42	43	51	52	53	61	62	63	71	72	73	81	82	83	91	92	93	101	102	103	PROM	Suma 1	Suma 2	Suma 3	
Lourdes P	00	00	00	00	00	00	05	00	05	00	00	00	00	00	10	00	00	05	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	083	0 50	0 00	2 00
Inés G	05	05	05	05	00	05	05	00	00	10	10	05	00	05	05	05	05	05	00	05	05	00	00	05	00	00	00	00	00	00	00	3 17	3 00	3 00	3 50
Juana M	05	00	00	10	05	05	10	10	05	00	00	00	00	00	00	10	10	05	00	05	05	10	10	10	05	05	05	10	10	05	5 17	6 00	5 50	4 00	
Ruperta C	05	00	00	05	00	05	05	00	05	10	05	00	10	00	05	05	05	05	10	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	00	05	4 33	6 50	2 50	4 00
Ma Luisa A	05	05	05	10	05	05	05	00	05	10	10	10	05	00	05	10	10	10	05	10	05	05	05	05	10	10	05	10	10	10	6 83	7 50	6 50	6 50	
Juliana J	05	05	10	10	05	05	10	05	05	10	10	10	05	05	05	05	05	10	10	05	10	10	10	10	05	10	05	10	10	10	7 67	8 00	7 02	8 00	
Luisa M	10	05	05	10	00	05	10	05	05	10	10	00	10	10	05	00	00	00	10	10	10	10	10	10	05	05	05	05	05	05	6 33	8 00	6 00	5 00	
Aida G	10	10	05	05	00	05	10	05	05	10	00	00	00	00	00	10	10	10	10	10	05	10	10	05	00	05	05	10	10	10	6 17	7 50	6 00	5 00	
Raquel V	05	00	05	05	00	05	10	05	05	10	10	05	10	10	05	10	10	10	10	10	05	10	10	05	10	10	05	10	10	05	7 33	9 00	7 50	5 50	
Reyna D	10	10	10	10	05	05	10	05	10	10	10	10	05	05	10	05	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	05	05	10	10	8 50	9 00	7 50	9 00	
Domínguez V	10	05	05	05	00	00	10	05	05	10	10	10	05	05	05	05	10	05	05	10	05	10	05	10	10	10	10	10	10	10	7 33	8 00	7 50	6 50	
Vianney D	10	10	05	10	10	00	10	10	05	10	10	05	10	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	05	10	10	8 83	10 00	10 00	6 50	
Lorenza R	10	10	05	05	05	05	10	10	05	10	10	05	05	05	05	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	05	10	05	10	10	8 00	8 00	9 00	7 00	
Emma	10	05	05	10	05	05	10	10	10	10	10	05	05	00	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	05	10	10	10	8 33	9 50	8 00	7 50	
Isidora C	10	10	05	10	05	05	10	05	10	10	10	10	05	00	05	05	05	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8 17	9 00	7 50	8 00	
Matilde C	10	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	05	05	10	10	10	10	10	05	10	10	10	10	9 33	9 00	9 50	9 50	
María M	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	05	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9 67	9 50	10 00	9 50	
Loli D	10	10	05	05	05	05	10	05	05	10	10	10	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8 83	9 50	8 50	8 50	
Anastasia	10	05	05	10	10	05	10	10	05	10	10	10	10	10	05	10	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9 00	10 00	9 50	7 50	
Lorenza S	10	10	10	10	10	05	10	10	10	10	10	00	05	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9 17	9 50	10 00	8 00	
Marcela R	10	10	10	10	10	05	10	10	10	10	10	05	10	10	10	10	10	05	05	10	05	10	10	10	05	10	05	10	10	05	8 67	9 00	10 00	7 00	
Calificación	8 1	6 4	5 5	7 9	4 8	4 8	9 0	6 2	6 4	9 0	8 3	5 7	6 2	5 2	6 0	7 1	7 9	7 4	7 6	8 3	7 6	8 6	8 6	8 3	6 9	7 9	6 2	8 6	8 3	7 9	7 2	7 9	7 2	6 6	
Fuente	Cuestionario de conocimientos para A S , 2ª aplicación, junio de 1993																																		
	Jurisdicción Santana N° 5, Xalapa, Ver																																		

CALIFICACIONES DEL EXAMEN DE CONOCIMIENTOS PARA A. S																																																							
GRUPO DE CONTROL																																																							
3 Aplicación febrero de 1994																																																							
SEGUIMIENTO																																																							
Nombre	11	12	13	21	22	23	31	32	33	41	42	43	51	52	53	61	62	63	71	72	73	81	82	83	91	92	93	101	102	103	111	112	113	121	122	123	131	132	133	141	142	143	151	152	153	PROM	Suma 1	Suma 2	Suma 3						
Inés G	05	10	05	05	00	05	00	00	05	00	00	00	05	00	00	00	05	05	00	05	10	10	05	10	05	05	05	00	00	00	05	05	05	05	05	05	10	00	05	00	00	00	10	10	10	4.00	4.00	3.33	4.67						
Ruperta C	05	10	10	05	10	10	05	10	10	10	10	10	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8.89	8.00	9.33	9.33			
Ma. Luisa A.	05	10	05	05	05	10	00	00	10	05	00	10	00	05	10	00	00	05	05	05	10	10	10	10	10	05	05	00	00	00	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	6.00	5.00	5.67	7.33		
Julliana J	10	10	10	05	05	10	10	10	10	10	10	05	05	05	05	10	10	10	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9.22	9.33	9.00	9.33		
Luisa M	05	05	05	05	05	10	05	05	05	10	10	05	00	00	05	05	00	05	10	10	10	10	10	10	10	00	05	05	00	00	05	00	00	00	00	00	00	10	10	05	00	00	00	10	05	10	4.78	4.67	4.33	5.33					
Raquel V	05	10	05	05	05	05	10	10	10	10	10	00	10	05	05	10	10	10	10	00	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9.78	9.33	10.00	10.00		
Lorena R.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8.22	7.67	7.67	9.33		
Emma	00	00	10	05	05	05	10	10	10	05	05	10	05	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8.11	7.00	8.33	9.00		
Isidora C	05	10	05	05	10	10	05	10	10	05	05	10	00	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9.78	9.33	10.00	10.00	
Matlde C	10	10	10	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9.78	9.33	10.00	10.00
María M	10	10	10	10	10	10	10	10	10	00	00	05	05	05	10	10	10	10	10	05	10	05	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8.67	7.67	9.00	9.33
Anastacia	10	10	10	10	10	10	05	05	10	10	05	10	10	05	10	10	05	05	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9.33	9.67	8.67	9.67
Maricela R.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9.89	10.00	10.00	9.67
Promedio	69	88	81	65	73	88	69	77	92	73	58	81	50	62	85	81	77	85	77	88	92	92	92	96	73	88	88	77	73	81	88	88	85	88	88	88	88	96	88	92	58	62	62	96	92	10.0	8.10	7.69	7.97	8.64					
Fuente	Cuestionario de conocimientos para A. S 3 aplicación, febrero de 1994																																																						
	Jurisdicción Sanitaria N° 5, Xalapa, Ver																																																						

BEST AVAILABLE COPY

16

Costo de los cursos

MBRE DEL CURSO	FECHAS	NUM. DE PARTICIPANTES	PERSONAS PARTICIPANTES	JURISDICCION PARTICIPANTE	SEDE	COSTO DEL CURSO
TALLER DE PROGRAMACION ANIFICACION FAMILIAR	01 AL 04 DE JUNIO	2	JEFE DE DEPTO RESP ESTATAL P F.	ESTATAL	COCOYOC	D.G.P F
RSO DE PLANIFICACION FAMILIAR ATENCION MATERNO INFANTIL EN- E E C	30 DE MAYO AL 04 DE JUNIO	25	AUXILIARES DE SALUD	JURISD. SANIT. No V XALAPA, VER.	ZIMPIZAHUA	D.G.P.F. N\$ 16,500.00 ESTADO N\$ 225.00
RSO TALLER DE HABILIDADES DE PERSIVISION EN LA E E C	07 AL 11 DE JUNIO	30	M C J , ENF SU- PERV DE P F , S A S	DF ESTATAL, XALAPA, CORDOBA, ORIZABA	ORIZABA	D.G.P F N\$ 9,369 00 ESTADO N\$ 286 00
RSO LA SALUD EMPIEZA EN CASA N ENFASIS EN LA CAPACITACION MADRES EN HIDRATACION ORAL	17 y 18 JUNIO	44	M C J ENF ASESORAS C I.M , I N I	LAS 11 JURISD SANI TARIAS DE LOS S.C'S P E V PROMOTORAS DIF, Y DEL INI	XALAPA, AUDITORIO DIF MUNICIPAL	D.G M.I. N\$ 4,000.00 ESTADO N\$ 4,000.00
RSO DE PLANIFICACION FAMILIAR ATENCION MATERNO INFANTIL EN E E C	21 AL 25 DE JUNIO	25	AUXILIAR DE SALUD	JURISD SANIT No VI CORDOBA, VER CORDOBA, VER	CORDOBA, VER	D.G.P.F N\$ 14,674.60 ESTADO N\$ 715.00
RSO TALLER DE HABILIDADES DE PERSIVISION EN LA E E C	28 DE JUNIO AL 01 DE JULIO	30	RESP EST P F , M C J , ENF SUPERV. DE P F , S A S	VERACRUZ, COSAMALOA HOSP. GRAL. DE PAN, COATZACOALCOS	VERACRUZ	D.G P.F N\$ 16,560.00 ESTADO N\$ 346 00
		340	MEDICOS, ENFERMERAS S A.S , A.S			D.G P.F N\$186,202.00 ESTATAL 10,932.00 D.G M.I 4,000.00

RESPONSABLE

DR ARNULFO CAMACHO ALCANTARA
JEFE DEL DEPTO DE PLANIFICACION FAMILIAR
Y ATENCION MATERNO INFANTIL

REPORTE FINANCIERO VERACRUZ

NOMBRE DEL PROYECTO: "CAPACITACION TEORICA-PRACTICA PARA AUXILIARES DE SALUD

EN COMUNIDADES DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA" M.92.

<u>CONCEPTO</u>	<u>MONTO ASIGNADO</u>	<u>MONTO EJERCIDO</u>		<u>MONTO EJERCIDO</u>
		<u>1er. REPORTE</u>	<u>2o. REPORTE</u>	
a) MATERIALES Y SUMINISTROS	N\$ 2,100.00	N\$ 1,918.26		N\$ 14.49
b) PAGO DE VIATICOS AL PERSONAL SUPERVISOR	980.00	750.00	N\$ 230.00	0.00
c) GASTOS DE CAMINO A ALUMNOS	5,100.00	5,100.00		0.00
d) GASOLINA	650.00	327.00	260.00	110.00
e) REPRODUCCION DE LOS INSTRUMENTOS	500.00	232.08	297.61	0.00
f) GASTOS DE CAMINO A ENCUESTADORES	3,770.00	1,081.00	1,415.00	500.00
g) PROCESAMIENTO DE DATOS	400.00	0.00	400.00	0.00
h) PRODUCCION DE MATERIAL AUDIOVISUAL	1,000.00	42.00		1,116.00
i) COMUNICACIONES Y ENVIOS	500.00	0.00	93.60	273.98
j) GASTOS PARA PRESENTACION DEL INFORME FINAL				880.00
T O T A L:	N\$15,000.00	N\$ 9,450.34	N\$ 2,696.21	N\$ 2,894.47

RESPONSABLE DEL PROYECTO.

DRA. LUZ MA. MEDINA MARISCAL

Vo. Bo.

DRA. EDY RODRIGUEZ ROMERO

II ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LOS
CUADERNOS DE TRABAJO PARA LAS AUXILIARES DE LA
ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA, GUÍAS
DIAGNÓSTICAS Y GUÍAS DE CAPACITACIÓN-SUPERVISIÓN

1 Análisis cuantitativo

I Antecedentes

Durante el desarrollo del proyecto se recolectó un total de 80,475 "guías de capacitación supervisión a la auxiliar de salud de la estrategia de extensión de cobertura", susceptibles de ser procesadas y analizadas. El detalle por tipo de guía y entidad federativa se presenta en el siguiente cuadro

NUMERO DE GUIAS DE CAPACITACION SUPERVISION PROCESADAS

G U I A	CHIAPAS	GUANA- JUATO	GUERRE- RO	MICHOA- CAN	T O T A L
Planificación Familiar	2,516	788	8,414	2,148	13,866
Embarazo, Parto y Puerperio	2,414	510	8,314	2,118	13,356
Atención Menor de 5 Años	2,506	1,036	8,286	2,099	13,927
Diarreas e Hidratación Oral	2,429	797	7,988	2,043	13,257
Infecciones Respiratorias	2,340	931	8,286	1,791	13,348
Actividades Varas	2 330	652	7,614	2,125	12,721
T O T A L	14 535	4,714	48,902	12,324	80,475

Estas guías de capacitación supervisión que las supervisoras de auxiliares de salud utilizaron en sus visitas a las comunidades constituyen una especie de listas de cotejo sobre los principales aspectos que debían verificarse en cada uno de los seis tipos de atención que proporciona la auxiliar de salud

Las guías de capacitación supervisión no se concibieron originalmente como un elemento útil para una evaluación de tipo cuantitativo, no obstante después de iniciado el proyecto se decidió que estas guías podrían ser de utilidad en ese sentido. Es importante señalar que estas guías no son un cuestionario de conocimientos, y el objeto para el que fueron creadas es para obtener información fácil de cuales son los temas o aspectos que requieren reforzamiento ya sea a nivel de conocimientos, de equipamiento o de cambio de actitud. Al mismo tiempo se consideró que podrían servir para conocer a través del tiempo si hubo cambios en estos aspectos.

La información recabada en las guías está referida únicamente a si se verificaba o no cierto aspecto, o si se realizaba o no cierta acción durante la atención que proporcionaba a los usuarios la auxiliar de salud. En los casos en que la respuesta era negativa se indagaba la causa por la que la auxiliar de salud no revisaba o efectuaba lo que debía, para lo cual las guías contenían una sección para anotar estas causas tipificadas en las siguientes razones: 1) no sabe como hacerlo, 2) no le gusta hacerlo, 3) no tiene con que hacerlo, 4) no lo permite el usuario y 5) otra especifique.

II Esquema de análisis

El esquema que se siguió para el análisis de la información recolectada a través de las guías de capacitación supervisión consistió en lo siguiente:

- 1 Se establecieron períodos trimestrales de corte para el análisis de la información, de octubre de 1990, hasta diciembre de 1991, con lo que se obtuvieron cinco períodos de referencia.
- 2 Se subdividió cada guía en secciones temáticas, las cuales agruparon a variables de distintos apartados de la guía respondiendo al rubro o tema con el que se relacionaban.

3 Se definieron indicadores para cada sección los cuales representaban el porcentaje de respuestas afirmativas que contenía cada una de ellas, de tal forma que si un indicador presentaba valores cercanos a 100 esto quería decir que la auxiliar de salud sí verificaba todos los aspectos relacionados con la atención que proporcionó o realizó todas las acciones que debía efectuar según el caso

4 Se construyeron por trimestre para el período de análisis completo que comprendió de octubre de 1990 a diciembre de 1991, las funciones de distribución de cada indicador. Esto se efectuó a nivel global agrupando las cuatro entidades federativas incluidas en el proyecto

5 Se agruparon los indicadores de acuerdo con los temas generales comunes entre las distintas guías y se compararon las medias de las funciones de distribución de los indicadores involucrados

6 Se analizaron las razones de no verificación de ciertos aspectos o de no realización de actividades por parte de las auxiliares de salud para los principales indicadores de las guías a nivel global

7 Se efectuaron pruebas de hipótesis para cada guía a nivel de entidad federativa, comparando las medias de las funciones de distribución de los indicadores, el segundo trimestre versus el quinto trimestre de referencia con un nivel de significancia del 5%

III Análisis de indicadores globales

En este apartado se analizan los resultados de los promedios globales para el período de octubre de 1990 a diciembre de 1991, agrupados en aspectos que revisten especial importancia en la EEC como son la referencia y el seguimiento de los pacientes, la orientación que se otorga al usuario, el correcto interrogatorio así como la exploración física y el tratamiento aplicado los cuales son además comunes entre las guías

III 1 Interrogatorio

En cada una de las guías se incluyó el conjunto de preguntas que debe hacer la auxiliar de salud para prescribir un método anticonceptivo, o bien para reconocer signos de alarma en la mujer embarazada o en el puerperio, o a los niños con diarrea y deshidratación. El interrogatorio que se realiza a los pacientes constituye el instrumento esencial para realizar un diagnóstico, aplicar un tratamiento, dar una orientación adecuada o bien realizar una referencia a alguna unidad médica, por lo que del nivel obtenido en este apartado dependerán en gran medida las demás actividades.

En lo que se refiere a planificación familiar el interrogatorio que se realiza a la usuaria de primera vez de hormonales se obtuvo un promedio de 34.8. En la identificación de signos de riesgo durante el embarazo, parto o puerperio se obtuvieron promedios cercanos a 75. En lo referente a la atención del menor de 5 años, en lactancia se alcanzó 95.5, mientras que en esquemas completos de vacunación tanto para niños menores de 1 año como para los niños de 1 a 5 años se obtuvieron promedios por abajo de 40. Para los interrogatorios que se realizan para detectar diarrea y deshidratación leve se obtuvieron promedios cercanos a 85 y en la detección de deshidratación muy grave se alcanzó 77.1. A continuación se muestra el detalle de los promedios por tema.

Interrogatorio a la usuaria de hormonales de primera vez	34.83
Detección de la presencia de embarazo	86.02
Identificación de antecedentes de embarazo de alto riesgo	71.18
Identificación de signos y síntomas de riesgo en el embarazo actual	77.84
Identificación de antecedentes de riesgo del parto y signos de riesgo en el puerperio	72.66
Lactancia en el niño de 1 a 4 meses	95.47
Esquema de vacunación en el niño menor de 1 año	37.42
Esquema de vacunación en el niño de 1 a 5 años	29.74
Interrogatorio a la madre para reconocer al niño con diarrea no deshidratado	86.55
Interrogatorio a la madre para reconocer al niño con deshidratación grave	81.82
Interrogatorio para reconocer al niño con deshidratación muy grave	77.14
Identificación de signos y síntomas del niño con infección respiratoria leve	84.92

III 2 Exploración física y detección de signos y síntomas

El otro componente complementario al interrogatorio, que se utiliza para el diagnóstico es la exploración física. En planificación familiar el promedio que se obtuvo con la información de las guías sobre la exploración física a las usuarias de primera vez de hormonales fue de 65.7. En la revisión de la mujer embarazada 52.2, en la diferenciación entre el parto normal y el complicado 74.9 y en la detección de riesgos en el recién nacido 83.4. De aquí se puede observar de acuerdo con los datos asentados en las guías que la etapa que requiere de un mayor reforzamiento es en el seguimiento del embarazo.

El promedio obtenido en la revisión del crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año sólo se alcanzó un promedio de 29, mientras que en la revisión del crecimiento y desarrollo en los niños de 1 a 2 años, de 2 a 3 años, de 3 a 4 años y de 4 a 5 años se obtuvieron promedios arriba de 70. En este caso es posible pensar que no lo miden, pesan o revisan debido a la incomodidad o dificultad para hacerlo con un bebé, desde que no es fácil medirlo hasta que no lo quieren despertar. No ocurriendo esto en el caso de los niños mayores.

En la exploración física del niño con diarrea no deshidratado, con deshidratación grave y muy grave se obtuvieron promedios cercanos a 78. En la identificación de signos y síntomas del niño con infección respiratoria moderada y grave se obtuvieron promedios de 75.9 y 72.3 respectivamente. Esto muestra que los casos más graves son los que de acuerdo con la información de las guías se identifican con mayor dificultad. Esto puede estar relacionado con que desvestir a un niño con fiebre o gripe fuerte no lo consideran adecuado, más bien lo consideran dañino. Lo cual indica que no sólo hay que reforzar la información sino incidir en el cambio de actitudes. Finalmente, en la detección de signos y síntomas de los padecimientos más comunes de la comunidad se obtuvo un promedio de 96.2. Los promedios obtenidos en cada tema fueron:

Exploración física a la usuaria de pastillas de primera vez	65.70
Revisión de la mujer embarazada	52.23
Diferencia entre parto normal y parto complicado	74.88

111

Detección de riesgos en el recién nacido	83 41
Revisión del crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 años	29 02
Revisión del crecimiento y desarrollo del niño de 1 a 2 años	77 34
Revisión del crecimiento y desarrollo en el niño de 2 a 3 años	74 77
Revisión del crecimiento y desarrollo en el niño de 3 a 4 años	79 76
Revisión del crecimiento y desarrollo en el niño de 4 a 5 años	77 89
Exploración física del niño no deshidratado	78 21
Exploración física del niño con diarrea y deshidratación grave	78 30
Exploración al niño con deshidratación muy grave	77 52
Identificación de síntomas del niño con infección respiratoria moderada	75 85
Identificación de síntomas del niño con infección respiratoria grave	72 23
Detección de signos y síntomas de diversos padecimientos	96 21

III 3 Tratamiento

Los indicadores sobre el tratamiento aplicado se construyeron a partir de si la auxiliar de salud describe los procedimientos o medicamentos que deben seguirse para solucionar el problema de salud. En lo que se refiere a planificación familiar, en la prescripción de condones y en la aplicación del hormonal inyectable se obtuvo un promedio de 82. En el tratamiento de diarrea y deshidratación con suero oral se alcanzó un promedio de 88.5. En el tratamiento del niño con infección respiratoria aguda se obtuvo 95.3. En el conjunto de servicios básicos de salud como son la prescripción de medicamentos del cuadro básico se obtuvo 71.5, en la aplicación de inyecciones 90.6 y en la curación de heridas 32.9. El detalle de promedios por tema se muestra a continuación:

Aplicación del inyectable a la usuaria de primera vez	57 86
Prescripción del condón a los usuarios	82 57
Tratamiento con suero oral	88 48
Tratamiento del niño con infección respiratoria leve y moderada	95 25
Otorga tratamiento a diversos padecimientos	71 45
Aplicación de inyecciones	90 57
Curación de heridas superficiales y profundas	32 92

III 4 Orientación al usuario

La orientación que reciben los usuarios es uno de los aspectos de calidad de la atención, por lo que reviste una gran importancia. Los promedios obtenidos en las guías en este rubro presentan grandes diferencias no sólo entre los diferentes temas sino al interior de cada tema como es el caso de la planificación familiar en el que se analizaron los registros en las guías sobre la orientación que reciben los usuarios de condón y las de hormonales de primera vez y los promedios obtenidos fueron 95 y 57.8 respectivamente. En embarazo, parto y puerperio el promedio obtenido fue de 47.4.

Dentro de la atención al menor de 5 años el único aspecto que obtuvo un promedio alto fue el de la orientación sobre la estimulación temprana en el niño de 1 a 2 años, ya que los demás tópicos están por abajo de 55, como son la orientación sobre la estimulación temprana y cuidados en los niños de 3 a 5 años, menores de 1 año y de 2 a 3 años.

En lo que se refiere a diarreas e hidratación oral se obtuvieron promedios que se pueden considerar como buenos sobretodo lo que se refiere a la orientación a la madre del niño con diarrea y deshidratación grave ya que se alcanzó un promedio de 98.4. El promedio obtenido en la orientación en la atención de infecciones respiratorias leves, moderadas y graves fue de 54.9. En actividades varias se agrupan los servicios básicos de salud que se proporcionan en las comunidades y el promedio que obtuvo en las guías sobre la orientación de estos padecimientos fue de 95.5. A continuación se detallan los promedios calculados por tema.

Orientación a la usuaria de hormonales de primera vez	57.86
Orientación al usuario en el uso del condón	95.01
Orientación a la embarazada y a la puérpera	47.44
Orientación sobre estimulación temprana en el niño menor de 1 año	31.82

Orientación sobre estimulación temprana en el niño de 1 a 2 años	75 99
Orientación sobre estimulación temprana en el niño de 2 a 3 años	29 66
Orientación sobre estimulación y cuidados del niño de 3 a 5 años	52 36
Orientación a la madre del niño con diarrea, no deshidratado	90 01
Orientación a la madre del niño con diarrea y deshidratación grave	98 43
Orientación en la atención de infecciones respiratorias agudas	54 87
Orientación al enfermo	95 49

III 5 Referencia y referencia especial

En cada una de las guías se incluyó uno o varios apartados para especificar si se realiza o no la referencia de pacientes con el fin de que se les otorgue una atención profesional en una unidad médica ya que esta es una actividad esencial de las auxiliares de salud. Se considera una referencia especial en aquellos aspectos que requieren de un mayor énfasis en la referencia. Los promedios correspondientes a la planificación familiar (91 57) y a las actividades varias (94 06) tienen niveles aceptables.

Sin embargo en la atención del menor de 5 años el promedio obtenido no llega a 40. Los casos que se consideran como una referencia especial son los de embarazo, parto, puerperio, diarreas e hidratación oral e infecciones respiratorias agudas. En este sentido se puede observar que los promedios alcanzados en infecciones respiratorias agudas están por arriba de 95, mientras que el de diarreas e hidratación oral sólo obtuvo un nivel de 58 y el de embarazo, parto o puerperio de 34 5. A continuación se presenta el detalle de los promedios por indicador.

Referencia oportuna de la usuaria activa de planificación familiar	91 57
Referencia oportuna del niño menor de 1 año	37 93
Referencia oportuna del niño de 1 a 5 años	32 10
Referencia oportuna del herido	94 06
Referencia oportuna durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido	34 50
Referencia oportuna del niño con diarrea y deshidratación grave	57 99
Referencia oportuna del niño con infección respiratoria leve y moderada	95 06
Referencia oportuna del niño con infección respiratoria grave	95 80

III 6 Seguimiento y seguimiento especial

El seguimiento de los usuarios se refiere a las visitas domiciliarias que realiza la auxiliar de salud a las usuarias activas, a las mujeres embarazadas y a los niños con infección respiratoria aguda

El promedio que se obtuvo en las guías en planificación familiar fue de 56.5 lo que refleja la necesidad de reforzar esta actividad ya que es esencial para aumentar la continuidad de los usuarios en el programa. Los temas que se consideran como seguimiento especial son los referentes al embarazo, parto o puerperio y a las infecciones respiratorias agudas, en este sentido los promedios obtenidos fueron 77.32 y 80.3 respectivamente. A continuación se presenta el detalle de los promedios calculados

Seguimiento y revisión de la usuaria activa de pastillas	56.52
Seguimiento de la mujer embarazada	77.32
Seguimiento del niño con infección respiratoria aguda	80.30

III 7 Registro de actividades

Una de las tareas que se realiza en la EEC que es fundamental para evaluar la productividad es el registro de las actividades. En este aspecto se puede observar que en todos los temas se obtuvo un promedio por arriba de 93 lo cual significa un conocimiento adecuado del sistema de registro de acuerdo con los datos de las guías. Los promedios detallados por tema fueron

Registro de usuarios de planificación familiar en el calendario de control	95.09
Registro de información durante el embarazo	95.04
Registro de información de diarreas e hidratación oral	96.09
Registro de información de infecciones respiratorias agudas	93.11
Registro de información de actividades varias	95.59

Finalmente otro de los indicadores de mayor interés fue el de manejo correcto del maletín y de los instrumentos. En este rubro se obtuvo un promedio de 31.7

IV Análisis de las principales razones de no realización de actividades

Las guías de capacitación-supervisión son el instrumento mediante el cual la supervisora de auxiliares de salud lleva un seguimiento del adiestramiento y del nivel de conocimientos de la auxiliar de salud ya que contienen un listado de los mínimos de conocimientos y acciones que las auxiliares deben realizar al brindar una atención. Estas guías son utilizadas por la supervisora cuando observa el desempeño de la auxiliar durante las actividades que brinda a los usuarios.

En esta sección se describen las razones principales por las cuales, de acuerdo a la información procesada, la auxiliar de salud no realiza algunas de las actividades marcadas en las guías, en algunos aspectos que se consideran de relevancia para la EEC, lo cual explica el bajo nivel observado en algunos de los indicadores considerados de mayor interés.

Mediante este análisis se detectó desafortunadamente que el nivel de no respuesta es muy alto en las variables de las guías que explicaban el motivo por el cual no efectuaba cierta actividad la auxiliar de salud. Lo anterior es consecuencia de las deficiencias que presentan las guías en su diseño, ya que hace que su manejo sea poco práctico para el registro de las razones por las que no se realizaba alguna actividad o no se verificaba algún aspecto.

Con esta salvedad, la principal razón por la que la auxiliar de salud deja de hacer alguna acción es porque no sabe como hacerlo en la mayoría de los indicadores con algunas excepciones como es el caso de manejo correcto del maletín en los que la razón principal que se observó es que no tiene con que hacerlo.

En los cuadros que se incluyen al final de este apartado se presenta el detalle de los resultados de este análisis y a continuación se describen las variables que influyen más en el bajo nivel alcanzado por algunos indicadores relevantes de cada guía. Asimismo, para los principales indicadores de las guías de planificación familiar y, embarazo parto y puerperio se presenta un desglose a nivel de entidad.

IV 1 Planificación familiar

a) Interrogatorio a la usuaria de hormonales de primera vez

Este indicador obtuvo un promedio de sólo 34.86, porque la auxiliar de salud no completaba el interrogatorio establecido en la guía. Las principales variables omitidas por la auxiliar son para el caso de las usuarias de inyectables que no pregunta si la usuaria ha tenido hijos y tiene más de 20 años y que no realiza el mismo interrogatorio que para las pastillas.

Para las usuarias de pastillas las variables que más afectan el bajo nivel del indicador son que no pregunta si ha ornado oscuro, si no puede mover una pierna o un brazo y si la han operado en el último mes. Cabe señalar que debido a la convivencia cercana que guarda la auxiliar de salud con sus usuarios, en muchos casos no les hace preguntas que debiera realizar por procedimiento debido a que conoce su situación por lo que no necesariamente se puede concluir que este haciendo una valoración incompleta del paciente. No obstante valdría la pena reforzar que aunque conozca al usuario por procedimiento debe realizar preguntas obligadas o de rutina.

b) Orientación a la usuaria de hormonales de primera vez

Este indicador obtuvo un promedio de 57.86 y las principales variables que intervinieron en este valor fueron que la auxiliar de salud no explica los problemas que puede presentar al empezar a usar la inyección y que no informa sobre la frecuencia con que debe aplicarse la inyección.

IV 2 Embarazo parto y puerperio

a) Referencia oportuna durante el embarazo parto o puerperio

El valor medio de este indicador fue 34.5 y el análisis de las variables que intervienen en este indicador muestra que el bajo nivel observado se debe a que no hay una referencia

oportuna durante el parto o puerperio, no así en la etapa del embarazo, en este punto valdría la pena revisar la proporción de parteras empíricas del total de auxiliares de salud

b) Revisión de la mujer embarazada

El valor promedio de este indicador fue de 52.23 y esto fue debido a que en una alta proporción la auxiliar de salud no tomó la presión arterial y la razón principal fue la desconocida (no respuesta), luego no sabe, y en una menor proporción porque no tiene con que hacerlo

c) Orientación a la embarazada y a la puérpera.

El nivel que alcanzó este indicador fue de 47.44 y fue principalmente porque la auxiliar de salud no orienta sobre los beneficios del control durante el puerperio y el recién nacido y porque no orienta sobre las medidas higiénico alimenticias de la puérpera y el recién nacido

IV 3 Atención al menor de 5 años

a) Revisión del crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año

El valor medio de este indicador fue 29.02 y este nivel se debió principalmente a que no revisa su dentición, no identifica los aspectos del desarrollo psicomotor, no evalúa el desarrollo del lenguaje y no pregunta sobre su alimentación y peso

b) Esquema completo de vacunación en el niño menor de 1 año

Para este indicador se calculó un promedio de 37.42 y las variables que intervienen en el indicador es que la auxiliar de salud no investiga sobre las vacunas que ha recibido el niño, lo cual probablemente se deba a que mediante el Programa de Vacunación Universal se haya cubierto la comunidad y por lo tanto sabe quien recibió la vacuna y quien no

c) Referencia oportuna del niño menor de 1 año

Este indicador obtuvo un promedio de 37 42 y fue porque en la mayoría de los casos la auxiliar de salud no refiere al niño oportunamente a un centro de salud y hospital desconociéndose la razón por la cual se da esta situación

d) Esquema de vacunación en el niño de 1 a 5 años

El promedio calculado para este indicador fue de 29 74 y este bajo nivel se explica porque la principal razón por la cual la auxiliar de salud no cumple con esta actividad es que el niño ya cuenta con su esquema completo

e) Referencia oportuna del niño de 1 a 5 años

Este indicador obtuvo un promedio de 32 10 y es porque en la mayoría de los casos la auxiliar de salud no refiere al niño oportunamente a un centro de salud y hospital desconociéndose la razón por la cual se da esta situación

IV 4 Diarreas e hidratación oral

a) Referencia oportuna del niño con diarrea y deshidratación grave

El nivel alcanzado por este indicador fue de 57 99 y las variables que lo conforman muestran que la auxiliar no refiere oportunamente al niño con deshidratación muy grave, desconociéndose la razón por la cual se da esta situación

IV 5 Infecciones respiratorias agudas

a) Orientación en la atención de infecciones respiratorias leves moderadas y graves

El valor promedio de este indicador fue 54 87 y las variables que afectaron en mayor medida el bajo nivel del indicador fueron que la auxiliar de salud no orienta a la madre

185

de un niño con infección grave sobre las mismas indicaciones que para una infección respiratoria leve o moderada y que no orienta a la madre de un niño con infección moderada sobre las mismas recomendaciones que para una infección respiratoria leve

IV 6 Actividades varias

a) Otorga tratamiento

Este indicador obtuvo un valor medio de 71.45 porque la auxiliar de salud no prescribe correctamente y de acuerdo con la enfermedad de los niños y las razones principales son desconocida en 88.6%, no sabe en 6.2% y no tiene con que hacerlo en 4.1%

b) Manejo correcto del maletín y de los instrumentos.

El promedio calculado para este indicador fue 31.65. Las principales variables que influyen en este bajo nivel fueron i) que la auxiliar no usa correctamente el baumanómetro que en el 39% de los casos es porque no tiene, ii) que no usa correctamente el estetoscopio que en el 38% de los casos es porque no tiene y iii) que no usa correctamente el estetoscopio de Pinard que en el 17.1% de los casos es porque no tiene y en el 5.3% es porque no sabe hacerlo.

c) Curación de heridas superficiales y profundas

El promedio de este indicador fue 32.92 y de las variables que intervienen la más alta es que la auxiliar de salud no sigue las indicaciones para la curación de heridas profundas, siendo también importante el que no realiza las curaciones de heridas superficiales siguiendo los principios de asepsia y antisepsia.

A continuación se incluyen los cuadros que muestran el detalle de las razones comentadas en este apartado y que explican el comportamiento de los indicadores analizados.

Guía

Planificación Familiar

Indicador

Interrogatorio a la usuaria de hormonales 1ra vez

(11)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v1	Tiene dolor de cabeza frecuente acompañado de dolor de oídos	34 1	75 7	16 5
v2	Está rlando pecho	27 7	88 4	3 0
v3	Está embarazada o tiene duda	32 1	81 1	14 2
v4	Tiene sangrado vaginal abundante o fuera de su periodo de regla	38 3	69 0	19 5
v5	Tiene más de 35 años	32 6	78 1	12 4
v6	Fuma más de 10 cigarros al día	51 4	58 0	22 3
v7	Padece de ataques o temblores	49 7	58 5	23 0
v8	Lo han operado en el ultimo mes	50 7	59 1	22 7
v9	No puede mover algun brazo o pierna	50 2	58 7	23 6
v10	Está enferma del corazón	39 7	66 9	19 7
v11	Se le han puesto los ojos y la piel amarillos	46 5	60 6	23 1
v12	Ha orinado muy oscuro	53 2	59 5	25 2
v13	Ha sentido dolor y ardor al orinar	49 9	59 1	24 3
v14	Tiene deseos frecuentes de orinar	49 3	59 0	24 4
v15	Tiene más hambre o sed de lo normal	46 4	62 3	21 2
v16	Ha bajado de peso sin motivo	43 3	67 3	19 3 *
v26	Realiza el mismo Interrogatorio que para las pastillas	64 6	97 4	1 4
v27	Le pregunta si ha tenido hijos y tiene más de 20 años.	65 3	96 7	2 2

* No sabe y no tiene con que hacerlo

Guía Planificación Familiar

Indicador Orientación a la usuaria de hormonales de 1ra vez

(13)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v22	Enseña cómo se deben tomar las pastillas	25 7	96 8	1 9
v23	Explica que hacer en caso de olvidar tomar las pastillas	29 2	87 8	8 3
v24	Menciona los problemas que puede tener al empezar a tomar las pastillas	30 9	85 4	9 1
v30	Le informa sobre la frecuencia con que debe aplicarse la inyección	60 9	98 6	1 0
v31	Le explica los problemas que puede presentar al empezar a usar la inyección	64 0	94 6	3 4

Guía Embarazo ,parto y puerperio

Indicador Referencia oportuna durante el embarazo ,parto ,puerperio y r n (13)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v5	La refiere en forma oportuna al centro de salud	12 5	85 8	7 7
v17	La refiere en forma oportuna al centro de salud	88 9	99 0	0 5
v22	La refiere en forma oportuna al centro de salud	75 0	97 7	0 0

Guía Embarazo parto y puerperio

Indicador Revisión de la mujer embarazada (16)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v8	Revisa o pregunta su peso	23 7	11 4	7 5
v9	Toma la presión arterial	79 4	8 7	6 5
v10	Mide el fondo uterino	41 3	11 3	18 2
v11	Identifica movimientos, posición y latidos del feto	39 2	11 9	40 2

Gufa Embarazo ,parto y puerperio

Indicador Orientación a la embarazada y a la puérpera

(i7)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v12	Orienta sobre las molestias que se presentan en el embarazo	31 5	74 6	17 4
v13	Orienta sobre los cuidados durante el embarazo	29 2	79 3	14 0
v23	Orienta sobre las medidas higiénico alimenticias de la puérpera y el r n	74 6	96 9	2 2
v24	Orienta sobre los beneficios del control durante el puerperio y el r n	75 0	96 4	2 7

Guía Atención al menor de 5 años

Indicador Revisión del crecimiento y desarrollo del niño menor de un año

(11)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v1	Identifica los aspectos del desarrollo psicomotor	65 4	72 3	24 7
v5	Pregunta o reviza su peso (1)	49 4	91 9	2 0
v7	Identifica los aspectos del desarrollo psicomotor	72 7	87 0	11 1
v8	Evalua el desarrollo del lenguaje	71 6	87 4	10 4
v10	Pregunta sobre su alimentación y peso	63 3	97 4	0 9
v12	Revisa su dentición	72 2	87 7	7 7
v14	Identifica los aspectos del desarrollo psicomotor	80 7	92 4	6 6
v15	Evalua el desarrollo del lenguaje	79 3	93 5	5 3
v17	Pregunta sobre su alimentación y peso	74 2	98 8	0 4
v19	Revisa su dentición	81 1	92 3	4 6

(1) No tiene con que hacerlo 4 1

(2) No tiene con que hacerlo 0 5

Güfa Atención al menor de 5 años

Indicador Orientación sobre la estimulación temprana en el niño menor de un año

(12)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v2	Orienta a la madre para que lo ayude y lo enseñe (1)	58 4	79 6	16 5
v9	Orienta a la madre para que lo ayude y lo enseñe	68 2	91 4	6 5
v16	Orienta a la madre para que lo ayude y lo enseñe	78 0	94 9	3 9

(1) No le gusta hacerlo 2 4

192

Guía Atención al menor de 5 años

Indicador Esquema de vacunación en el niño menor de un año

(14)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v4	Investiga acerca de las vacunas	49 4	90 4	5 7
v11	Investiga acerca de las vacunas	63 9	96 6	2 0
v18	Investiga acerca de las vacunas	74 4	97 8	1 4

Guía Atención al menor de 5 años

Indicador Referencia oportuna del niño menor de un año

(15)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v6	Lo refiere en forma oportuna al centro de salud u hospital	48 4	92 7	3 2
v13	Lo refiere en forma oportuna al centro de salud u hospital	63 3	96 8	1 3
v20	Lo refiere en forma oportuna al centro de salud u hospital	74 4	98 2	0 8

193

Güfa Atención al menor de 5 años

Indicador Esquema de vacunación en el niño de uno a 5 años

(18)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v27	Investiga acerca de las vacunas	64 6	97 3	1 2
v32	Investiga acerca de las vacunas	70 3	91 2	6 4
v42	Tiene su esquema de vacunación completo	68 5	96 4	1 8
v49	Tiene su esquema de vacunación completo	77 6	98 1	0 8

Güfa Atención al menor de 5 años

Indicador Referencia oportuna del niño de uno a 5 años

(19)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v28	Lo refiere en forma oportuna al centro de salud u hospital	64 6	96 4	1 5
v36	Lo refiere en forma oportuna al centro de salud u hospital	63 3	96 6	1 2
v45	Lo refiere en forma oportuna al centro de salud u hospital	67 7	97 7	1
v52	Lo refiere en forma oportuna al centro de salud u hospital	76 1	98 3	0 4

Gufa Diarreas e hidratación oral

Indicador Referencia oportuna del niño con diarrea y deshidratación grave (18)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v33	Lo refiere en forma oportuna al centro de salud u hospital	J2 4	94 3	2 3
v45	Refiere al niño en forma oportuna al hospital	11 6	95 3	0 9

56

Guía Infecciones respiratorias agudas

Indicador Orientación en la atención de infecciones respiratorias leve, moderada y grave (12)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v9	Dar más líquidos	25 3	78 7	13 6
v10	No suspender los alimentos	26 6	77 4	14 7
v11	Procurar reposo	29 2	69 9	18 6
v12	Evitar cambios bruscos de temperatura y corrientes de aire	26 2	77 0	15 8
v13	Controlar la temperatura por medios físicos	18 3	55 7	26 5
v20	Orienta a la madre sobre las mismas indicaciones que para una infección respiratoria leve	110 9	98 2	1 3
v30	Orienta a la madre sobre las mismas indicaciones que para una infección respiratoria leve y moderada	119 5	98 9	0 7

Gufa Actividades varias

Indicador Manejo correcto de maletín y de los instrumentos

(15)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No tiene
v8	Usa el maletín para guardar, proteger y transportar el equipo (1)	43 5	57 5	20 3
v9	Usa el termómetro para medir la temperatura corporal (2)	50 1	54 9	26 4
v10	Usa correctamente las tijeras rectas	64 9	78 9	17 2
v11	Usa correctamente las pinzas curvas	78 8	70 2	24 4
v12	Usa correctamente las pinzas rectas	65 1	78 8	16 4
v13	Usa correctamente la báscula de resorte tipo romana	49 9	78 1	18 5
v14	Usa correctamente el baumanómetro (3)	87 9	56 8	39 0
v15	Usa correctamente el estetoscopio	86 4	57 6	38 1
v16	Usa correctamente el estetoscopio de Pinard (4)	79 0	73 2	17 1

(1) No le gusta hacerlo 17 0 No sabe 4 0

(2) No le gusta hacerlo 12 3 No sabe 12 3

(3) No sabe 2 9

(4) No sabe 5 3

Gufa Actividades varias

Indicador Otorga tratamiento

(12)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v2	Prescribe el medicamento correctamente y de acuerdo a la enfermedad en niños (1)	374	886	62
v3	Prescribe el medicamento correctamente y de acuerdo a la enfermedad en niños (2)	218	87	59

(1) No tiene con que hacerlo 4 1

(2) No tiene con que hacerlo 5 5

Gufa Actividades varias

Indicador Curación de heridas superficiales y profundas

(16)

VARIABLE		No pregunta	Razón	
Clave	Descripción		Desconocida	No sabe
v17	Realiza curaciones de heridas superficiales siguiendo las indicaciones	631	96	22
v18	Realiza curaciones de heridas superficiales siguiendo los principios de asepsia y antisepsia	657	927	47
v19	Sigue las indicaciones para heridas profundas	725	919	5

Guía Planificación Familiar (Desglose por entidad)

Indicador Interrogatorio a la usuaria de hormonales 1ra vez (11)

VARIABLE		No pregunta o no verifica				
Clave	Descripción	Total	Chiapas	Guanajuato	Guerrero	Michoacán
v1	Tiene dolor de cabeza frecuente acompañado de dolor de oídos	34 1	34 2	14 8	39 9	27 8
v2	Está dando pecho	27 7	32 0	11 1	30 5	23 5
v3	Está embarazada o tiene duda	32 1	35 6	14 4	35 9	26 9
v4	Tiene sangrado vaginal abundante o fuera de su periodo de regla	38 3	35 9	26 4	41 6	36 9
v5	Tiene más de 35 años	32 6	32 7	14 6	37 0	28 8
v6	Fuma más de 10 cigarros al día	51 4	47 1	31 8	56 2	50 7
v7	Padece de ataques o temblores	49 7	47 0	28 7	55 0	47 4
v8	Lo han operado en el último mes	50 7	49 3	31 5	55 5	47 8
v9	No puede mover algún brazo o pierna	50 2	48 2	30 8	55 1	47 4
v10	Está enferma del corazón	39 7	39 5	21 2	46 8	32 3
v11	Se le han puesto los ojos y la piel amarillos	46 5	41 4	33 4	52 2	42 5
v12	Ha orinado muy oscuro	53 2	48 8	42 6	56 9	52 2
v13	Ha sentido dolor y ardor al orinar	49 9	46 0	37 9	53 3	49 6
v14	Tiene deseos frecuentes de orinar	49 3	44 9	38 6	53 0	48 2
v15	Tiene más hambre o sed de lo normal	46 4	42 9	31 1	51 0	44 4
v16	Ha bajado de peso sin motivo	43 3	42 0	30 1	47 0	40 8
v26	Realiza el mismo interrogatorio que para las pastillas	64 6	59 5	76 2	71 0	50 7
v27	Le pregunta si ha tenido hijos y tiene más de 20 años.	65 3	60 7	79 3	71 0	51 8

Guba Planificación Familiar (Desglose por entidad)

Indicador Orientación a la usuaria de hormonales de 1ra vez (i3)

Clave	VARIABLE Descripción	No pregunta o no verifica				
		Total	Chiapas	Guanajuato	Guerrero	Michoacán
v22	Indica cómo se deben tomar las pastillas	257	278	107	306	178
v23	Explica que hacer en caso de olvidar tomar las pastillas	292	294	136	351	208
v24	Menciona los problemas que puede tener al empezar a tomar las pastillas	109	299	176	365	233
v30	Le informa sobre la frecuencia con que debe aplicarse la inyección	109	552	749	677	453
v31	Le explica los problemas que puede presentar al empezar a usar la inyección	140	513	775	720	476

Guba Embarazo ,parto y puerperio (Desglose por entidad)

Indicador Referencia oportuna durante el embarazo ,parto ,puerperio y r n (13)

VARIABLE		No pregunta o no verifica				
Clave	Descripción	Total	Chiapas	Guanajuato	Guerrero	Michoacár
v5	la refiere en forma oportuna al centro de salud	12 5	28 1	27 6	36 1	24 6
v17	la refiere en forma oportuna al centro de salud	118 9	87 6	87 4	92 1	78 8
v22	la refiere en forma oportuna al centro de salud	15 0	75 4	73 9	77 5	65 4

Indicador Revisión de la mujer embarazada (16)

VARIABLE		No pregunta o no verifica				
Clave	Descripción	Total	Chiapas	Guanajuato	Guerrero	Michoacán
v8	Revisa o pregunta su peso	13 7	32 8	33 2	17 6	9 6
v9	Toma la presión arterial	79 4	84 0	44 4	89 3	48 7
v10	Mide el fondo uterino	41 3	62 9	18 5	35 7	42 4
v11	Identifica movimientos, posición y latidos del feto	19 2	56 2	35 4	44 3	46 9

Indicador Orientación a la embarazada y a la puérpera (17)

VARIABLE		No pregunta o no verifica				
Clave	Descripción	Total	Chiapas	Guanajuato	Guerrero	Michoacán
v12	Orienta sobre las molestias que se presentan en el embarazo	11 5	21 8	26 6	34 8	30 6
v13	Orienta sobre los cuidados durante el embarazo	79 2	211 7	24 0	32 5	27 2
v23	Orienta sobre las medidas higiénico alimenticias de la puérpera y el r n	74 6	74 1	74 5	76 6	67 1
v24	Orienta sobre los beneficios del control durante el puerperio y el r n	75 0	74 6	76 3	76 9	67 7

V Comparación de indicadores del 2o y 5o trimestres

Como se mencionó con anterioridad para efectos del análisis de la información de las guías de capacitación supervisión, se definieron períodos trimestrales de referencia en los que las medias de las funciones de distribución de cada uno de los indicadores fueron obtenidas, centrándose el análisis estadístico en la comparación de las medias de los trimestres segundo y quinto, considerando que fueron los períodos representativos de la situación que imperaba al principio y al término del proyecto

El análisis efectuado se basó en las pruebas de hipótesis sobre las medias de los períodos arriba citados para cada indicador, usando las pruebas de comparación de dos muestras diferentes de una misma población. La estadística de prueba utilizada fue la t-student y la hipótesis nula que se planteó fue la de la igualdad de las medias en ambos trimestres versus la alternativa de que eran diferentes, el nivel de significancia de la prueba fue del 5%

Los resultados en relación a si se encontró evidencia suficiente para afirmar o no si existe alguna diferencia significativa en las medias observadas de los indicadores definidos para cada tipo de guía se muestran en los cuadros siguientes, a nivel global para cada guía

**ANALISIS DE LAS MEDIAS TRIMESTRALES DE LOS INDICADORES DE LA
GUIA DE PLANIFICACION FAMILIAR**

Resultado Global

INDICADOR	ENE-MAR 91	OCT-DIC 91	OBSERVACIONES (diferencia significativa)
1 Interrogatorio a la usuaria de hormonales de 1a vez	33,18	35,89	Sí existe
2 Exploración física a la usuaria de pastillas, de 1a vez	61,61	70,05	Sí existe
3 Orientación a la usuaria de hormonales, de 1a vez	61,23	54,75	Sí existe
4 Aplicación del inyectable a la usuaria de 1a vez	82,45	83,68	No existe
5 Prescripción del condón a las (os) usuarias (os)	79,37	81,19	No existe
6 Orientación al usuario (a) en el uso del condón	92,52	96,56	No existe
7 Seguimiento y revisión de la usuaria activa de pastillas	52,19	57,15	Sí existe
8 Referencia oportuna de la usuaria activa de planificación familiar	86,22	93,07	Sí existe
9 Registro en el calendario de control	91,44	95,80	Sí existe

**ANALISIS DE LAS MEDIAS TRIMESTRALES DE LOS INDICADORES DE LA
GUIA DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**

Resultado Global

INDICADOR	ENE-MAR 91	OCT-DIC 91	OBSERVACIONES (diferencia significativa)
1 Detección de la presencia de embarazo	81,63	88,89	Sí existe
2 Identificación de antecedentes de embarazo de alto riesgo	66,16	74,37	Sí existe
3 Referencia oportuna durante el embarazo, parto, puerperio y r n	38,46	32,98	Sí existe
4 Seguimiento de la mujer embarazada	75,76	79,07	No existe
5 Identificación de signos y síntomas de riesgo en el embarazo actual	73,65	80,35	Sí existe
6 Revisión de la mujer embarazada	47,55	56,81	Sí existe
7 Orientación a la embarazada y a la puérpera	50,00	46,87	Sí existe
8 Registro de información durante el embarazo	91,95	94,96	Sí existe
9 Diferencia entre parto normal y parto complicado	70,63	82,06	Sí existe
10 Identificación de antecedentes de riesgo durante el parto y signos y síntomas de riesgo durante el puerperio	61,14	76,17	Sí existe
11 Detección de riesgos en el r n	72,53	87,16	Sí existe

**ANALISIS DE LAS MEDIAS TRIMESTRALES DE LOS INDICADORES DE LA
GUÍA DE ATENCIÓN AL MENOR DE 5 AÑOS**

Resultado Global

INDICADOR	ENE-MAR 91	OCT-DIC 91	OBSERVACIONES (diferencia significativa)
1 Revisión del crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año	32,36	28,44	Sí existe
2 Orientación sobre estimulación temprana en el niño menor de un año	35,42	31,15	Sí existe
3 Lactancia en el niño de 1 a 4 meses	93,99	96,49	No existe
4 Esquema de vacunación en el niño menor de 1 año	45,16	35,42	Sí existe
5 Referencia oportuna del menor de 1 año	44,93	35,79	Sí existe
6 Revisión del crecimiento y desarrollo en el niño de 1 a 2 años	72,79	80,43	Sí existe
7 Orientación sobre la estimulación temprana en el niño de 1 a 2 años	70,02	80,34	Sí existe
8 Esquema de vacunación en el niño de 1 a 5 años	36,55	27,60	Sí existe
9 Referencia oportuna del niño de 1 a 5 años	39,41	29,60	Sí existe
10 Revisión del crecimiento y desarrollo en el niño de 2 a 3 años	70,64	78,87	Sí existe
11 Orientación sobre la estimulación temprana en el niño de 2 a 3 años	31,93	29,08	No existe
12 Revisión del crecimiento y desarrollo en el niño de 3 a 4 años	75,26	83,89	Sí existe
13 Orientación sobre la estimulación temprana y cuidados en el niño de 3 a 5 años	55,63	51,36	Sí existe
14 Revisión del crecimiento y desarrollo en el niño de 4 a 5 años	75,24	82,92	Sí existe

205

**ANALISIS DE LAS MEDIAS TRIMESTRALES DE LOS INDICADORES DE LA
GUIA DE DIARREAS E HIDRATACION ORAL**

Resultado Global

INDICADOR	ENE-MAR 91	OCT-DIC 91	OBSERVACIONES (diferencia significativa)
1 Interrogatorio a la madre para reconocer al niño con diarrea no deshidratado	82,06	89,37	Sí existe
2 Exploración física del niño no deshidratado	73,45	81,12	Sí existe
3 Orientación a la madre sobre el tratamiento del niño con diarrea, no deshidratado	85,90	92,65	Sí existe
4 Interrogatorio a la madre para reconocer al niño con diarrea y deshidratación grave	77,72	84,34	Sí existe
5 Exploración física del niño con diarrea y deshidratación grave	77,25	78,49	No existe
6 Tratamiento con suero oral	85,66	88,92	No existe
7 Orientación a la madre del niño con diarrea y deshidratación grave	97,78	98,99	No existe
8 Referencia oportuna del niño con diarrea y deshidratación grave	64,00	52,76	Sí existe
9 Interrogatorio a la madre para detectar al niño con diarrea y deshidratación muy grave	72,81	85,43	Sí existe
10 Exploración al niño con deshidratación muy grave	73,52	81,80	Sí existe
11 Registro de información de E D	91,90	97,15	Sí existe

**ANALISIS DE LAS MEDIAS TRIMESTRALES DE LOS INDICADORES DE LA
GUIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

Resultado Global

INDICADOR	ENE-MAR 91	OCT-DIC 91	OBSERVACIONES (diferencia significativa)
1 Identificación de signos y síntomas del niño con infección respiratoria leve, moderada y grave	82,33	86,70	Sí existe
2 Orientación en la atención de infección respiratoria leve, moderada y grave	55,36	55,34	No existe
3 Identificación de signos y síntomas del niño con infección respiratoria moderada	71,88	78,17	Sí existe
4 Tx del niño con infección respiratoria leve y moderada	90,66	95,34	Sí existe
5 Referencia oportuna del niño con infección respiratoria moderada	91,60	96,05	Sí existe
6 Signos y síntomas del niño con infección respiratoria grave	63,50	79,40	Sí existe
7 Referencia oportuna del niño con infección respiratoria grave	89,06	98,31	Sí existe
8 Registro de información (I R)	88 45	95,10	Sí existe
9 Seguimiento del niño (I R)	80,36	84,76	No existe

**ANALISIS DE LAS MEDIAS TRIMESTRALES DE LOS INDICADORES DE LA
GUIA DE ACTIVIDADES VARIAS**

Resultado Global

INDICADOR	ENE-MAR 91	OCT-DIC 91	OBSERVACIONES (diferencia significativa)
1 Detección de signos y síntomas	92,19	97,38	Sí existe
2 Otorga tratamiento	82,51	64,81	Sí existe
3 Orientación al enfermo	93,73	97,38	Sí existe
4 Aplicación de la inyección	87,02	91,58	Sí existe
5 Manejo correcto del maletín y de los instrumentos	38,81	27,33	Sí existe
6 Curación de heridas superficiales y profundas	48,23	23,11	Sí existe
7 Referencia oportuna del herido	92,45	95,06	No existe
8 Registro de información	92,96	96,75	Sí existe

VI Recomendaciones

En función del análisis realizado y de la revisión del diseño de las guías desde el punto de vista conceptual, se considera pertinente hacer los siguientes comentarios a manera de recomendaciones

1 Rediseñar las guías considerando lo siguiente

1 1 Revisar el contenido de las secciones que componen las guías, y establecer una secuencia que responda a los pasos que se siguen en el diagnóstico de los casos que se siguen en la valoración de los casos considerados en cada guía

1 2 Para los casos en que la respuesta sea negativa en relación a los aspectos a verificar o acciones a realizar por parte de la auxiliar de salud, incorporar las razones como opciones que puedan registrarse directamente a manera de desglose de la alternativa "NO"

1 3 Analizar la pertinencia de que las guías sean procesadas, ya que el objetivo de una guía de supervisión se cumple en su utilización en campo y si bien es un instrumento útil para el seguimiento de las actividades que realiza la auxiliar de salud el nivel al que esto se realiza es el de la supervisora de auxiliares de salud, nivel que no necesariamente requiere de contar con información procesada ya que el mismo documento fuente es más que suficiente para cumplir con su función

1 4 En caso de que se decidiera que la información contenida en las guías sea procesada, es importante incorporar criterios de codificación y de maniobrabilidad que faciliten su captura, sin perder de vista los de recolección de la información en campo

1 5 Incorporar los criterios y lineamientos que se establezcan en la Norma Oficial Mexicana, en materia de prestación de servicios de planificación familiar y de los demás programas que confluyen en la Estrategia de Extensión de Cobertura

2 Es importante tener presente, aun después de que se rediseñen las guías, que no son el instrumento más apropiado para evaluar cambios en conocimientos o actitudes en las auxiliares de salud, por lo que los resultados que se obtengan en ese sentido al analizar la información que contienen serán limitados

2 Análisis cualitativo

EVALUACION DE LOS
MATERIALES DE APOYO
DE LA ESTRATEGIA DE
EXTENSION DE COBERTURA

CUADERNOS GUIA
GUIAS DE SUPERVISION
GUIA DIAGNOSTICA

INDICE

INTRODUCCION	4
CAPITULO I. ASPECTOS GENERALES SOBRE LOS CUADERNOS GUIA	5
1. IMPACTO	6
2. IMAGEN	8
3. INSTRUCCIONES PARA SU USO	8
4. COMPONENTES ESTRUCTURALES	9
5. NIVEL DE LENGUAJE	11
6. EVALUACION DEL DISEÑO GRAFICO	12
CAPITULO II. CONTENIDOS DE LOS CUADERNOS GUIA	18
1. ACTIVIDADES VARIAS	18
2. PLANIFICACION FAMILIAR	19
3. ATENCION DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO	20
4. DIARREAS E HIDRATACION ORAL	20
5. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	21
6. ATENCION DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS	21
CAPITULO III. GUIAS DE SUPERVISION, GUIA DIAGNOSTICA	23
1. IMAGEN	23
2. IMPACTO	23
3. INSTRUCCIONES PARA SU USO	25

	4.	CONTENIDO DE LAS GUIAS	25
	5.	GUIA DIAGNOSTICA	29
CAPITULO IV.		CONCLUSIONES	30
CAPITULO V.		RECOMENDACIONES	35
CAPITULO VI.		ASPECTOS METODOLOGICOS	40
ANEXOS.		MODIFICACIONES A LOS MANUALES	

INTRODUCCION

En su afán de obtener información profesional sobre la conveniencia de expandir los materiales de apoyo del modelo educativo de capacitación de la Estrategia de Extensión de Cobertura dirigido a los auxiliares y supervisores de salud, Diplaf, A.C. contrató los servicios de Comunicación y Tecnología, S.A. de C.V.

El proyecto se conceptualizó mediante un estudio cualitativo que obtuviera los siguientes productos de investigación:

1. Evaluación de seis cuadernos guía:

- * Actividades Varias.
- * Planificación familiar.
- * Atención durante el embarazo y el puerperio.
- * Diarreas e Hidratación Oral.
- * Infecciones respiratorias agudas.
- * Atención al menor de cinco años.

2. Evaluación de seis guías de supervisión para los cuadernos señalados en el punto anterior.

3. Sondeo de opinión de la guía diagnóstica.

La evaluación se realizó en términos de la imagen, impacto, instrucciones para su uso, estructura, lenguaje, diseño gráfico y contenidos de los cuadernos, guías de supervisión y guía diagnóstica.

La investigación cualitativa se efectuó en las instalaciones de la Secretaría de Salud, de las entidades federativas de Guanajuato, Chiapas, Michoacán y Guerrero. Se levantaron dos sesiones de grupo por estado, una con auxiliares de salud y otra con supervisores de salud. El estudio constó en total de ocho sesiones de grupo, empleando la técnica de grupos focales.

El estudio se llevó a cabo durante el mes de mayo de 1992.

El presente documento constituye el reporte del estudio y se ha dividido en los siguientes capítulos: Resultados de la evaluación de los materiales de apoyo, conclusiones del estudio y recomendaciones que proporcionan alternativas y sugerencias para apoyar el plan de reimpresión.

215

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES SOBRE LOS CUADERNOS GUIA

El presente estudio se desarrolló con el fin de evaluar los materiales de apoyo didáctico del programa de Estrategia de Extensión de Cobertura. Se llevó a cabo en cuatro entidades federativas seleccionadas por la Secretaría de Salud.

Los materiales evaluados son:

- * Seis cuadernos guía del programa de Estrategia de Extensión de Cobertura, cuyo objetivo general es apoyar las labores de atención a la comunidad realizadas por los auxiliares de salud.
- * Seis guías de supervisión dirigidas a los supervisores de salud para facilitar sus actividades de control, revisión y capacitación de los auxiliares de salud.
- * Una guía diagnóstica orientada a la detección de problemas y recursos con que cuenta el supervisor de salud, en sus localidades.

La evaluación de los cuadernos guía se realizó desde dos perspectivas. la de auxiliares de salud, a quienes se dirigen los materiales y la de supervisores, quienes coordinan y revisan las actividades de los auxiliares de salud.

Del primer grupo se obtuvo la experiencia directa sobre el uso y funciones de los cuadernos guía; de los supervisores, sus apreciaciones sobre la utilidad y percepciones que los auxiliares de salud atribuyen a estos cuadernos.

El análisis de los materiales, principalmente de los cuadernos guía y de las guías de supervisión, se orientó a determinar las siguientes variables:

1. Impacto.
2. Imagen.
3. Instrucciones para su uso.
4. Estructura de cuadernos y guías.
5. Lenguaje. Códigos de comunicación.
6. Evaluación del diseño gráfico.
7. Contenidos de los siguientes cuadernos guía y guías de supervisión
 - * Actividades varias.
 - * Planificación familiar.
 - * Atención durante el embarazo y el puerperio.

- * Diarreas e hidratación oral.
- * Infecciones respiratorias agudas.
- * Atención al menor de cinco años.

1. IMPACTO

En términos generales todos los cuadernos tienen un impacto altamente favorable entre los supervisores y auxiliares de salud.

Los cuadernos seleccionados de mayor a menor impacto son, en este orden: actividades varias, planificación familiar, atención durante el embarazo y el puerperio, diarreas e hidratación oral, infecciones respiratorias agudas y atención al menor de cinco años.

No es posible aseverar que los cuadernos hayan sido seleccionados estrictamente en la secuencia presentada anteriormente. Esta seriación corresponde a apreciaciones de tipo cualitativo dadas por el orden enunciado de los participantes y por otros indicadores como son:

- a) Utilidad de los cuadernos.
- b) Relación de los cuadernos con el concepto de salud-enfermedad y de medicina preventiva y curativa.

a) Utilidad

Ante diversos planteamientos encaminados a detectar la utilidad percibida de los cuadernos para los auxiliares de salud en primera instancia y para los supervisores, en segunda, se encontró que representan un apoyo didáctico invaluable para los auxiliares, quienes a través de los dibujos y recuadros, obtienen la información necesaria para atender los problemas de salud que se presentan en sus comunidades, aún cuando carezcan de supervisión.

Tanto los grupos de supervisores como de auxiliares de salud de las cuatro entidades federativas entrevistadas, opinaron que los cuadernos eran de gran utilidad para llevar a cabo sus actividades de promoción, capacitación y atención de la salud.

En cuanto a su utilidad declarada, la respuesta de la mayoría de los participantes fue que representan una alternativa de preparación y ayuda real para la gente de la comunidad.

Ante la disyuntiva de contar con cuadernos guía o con equipo, material y medicamentos prefirieron los cuadernos guía.

Las razones aducidas son

- * La información de los cuadernos es necesaria para brindar atención a las comunidades que no tienen acceso a otros servicios de salud

- * Sin los cuadernos no existe la posibilidad de emplear el equipo, material y medicamentos. Se carecería del conocimiento sobre su existencia, uso y modo de empleo.
- * Los cuadernos permiten prestar atención y brindar un servicio aún cuando estén desprovistos de equipo, material y medicamento.

La utilidad percibida de los cuadernos varió entre los distintos grupos entrevistados debido a que algunos resultaron de mayor uso en una comunidad que en otra por las siguientes razones:

- * La formación de los auxiliares de salud. Para las auxiliares parteras resultó más atractivo el cuaderno de atención del embarazo y puerperio mientras que para los auxiliares que no atienden partos este no fue seleccionado en primer lugar.
- * El nivel de aplicabilidad de los cuadernos. Está en función de contar con el material, equipo o medicamentos descritos o tener pacientes con quienes poner en práctica los conocimientos adquiridos.

b) Concepto de medicina preventiva y curativa

Otra posible explicación a la aceptación preferencial de los cuadernos, es la relación existente entre su contenido y los conceptos de medicina curativa y medicina preventiva.

Cuando el tema del cuaderno se vincula con una demanda concreta de atención - medicina curativa - como puede ser la aplicación de una inyección, una curación o proporcionar anticonceptivos su impacto se incrementa.

En la medida en que el tema del cuaderno se relaciona con la medicina preventiva, con aspectos abstractos de la atención y promoción o se aleja de las cuestiones de emergencia, este pierde influencia. Tal es el caso de los cuadernos de Infecciones respiratorias agudas.

Los participantes opinaron que los niños de sus comunidades se enferman generalmente de infecciones leves en la garganta, de tos o gripa y que éstas enfermedades pasan aún sin medicamentos, porque el niño continúa su vida "normal" aunque siga con la tos o el catarro.

Con el cuaderno guía Atención del menor de 5 años ocurre un proceso similar. A los mensajes sobre el desarrollo psicomotor del menor no se les concede tanta importancia hasta el momento de atender a un niño evidentemente retrasado en su desarrollo, "yo noté a un niño tontito y utilicé la información para orientar a la mamá".

Generalmente mientras observan a sus niños creciendo sanos, inquietos y traviosos la utilidad del manual decrece. Por ejemplo, aunque en el cuaderno dice que, los niños deben tener 4 dientes abajo y 4 dientes arriba a los nueve meses de edad, los auxiliares de salud declararon que "no les preocupa tanto porque a veces los dientes no aparecen a los 9 meses pero si a los doce". También se percibe como "normal", el tener tos por más de 15 días, niños tranquilos, pasivos o con diarrea.

La información recabada más que cuestionar el impacto de los cuadernos, muestra la necesidad de intensificar los programas de información, educación y comunicación en materia de medicina preventiva y profundizar en el concepto de salud-enfermedad de nuestras comunidades mexicanas.

2. IMAGEN DE LOS CUADERNOS

Los cuadernos son percibidos por los participantes como un respaldo a sus conocimientos. Atinadamente una participante mencionó que para su comunidad, los cuadernos significan "tener al doctor en casa".

Los cuadernos son fuente de confianza y seguridad. La mayoría de los auxiliares de salud que utilizan sus cuadernos durante la consulta, mencionaron que estos avalan sus recomendaciones sobretodo en la prescripción de medicamentos.

También la seguridad y confianza es proyectada por el logotipo de la Secretaría de Salud. Al notar que los cuadernos tienen impreso el logotipo de la SSA, tanto los auxiliares como la gente de la comunidad les confieren credibilidad. Los cuadernos no surgen de la nada, sino que provienen de una institución de salud conocida y cercana a ellos, que los respalda.

3. INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LOS CUADERNOS

Ante el planteamiento sobre ¿Cómo utilizar los cuadernos? predominaron las respuestas apegadas a las instrucciones dadas por los capacitadores. "los cuadernos guía no deben ser usados frente a los pacientes porque pueden provocar desconfianza e inseguridad".

Al profundizar sobre la experiencia adquirida en el uso de los cuadernos, se encontró que tanto los supervisores como los auxiliares de salud, en su mayoría habían adaptado las instrucciones a sus propias circunstancias.

Algunos de ellos usaban los cuadernos durante las consultas para apoyar sus explicaciones en la prescripción de medicamentos, la promoción de métodos anticonceptivos y la atención del embarazo.

"Aquí el cuaderno dice que hay que tomar 20 gotitas"
"Mire señora como se usa el preservativo"

Los participantes reportaron que cuando usan los cuadernos frente a los usuarios y provocan una respuesta negativa con algunos de ellos, obviamente prefieren no mostrarlos y a la inversa, los emplean como material de apoyo, cuando la presencia de los cuadernos refuerza su prestigio y credibilidad e infunden seguridad entre los pacientes.

4. COMPONENTES ESTRUCTURALES DE LOS CUADERNOS

En este apartado se ha agrupado la información relevante a los elementos temáticos comunes a los cuadernos guía. Al contenido de los cuadernos, se les ha dedicado un apartado exclusivo a fin de profundizar en su análisis.

La estructura de los cuadernos comprende las instrucciones para usar el cuaderno titulada "Cuándo debe leer el cuaderno guía", la estructura del cuaderno guía "Cómo está integrado el cuaderno guía", los "Mensajes básicos", la síntesis de instrucciones para la atención y la sección correspondiente a las hojas de registro de información.

También se ha incluido una sección para analizar el concepto de cuaderno guía.

a) "Cuando debe leer el cuaderno guía"

Los entrevistados coincidieron en afirmar que los cuadernos guía son utilizados "cuando no saben algo", "tienen dudas", desean preparar una plática" o "para apoyar su atención a un paciente".

Las instrucciones "consultar con el supervisor las dudas o pedir que las aclaren" no fueron mencionadas.

Este elemento al igual de los que se analizarán a continuación presumiblemente han sido leídos por lo menos una vez y escasamente dos veces o más. Tiene el valor primario de introducir al lector a la obra y contextualizar el cuaderno guía.

b) "Como está integrado el cuaderno guía"

La descripción de la estructura del cuaderno cumple la función de informar al lector sobre los temas de la obra, pero se observó que esta sección es poco utilizada. Es incuestionable el valor de este apartado, pero probablemente se puede incrementar su uso, al transformarlo en un índice convencional, que facilite la pronta localización del tema a consultar.

c) Mensajes básicos

Este apartado tiene mayor utilidad para los supervisores que para los auxiliares de salud. Sirve de guía para repasar las pláticas con los auxiliares porque los mensajes son claros, paso por paso y completos.

Consideraron conveniente ilustrar esta sección para que resultara de mayor utilidad para los auxiliares de salud.

d) Síntesis de instrucciones para la atención

Se observó que este apartado es de mayor utilidad que los anteriores. Ante el planteamiento sobre su utilidad y objetivo, los entrevistados respondieron más rápidamente que era "una guía para la consulta". Aunque no se puede aseverar que sea leído constantemente o si ha sido leído o consultado un mayor número de veces.

Aquí se empieza a notar la influencia de las ilustraciones para elevar la atracción y comprensión del mensaje. Son las ilustraciones las que funcionan como su guía para brindar la consulta.

e) Hojas de registro de la información

Aunque las hojas de registro de los cuadernos solo fueron evaluadas en una sesión de grupo con supervisores de Guanajuato, cabe ofrecer los resultados obtenidos.

Se apreció una falta de identificador de imagen de las hojas de registro. El título o nombre de la hoja varía de cuaderno a cuaderno. Cada quien le nombra de una manera distinta.

La solicitud de datos en estas hojas no guardan una relación precisa con los contenidos presentados. Por ejemplo, el orden de presentación de las vacunas es diferente al orden para registrarlas.

También se mencionó que los espacios son insuficientes para hacer anotaciones. En general la letra de los participantes a las sesiones es de tamaño grande. Aunque el valor de la hoja de registro no se cuestiona y se reconoce su importancia, se percibe como una carga fuerte y obligatoria de trabajo.

f) Concepto de cuaderno guía

Ante el cuestionamiento para sondear el grado de identificación de los cuadernos y determinar el significado de ellos para los entrevistados se encontró que la mayoría identificaba el nombre de cuaderno guía y el resto lo denominaba "mi libro" o "mi librito".

Al profundizar en el significado de cuaderno y "libro" o "librito", se observa que la palabra cuaderno denota al objeto que sirve para apuntar cosas, mientras que el término libro posee connotaciones de mayor valía. "Los libros se conservan", "los libros se estudian", "de los libros se aprende". Además de que "mi libro" o "mi librito" proyecta el cariño y el afecto que los entrevistados sienten hacia los cuadernos, la palabra libro comunica un concepto más amplio y de mayor fuerza que la palabra cuaderno.

Transformar el concepto cuaderno al concepto libro puede ofrecer resultados con mejor imagen y mayor impacto para la Estrategia de Extensión de cobertura.

Este hecho se ve reforzado con la preferencia por el formato vertical en lugar del formato horizontal.

5. NIVEL DE LENGUAJE DE LOS CUADERNOS GUIA

El lenguaje escrito y visual empleado en los seis cuadernos permite codificar y decodificar correctamente los mensajes contenidos en los cuadernos.

Posee los vocablos y trazos necesarios para:

- * Ser comprendido por el personal de salud sin alejarse de las experiencias locales y regionales.
- * Adecuarse a sus niveles de conocimiento.
- * Es lo suficientemente "elevado" para otorgarles prestigio ante los miembros de las comunidades.
- * Les permite a su vez comunicar la información del cuaderno a los usuarios del servicio.

No se registraron vocablos, palabras o ilustraciones que no fueran comprendidos por los participantes o que los molestaran u ofendieran en sus valores, tradiciones y costumbres.

222

6. EVALUACION DEL DISEÑO GRAFICO DE LOS CUADERNOS GUIA

La evaluación del diseño gráfico abarca el análisis de la portada, la portadilla, el formato horizontal, el tamaño carta, el número de páginas, calidad del papel, uso de colores, títulos primarios y secundarios, los textos, las ilustraciones y los recuadros color rosa.

Cabe hacer notar que las opiniones de los supervisores de salud son más abundantes que las provenientes de los auxiliares de salud con relación a este apartado, sobretodo las referentes a las ilustraciones.

Cada cuaderno guía consiste en un conjunto de hojas impresas y reunidas en un volumen encuadernado y engrapado, con formato italiano, impreso a tres tintas en la portada y de una a tres tintas, los interiores. Consta de 12 páginas el cuaderno guía más delgado y de 40 el más grueso.

Cuadro No. 1

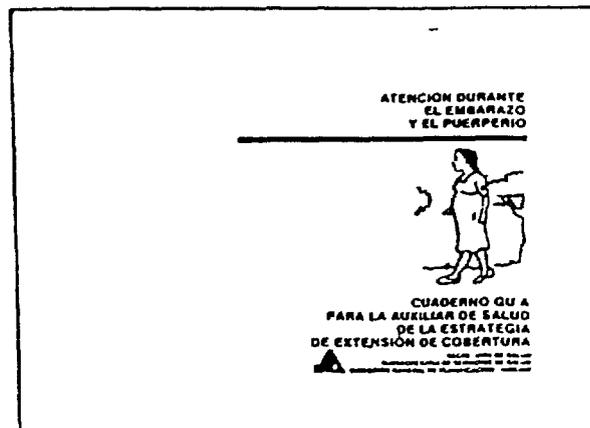
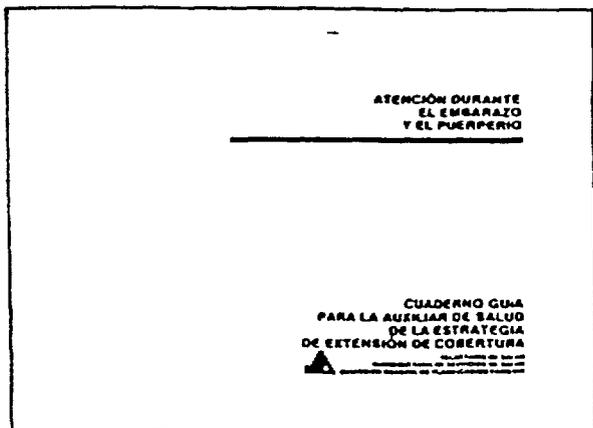
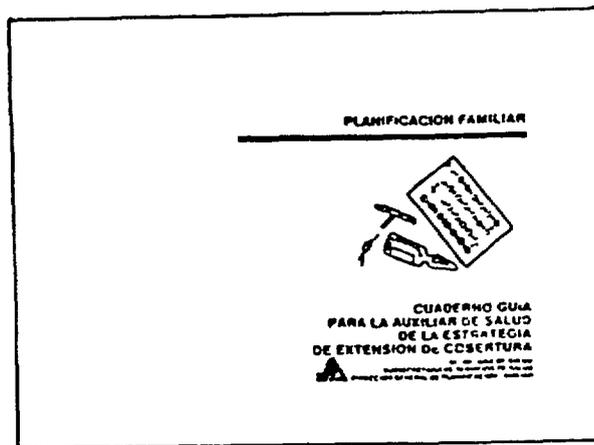
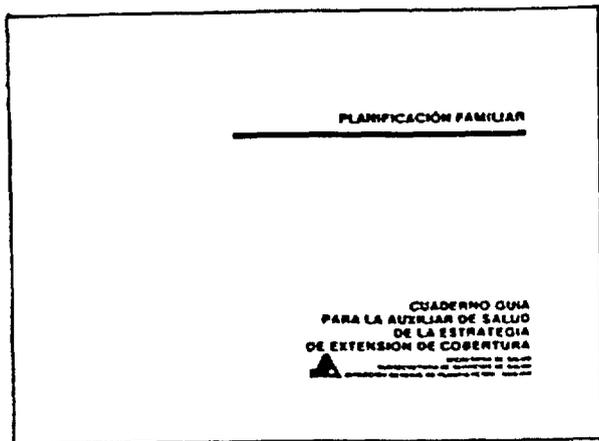
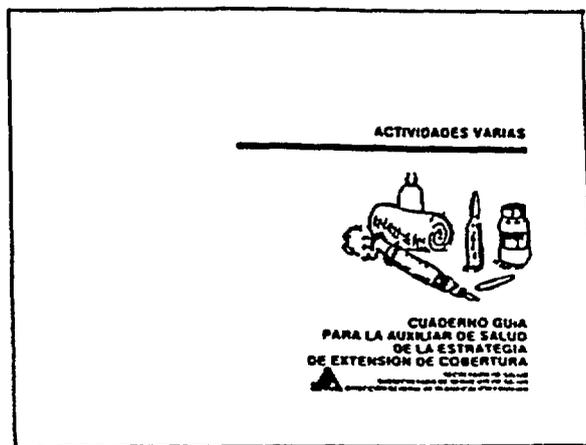
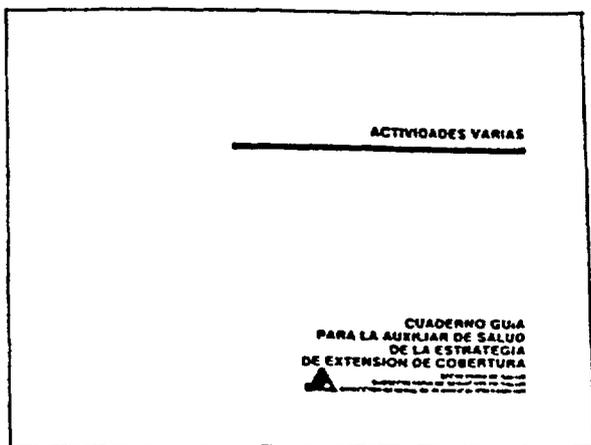
NUMERO DE PAGINAS POR MANUAL

TITULOS DE LOS CUADERNOS GUIA	NUMERO DE PAGINAS
Actividades varias	40
Planificación familiar	28
Atención durante el embarazo y el puerperio	32
Diarreas e hidratación oral	20
Infecciones respiratorias agudas	12
Atención del niño menor de cinco años	32

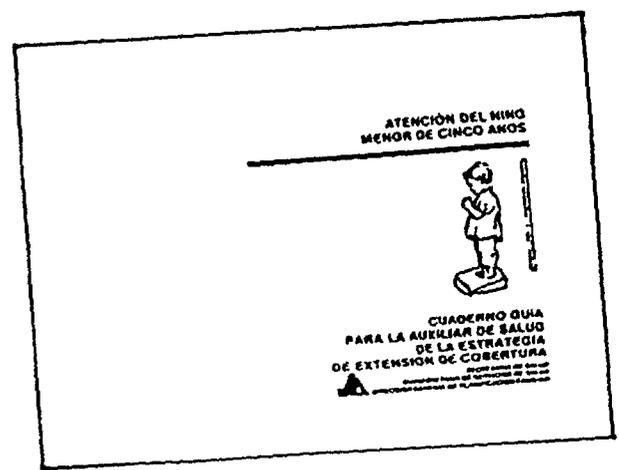
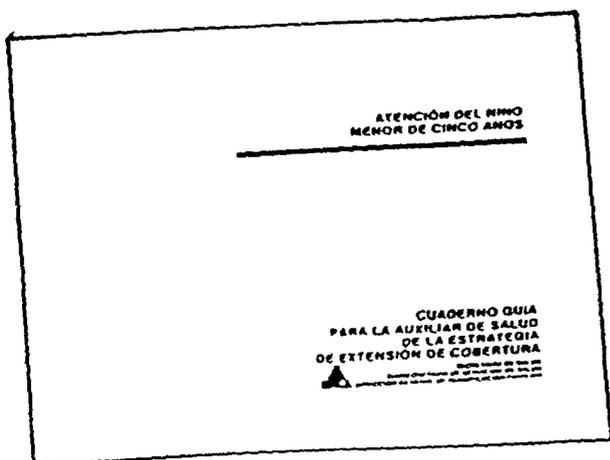
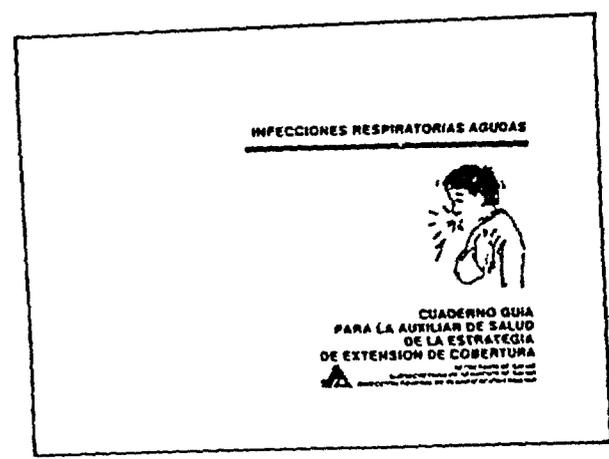
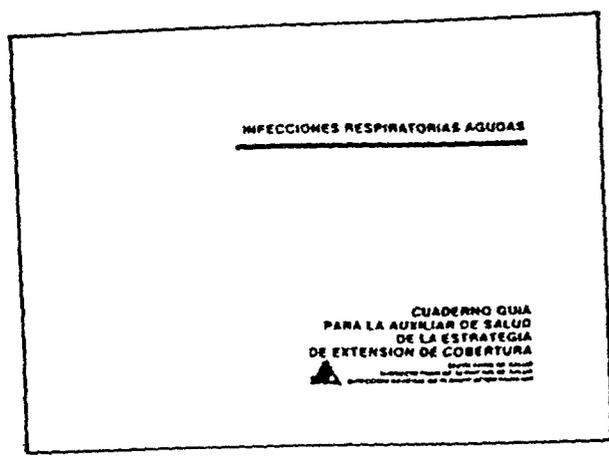
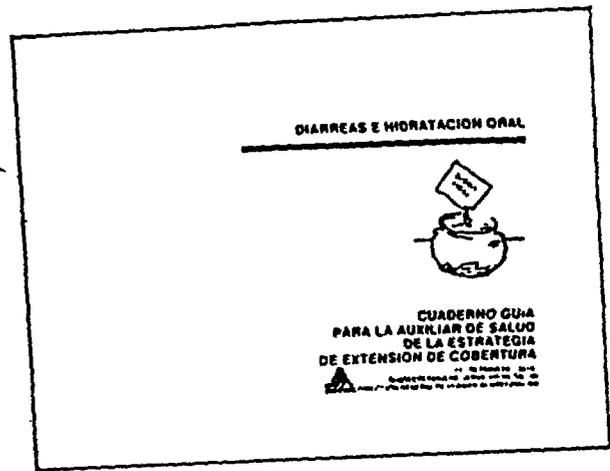
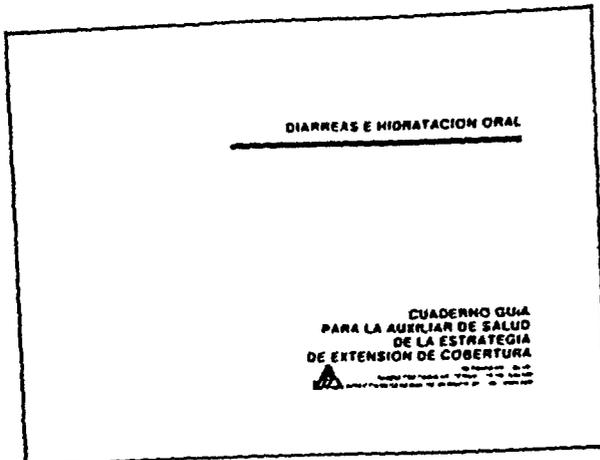
a) Portada

La similitud percibida en las portadas de los cuadernos dificulta la pronta identificación del cuaderno requerido debido a que no existe distinción por color, ni tamaño de títulos. La sobrecarga de texto exige a los auxiliares de salud determinadas habilidades de lectura. Ellos declaran tener poca facilidad para leer con rapidez. De ahí que concordaran en la inclusión de ilustraciones en las portadas.

A continuación se presentan las portadas originales y las portadas ilustradas, tal como fueron sugeridas por los entrevistados.



224



225

Es importante ratificar la importancia de incluir el logotipo de la Secretaria de Salud para reforzar la credibilidad de los cuadernos. El logotipo es fuente de seguridad para los auxiliares de salud y de respaldo ante la comunidad. "Miren no lo digo yo, lo dice la Secretaria de Salud".

b) Portadilla

Se reconoce que es la duplicación de la portada. No se registraron comentarios negativos ni positivos al respecto. Se considera un elemento común de los libros. También en esta conviene incluir el logotipo de la Secretaria de Salud para reforzar la credibilidad de los cuadernos.

c) Formato horizontal

El formato horizontal fue mayormente aceptado por los supervisores de salud que por los auxiliares.

Los primeros opinaron que son más atractivos y diferentes a otros materiales didácticos.

Los principales inconvenientes al formato horizontal son:

- * La necesidad de contar con un espacio amplio para extender el cuaderno.
- * La dificultad para sujetarlo porque "se dobla" cuando hay que hacer una consulta sobre los contenidos.
- * Se puede revisar la información de la orilla rápidamente pero no la que está pegada al lomo del cuaderno.

Los auxiliares de salud prefirieron un formato vertical que horizontal por ser común a lo que ellos conocen, más práctico y fácil de utilizar. El formato vertical comunica el concepto de libro, mientras que el formato horizontal el de cuaderno.

Cambiar el formato refuerza el gusto por el cuaderno pero no es un factor de peso para la aceptación o rechazo del mismo.

d) Tamaño de los cuadernos

Los participantes opinaron que el tamaño es adecuado ya que permite una mejor distribución de textos e ilustraciones.

e) Número de páginas

Cabe señalar que ante el planteamiento del número de páginas, los entrevistados citaron el manual número 12 y valoraron superiormente los cuadernos guía sobre este manual.

Aducieron que en comparación con el manual número 12, los cuadernos guía son mejores porque no tienen tantas páginas, la información valiosa está resumida y clasificada por temas en cada cuaderno, no hay tanto texto y es más fácil estudiarlos y localizar la información.

Si se respeta el concepto gráfico plasmado en los seis cuadernos evaluados, el número de páginas no será un obstáculo para la aceptación y atracción de los cuadernos.

El interés por los cuadernos está en función de la calidad del mensaje y no del número de páginas tal como se demuestra con las apreciaciones referentes al cuaderno Atención del niño menor de 5 años. Este es percibido como el más grueso, cuando en realidad, es el de Actividades varias, el que cuenta con el mayor número de páginas.

f) La calidad del papel

La calidad del papel utilizado en los cuadernos no fue rechazada por los participantes. Sin embargo solicitaron que el papel de las portadas sea más grueso para facilitar el manejo de los cuadernos.

g) Los colores

Los colores empleados en la impresión de los cuadernos en general les gustaron a los participantes pero cabe señalar que se encuentran desaprovechados en el diseño gráfico.

A mayor uso de las tres tintas empleadas en la impresión de los cuadernos, estos pueden resultar más atractivos y eficaces para los auxiliares de salud, sin que la vistosidad atente contra su utilidad.

h) Los títulos primarios y secundarios

Existe dificultad para localizar con prontitud los temas de los distintos cuadernos o para identificar el cambio de un tema a otro debido a que los gráficos de los títulos no están suficientemente destacados.

i) Los textos

En general no se observó un manejo expedito de la información escrita de los cuadernos. Hubo que profundizar y leerlos en algunas ocasiones para lograr la recordación de la información.

En general, se puede aseverar que a mayor número de textos se reduce el interés por la lectura y la comprensión de la información. De ahí que, uno de los factores de éxito de los cuadernos guía radique en los textos escasos e ilustrados profusamente.

Cabe recordar que el manual número 12 es menos aceptado precisamente por la abundancia de textos.

j) Las ilustraciones

Se observó que las ilustraciones son utilizadas como la guía de estudio y consulta de los cuadernos. Los mensajes ilustrados son los de mayor recordación y comprensión.

Las ilustraciones están correctas ya que son directas, claras y sí ejemplifican los mensajes de los cuadernos.

k) Los recuadros color rosa

Los recuadros color rosa son empleados tanto por los auxiliares de salud como por los supervisores. Varias veces se hizo referencia a la información contenida en los recuadros.

CAPITULO II

CONTENIDOS DE LOS CUADERNOS GUIA

En este capítulo se ha reunido la información recabada sobre los contenidos incluye el análisis de la imagen proyectada por el cuaderno, los contenidos de mayor y menor impacto y la utilidad percibida de los mensajes.

Las modificaciones señaladas por los participantes tanto al texto como a las ilustraciones se reportan en el capítulo de recomendaciones.

Los cuadernos evaluados son:

1. Actividades varias.
2. Planificación familiar.
3. Atención durante el embarazo y el puerperio.
4. Diarreas e hidratación oral.
5. Infecciones respiratorias agudas.
6. Atención al menor de cinco años.

1. Actividades varias

Se consideró el cuaderno de mayor utilidad. Responde a las necesidades urgentes de las comunidades ante las cuales no tienen capacidad de respuesta debido a la lejanía de sus localidades, la falta de personal de salud y la carencia de información para atender sus demandas de atención primaria.

La imagen proyectada por el cuaderno es de "primeros auxilios".

Actividades varias constituye un resorte motivacional importante para incorporar y mantener a los auxiliares de salud en la Estrategia de Extensión de Cobertura.

Puede representar una fuente de ingresos y otorga estatus derivado de la prestación de un servicio indispensable para la comunidad que en muchos casos no puede ser obtenido en varios kilómetros a la redonda.

Los principales inconvenientes del cuaderno son la falta de equipo y los medicamentos sobre los cuales los auxiliares de salud generan fuertes expectativas de recompensa.

Además de que el equipo y material son indispensables, la posibilidad de contar con ellos crearía, reforzaría y legitimaría el liderazgo del auxiliar de salud en la comunidad.

Los contenidos de mayor impacto son: aplicación de inyecciones, prescripción de medicamentos, el equipo y el material.

2. Planificación familiar

El cuaderno guía Planificación familiar permite dar atención para el control de embarazos. Es uno de los cuadernos más utilizados, probablemente porque cuentan con el material y anticonceptivos para brindar la atención.

En este punto cabe señalar que el nivel de aprendizaje es todavía insuficiente. No se observó un manejo expedito de los mensajes.

Solicitaron información sobre el dispositivo intrauterino para orientar y canalizar a las señoras que lo requieran.

Los contenidos de mayor impacto son:

- * Pastillas. Contraindicaciones e instrucciones para su uso específicamente la ilustración del calendario.
- * Contenido sobre la presión arterial. Llama la atención pero enfocada a la necesidad de contar con el baumanómetro.
- * Inyección. Aplicación y efectos colaterales.
- * Preservativo o condón. Cabe señalar que surgió repetidamente, la inquietud de que el preservativo va a desaparecer como método de planificación familiar.

No se registró información sobre los efectos colaterales de las pastillas, pero sí de las inyecciones, ni sobre el olvido de tomar las pastillas 1 o 2 días, ni acerca del interrogatorio para continuar con la dotación de pastillas.

La mayoría de las ilustraciones de este cuaderno fueron aceptadas. Las observaciones sobre la calidad de algunas de ellas se reportan en el capítulo de recomendaciones.

Durante las sesiones surgieron las dudas siguientes:

Con relación a las pastillas, en el apartado de instrucciones se encontró un caso que no comprendió que debería tomarse completo el ciclo de pastillas blancas, aunque el mes hubiera terminado. Tal y como se demuestra en la página 12.

De las inyecciones, la instrucción de citar a la señora cada 2 meses no es clara. Resulta mejor citarla cada 60 días.

Del preservativo o condón, no se encontraron modificaciones al respecto. La información del cuaderno resultó adecuada en cuanto a la atracción, aceptación y comprensión del mensaje. No hay rechazo, ni percepciones negativas hacia ninguno de estos contenidos.

3. Atención durante el embarazo y el puerperio

La aceptación del cuaderno predominó entre las mujeres y especialmente las parteras. Los hombres mencionaron que era un tema difícil para ser tratado por ellos.

Fue uno de los cuadernos más atractivos para todos los grupos.

Los contenidos de mayor impacto son los síntomas del embarazo, la información para detectar las mujeres que deben ser canalizadas y el interrogatorio a la puérpera y los pasos a seguir para brindar la atención.

Señalaron que falta la información siguiente: riesgos de embarazo, en las menores de 15 años y edad idónea para el primer embarazo, causas de malformaciones y abortos, rompimiento de membranas, retención de placenta e información sobre el parto.

4. Diarreas e hidratación oral

Consideran que este cuaderno les es de gran utilidad, aunque la mayoría de los participantes afirmaron que se usa poco porque "los niños de su comunidad no se deshidratan con frecuencia". Sin embargo, sí se mencionó que en la época de lluvias, es cuando se presenta el mayor número de casos.

Los contenidos de mayor impacto del cuaderno son:

- * Las indicaciones precisas para cuándo canalizar al niño. Incluso señalan que se deben incluir algunos contenidos como: ojos hundidos, no orinar, 3 días o más con diarrea, "etcétera".
- * La valoración del niño deshidratado.
- * Los sobres de suero oral.

Se observó que aunque es reconocida la utilidad del cuaderno, éste tiene baja aplicabilidad. Tal vez una explicación sea que les falta información para percatarse de las consecuencias que acarrea la presencia de diarrea en los niños y valorar la utilidad de la medicina preventiva.

Este es uno de los casos donde ellos no perciben que el niño está en riesgo de morir y la atención a estos síntomas disminuye.

5. Infecciones respiratorias agudas

Al igual que el análisis del cuaderno de Diarreas e hidratación oral, este cuaderno es de los menos utilizados y consultados debido al bajo nivel de aplicación de la información por:

- * Según las declaraciones de los participantes, en sus comunidades no se presentan casos severos de enfermedades respiratorias agudas. Aseguraron que la frecuencia de casos se intensifica en el invierno y época de lluvias.
- * Las enfermedades que se presentan como la tos, el catarro, gripe y anginas no son considerados necesariamente graves o no cuentan con los medios para combatirlas. Los niños "andan con mocos hasta por quince días sin que les pase nada".
- * Falta de medicamentos para tratar la tos, el catarro, gripas o anginas.

Una posible explicación a la baja aplicación de los contenidos de este cuaderno puede deberse tanto a la falta de medicamentos como a la carencia de información sobre las consecuencias de estas enfermedades.

6. Atención del niño menor de cinco años

La primera impresión acerca del cuaderno Atención del niño menor de cinco años es la baja utilidad percibida por la falta de oportunidades para aplicar la información.

Al profundizar en el análisis de la información, se encuentran los siguientes puntos:

- * Los contenidos del cuaderno están relacionados con situaciones que no son consideradas de emergencia. No necesariamente se trata de medicina curativa, sino preventiva.
- * Falta capacitación para lograr un nivel de valoración adecuado sobre la importancia de prestar atención al desarrollo psicomotor del niño.
- * Faltan programas de información, comunicación y educación no solo para comprender el desarrollo psicomotor idóneo del infante, sino para saber qué hacer ante un desarrollo deficiente. También para valorar la utilidad de las medidas propuestas para estimular dicho desarrollo.
- * No se perciben las ventajas a corto plazo de las medidas de estimulación temprana, ni la importancia de ejecutarlas.

- * En función de la demanda de equipo, material y medicamentos se refuerza la hipótesis sobre la preferencia de brindar una atención basada en hechos concretos como es pesar, medir o vacunar.

Los contenidos de mayor impacto del cuaderno son:

- * Control del desarrollo: peso, talla y alimentación.
- * Aparición de dientes. Resaltan las inquietudes sobre qué hacer si los dientes no aparecen en los meses señalados en el cuaderno; a qué edad deben tener todos los dientes.
- * Esquema de vacunación.

Opinan que debería incluir prevención de accidentes en niños y el programa de la SEP dirigido a niños menores de 5 años.

CAPITULO III

GUIAS DE SUPERVISION GUIA DIAGNOSTICA

El capítulo sobre las guías de supervisión comprende el análisis de la información recabada sobre la imagen y el impacto, el contenido y las instrucciones para su uso.

También se ha incluido el análisis de la guía diagnóstica.

Aunque solo fueron evaluadas con supervisores de salud también se recolectó información sobre ellas, a través de los auxiliares de salud.

1. Imagen

Las guías representan para los supervisores de salud una herramienta de trabajo para desempeñar sus funciones de supervisión. Con la guía conocen los puntos más importantes a tratar con sus auxiliares de salud. "No hay olvidos" "Sin la guía nosotros tendríamos que recordar qué puntos hay que tratar o reforzar con los auxiliares".

2. Impacto

En general las guías tienen un impacto positivo entre los supervisores de salud. Si bien no les adjudican un carácter indispensable, si consideran que son necesarias para facilitar y mejorar el desempeño de su trabajo.

Las guías que aplican con mayor frecuencia son, en orden de importancia.

- a) Planificación familiar.
- b) Atención durante el embarazo y puerperio.
- c) Atención del menor de cinco años.
- d) Actividades varias.
- e) Diarreas e hidratación oral.
- f) Infecciones respiratorias agudas.

La utilidad de las guías de supervisión radica en:

- * Evaluar a los auxiliares.
- * Son fuente de seguridad para realizar su trabajo tanto de supervisores como de auxiliares.
- * Detectar la información que los auxiliares no preguntan, argumentando conocer a la gente.

- * Identificar la información que es necesario reforzar con el auxiliar de salud.
- * Captar las necesidades de los auxiliares.
- * Capacitar a los auxiliares y nuevos supervisores.
- * Conocer el porcentaje de personas de la comunidad que acude al servicio.

Ante la ausencia de casos, los supervisores junto con los auxiliares llenan las guías sobre casos imaginarios.

En el sentido opuesto mencionan que las guías representan una carga extra de trabajo si las condiciones de su aplicación no son flexibles. Expresaron que "dan muy poco tiempo para el levantamiento" y que "tienen muchas actividades en las comunidades para todavía llenar un juego de guías".

Opinaron que sería conveniente aplicar las guías por temporadas, o que les aceptaran aplicar solo aquéllas de los casos que se presentan. "Las guías de infecciones respiratorias agudas y diarrea e hidratación oral son difíciles porque hay pocos casos".

Esto confirma la aseveración de los auxiliares de salud respecto a la baja utilización de los cuadernos guía.

Los principales obstáculos para aplicar las guías son:

- * Ausencia de casos.
- * Aplicar las seis guías en una sola visita.
- * Evaluar el desempeño del auxiliar cuando no cuenta con el equipo, material y medicamentos. "La presión sí la saben tomar, pero no tienen el baumanómetro".
- * Carecen de guías en cantidades suficientes y a veces tienen que llenar más de un caso por guía.
- * No llegan a tiempo los formatos y "después quieren que las reemplacen".
- * Las guías no se pueden evaluar en su totalidad porque los auxiliares de salud omiten ciertas preguntas argumentando que no es necesario hacerlas ya que conocen a la paciente.

Las sugerencias para la óptima aplicación de las guías son:

- * Aplicarlas una vez al mes o cada dos meses.
- * Aplicarlas por temporadas. Por ejemplo, infecciones respiratorias agudas en época de lluvias.
- * Que se apliquen tres en cada visita.

3. Instrucciones para su uso

Los supervisores de salud reportaron un uso correcto de las guías de supervisión. Declararon que son utilizadas para hacer las anotaciones correspondientes mientras observan el desempeño de un auxiliar de salud durante la atención a un paciente.

Los auxiliares de salud también mencionaron que algunas veces han observado que los supervisores realizan anotaciones mientras ellos "dan la atención". Algunos auxiliares conocen las guías y han trabajado junto con sus supervisores en el llenado de las mismas.

Los supervisores expresaron que esta situación ocurre sobre todo cuando tienen que aplicar las guías aunque haya ausencia de casos específicos.

4. Contenido de las guías

No hay preferencia o rechazo absoluto a la aplicación de una guía específica, ni a sus contenidos. Más bien se identificaron algunas sugerencias para mejorar su estructura.

En general en todas las guías, los reactivos referentes a la canalización de los pacientes son difíciles de cubrir ya que el desenlace de una atención no necesariamente es la referencia a un centro de salud u hospital.

El reactivo "lo refiere en forma oportuna al centro de salud u hospital" causa confusión para su llenado. Si contestan "sí" en un caso que no requiere referencia están conscientes de que no es la mejor respuesta pero ante la obligación de cumplir el requisito se cae en la situación de responder hipotéticamente un "sí" o un "no" de acuerdo a la apreciación subjetiva de cada supervisor respecto al posible desempeño de su auxiliar, la carencia de recursos o la dificultad del acceso a un centro hospitalario.

Convendría agregar al final de cada guía, en la sección de causas, el enunciado "se le olvida hacerlo".

a) Planificación familiar

Esta guía les permite determinar el número de personas que acuden a control de planificación familiar. En esta guía se realizaron las observaciones siguientes:

Sugieren cambiar la redacción del reactivo 28 por: "aplica el inyectable al quinto día de iniciada la regla" y eliminar el reactivo 29 porque está implícito en el anterior y es fuente de confusión. Algunos supervisores dudaron si el reactivo evalúa el procedimiento de aplicar una inyección o la aplicación correcta del anticonceptivo al quinto día.

Aclarar en la guía si es paciente de primera vez o subsecuente. También señalaron que se sienten presionados por parte de las autoridades que les exigen usuarias de pastillas, inyecciones, DIU y oclusión tubaria bilateral.

El reactivo 6 no lo preguntan porque los auxiliares saben si la señora fuma o no. Esto se generaliza a preguntas sobre el número de hijos, si dan pecho o no, o si están embarazadas.

El auxiliar no pone en práctica los reactivos 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15 y 16 porque no sabe cómo hacerlo. Este punto refleja falta de capacitación y supervisión al auxiliar.

No les gusta hacer las conductas solicitadas en los reactivos 12, 13, 14 y 18.

Los reactivos 1, 6, 7, 8, 11, 12, 35, 36 y 38 se les olvida preguntarlos.

La mayoría de los supervisores reportaron que la usuaria no permite aplicar el reactivo 17 "exploración de mamas".

b) Atención durante el embarazo y el puerperio

Como se mencionó anteriormente esta guía es de las de mayor aplicación. Sin embargo, en Michoacán citaron que no se presentan casos en la región cañera ya que la mayoría cuenta con Seguro Social.

Sugieren separar la información para usuarias de primera vez y subsecuentes y no pedir información sobre el parto porque no siempre se enteran.

Se dificulta su aplicación sobretodo con auxiliares hombres porque se relaciona con tabues y conductas íntimas de los individuos.

Se registró que algunas señoras no permiten la identificación de signos y síntomas de un embarazo y del feto, parto normal o complicado y del puerperio, ni que se les refiera a un centro de salud. Reactivos 11, 15, 16, 17, 18, 19 y 20.

Los reactivos 4, 21 y 22 referentes a signos y síntomas de embarazo de alto riesgo y riesgos del recién nacido y canalización oportuna se reportan como "se les olvida hacerlo" y no saben cómo hacerlo.

Reportan desconocer cómo identificar signos y síntomas de riesgo en el embarazo actual, durante el puerperio inmediato y cómo identificar los movimientos, posición y latidos del feto.

No les gusta realizar visita domiciliaria de seguimiento.

c) Atención al menor de cinco años

Es una de las guías que se puede aplicar con mayor frecuencia en los aspectos de talla y peso del niño. La sección referente al esquema de vacunación se utiliza principalmente cuando hay campaña.

Su llenado se dificulta porque las etapas no están claramente desglosadas por edad y "son muchas etapas".

Con relación al reactivo número 31 "investigación del control de esfínteres" se mencionó que algunas veces la mamá no lo permite y otro afirmó que la palabra esfínteres es difícil de recordar.

El enunciado sobre alimentación no lo exploran porque a veces la mamá solo da pecho.

Algunos auxiliares no revisan la dentición porque no lo creen necesario.

Los supervisores reportaron que:

- * No saben cómo hacer los enunciados solicitados en los reactivos 1, 2, 5, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 21, 22, 31 y 32.
- * No le gusta poner en práctica los enunciados 1, 2, 8, 12, 14, 15, 16, 22, 23, 29, 30, 32 y 47.
- * Se le dificultan o se le olvidan los reactivos 1, 7, 14, 21, 29, 31, 37, 40, 41 y 46.

d) Actividades varias

Esta guía generalmente se llena por cubrir el requisito debido a que la mayoría de los auxiliares no cuentan con el equipo, material y medicamentos necesarios en la atención.

Se recomienda agregar a las causas por las que el auxiliar de salud no lleva a cabo las conductas requeridas lo siguiente:

- * No sabe leer y escribir.
- * Se le olvida hacerlo.

Los supervisores reportaron que:

- * Los auxiliares no saben cómo hacer las conductas de los reactivos 6, 7, 8, 11, 16, 18 y 19.
- * No les gusta hacer los enunciados de los reactivos 17 y 18 referentes a curaciones de heridas superficiales, además de que el enfermo no lo permite.
- * Se les dificulta prescribir correctamente los medicamentos en las dosis señaladas por el cuaderno, de acuerdo a la enfermedad y edad del paciente.

e) Diarreas e hidratación oral

Los supervisores reportaron que:

- * No saben cómo poner en práctica los enunciados de los reactivos 4, 9, 16, 25, 42 y 44.
- * No les gusta tomar el pulso, reactivo 11.
- * Se les olvida preguntar y se les dificultan los reactivos 1, 3, 4, 5, 6, 10, 13, 14, 19, 20, 26, 27, 28, 34, 36, 37 y 38.
- * La madre del niño no permite que se aplique el reactivo 10 referente al pliegue del abdomen se recupera con rapidez y el 28 revisar el hundimiento de la mollera en los niños de un año de edad.
- * A los auxiliares no les interesan los reactivos 6, 7, 8, 9, 10, 26, 27 y 28.

f) Infecciones respiratorias agudas

Esta guía es la menos utilizada por la falta de casos. Reportan que se pierde la secuencia al volver a preguntar sobre la sintomatología de cada nivel de gravedad de las infecciones respiratorias agudas

Los reactivos 15, 16, 17, 18 y 19 están repetidos.

Consideraron que es una guía aburrida y no les gusta aplicarla.

En los reactivos 8, 14 y 24 referentes a falta de apetito, dolor de oídos con o sin presencia de pus y aleteo nasal se dificulta su detección.

Los supervisores de salud reportaron que:

- * No saben cómo hacer lo solicitado por los reactivos 14, 15, 16, 19, 21, 24, 25, 26 y 27.
- * La madre o el enfermo no permiten poner en práctica los reactivos 2, 3, 13 y 15.
- * Se les dificultan y olvidan los reactivos 8, 14, 15, 19 y 24.

5. Guía diagnóstica

La imagen de la guía diagnóstica responde al concepto de informe de actividades. Es una guía que solo se ha aplicado una vez y coincidió con el levantamiento de un censo.

Es percibida como una herramienta útil de trabajo que les permite concentrar la información y que posteriormente les ha sido de utilidad para llenar diversos informes de actividades que les solicitan de la Secretaría de Salud. La información recabada en nuestro estudio no permite identificar qué otras dependencias les solicitan informes de actividades.

Representa una carga de trabajo, que están dispuestos a realizar anualmente porque les facilita informes posteriores, que se presentan a lo largo del año.

La guía diagnóstica se conceptualiza con una ficha de identificación donde se recaba información sobre el número de habitantes, usuarias, etcétera.

Se percibe difícil de llenar al momento de la visita y temen echarla a perder porque "medio saben leer y escribir".

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio cualitativo sobre seis cuadernos guía, seis guías de supervisión y una guía diagnóstica se llegó a las conclusiones siguientes.

Sobre los cuadernos guía

1. Los cuadernos guía mayormente aceptados son:

- * Actividades varias.
- * Planificación familiar.
- * Embarazo y puerperio.
- * Rehidratación oral.
- * Enfermedades respiratorias agudas.
- * Atención del menor de 5 años.

Factores de éxito

2. El factor de éxito en la atracción, aceptación, comprensión y autoidentificación de los cuadernos son las ilustraciones.
3. Los factores clave en la aceptación de los cuadernos radican en las ilustraciones, los textos breves y los recuadros, sobretodo en que éstos se han ilustrado profusamente.

En general, se puede aseverar que a mayor número de textos se reduce el interés por la lectura y la comprensión de la información.

Impacto

4. La utilidad de los cuadernos se relaciona no solo con el grado de aplicación de la información, sino con la percepción de que estos responden a las necesidades primarias o urgentes de su comunidad y con su relación con los conceptos de medicina preventiva y curativa.

Algunas de las necesidades urgentes son: curar heridas, inyectar, atender picaduras de animales venenosos, bajar la fiebre y atender partos.

Mientras que las necesidades percibidas como secundarias son: atender al niño sano, estimulación temprana, atender gripes, catarros y resfriados, aunque estos sean prolongados.

Utilidad percibida

5. Los cuadernos guía han aportado a los auxiliares de salud mayor reconocimiento y confianza de parte de su comunidad.

Imagen

6. La imagen proyectada por los cuadernos guía a los auxiliares de salud y a las comunidades es la de "tener al doctor en casa".

Usos y funciones

7. Los usos más frecuentes adjudicados a los cuadernos guía son:

- * Apoyar su labor de promoción y atención a la comunidad. Son utilizados frente a los usuarios del servicio, como fuente de estatus, seguridad y credibilidad.

Quando los cuadernos provocan una reacción negativa frente al usuario, estos no son mostrados.

- * Consulta y estudio.

8. Los cuadernos cumplen su función de apoyo didáctico a la capacitación que reciben de parte de los supervisores y en menor grado la función de material autodidacta o de consulta.
9. El diferencial de los cuadernos guía con otros materiales de apoyo es la síntesis de sus contenidos y el número de ilustraciones.

Nivel de comprensión

10. La comprensión de los cuadernos está en relación directa con el nivel de aplicabilidad de la información. A mayor práctica del tema, mayor conocimiento de los cuadernos y mayor comprensión del mensaje.

Componentes estructurales

11. Los componentes estructurales de los cuadernos guía como "Cuándo debe leer el cuaderno guía", "Cómo está integrado el cuaderno guía", "Mensajes básicos" y "La atención", tienen la función de introducir al lector a la obra y son poco estudiados por los auxiliares. Sin embargo, sí son utilizados por los supervisores de salud para capacitar a sus auxiliares.

Códigos de comunicación. Lenguajes

12. El lenguaje escrito y visual empleado en los seis cuadernos permite codificar y decodificar correctamente los mensajes contenidos en ellos.
13. No se registraron vocablos, palabras o ilustraciones que no fueran comprendidos por los participantes o que los molestaran u ofendieran en sus valores, tradiciones y costumbres.

Sobre los elementos gráficos de los Cuadernos:

1. El diseño gráfico de los cuadernos guía es atractivo para la audiencia a quienes se dirige. El concepto de un cuaderno tamaño carta, a tres colores, con un número de páginas entre 12 y 40, en papel bond es plenamente aceptado por los auxiliares.

Las ilustraciones

2. Las ilustraciones de los cuadernos apoyan las actividades de atención y promoción de los auxiliares de salud específicamente las relacionadas con:
 - * Explicar el uso del preservativo. Ya que evita las referencias sexuales y por ende la utilización de un lenguaje tabú o escasamente acostumbrado.
 - * Facilitar la interacción de las auxiliares jóvenes con las mujeres de mayor edad, al explicarles el uso del preservativo.
 - * Comunicar las instrucciones para el uso de pastillas anticonceptivas mediante el calendario.
 - * Describir el dispositivo intrauterino.
 - * Prescribir los medicamentos.
 - * Conceptuar el uso de equipo y material.
3. Las ilustraciones de los cuadernos son la guía de estudio y consulta para los auxiliares de salud. En lugar de leer, repasan los dibujos para aprender la información contenida en los cuadernos

Los textos

4. Los textos son un apoyo informativo esencial que son leídos por lo menos la primera vez y sirven de apoyo a las ilustraciones.

Los recuadros color rosa

5. La información destacada en los recuadros color rosa, sí es leída y utilizada por los auxiliares y supervisores de salud.

El formato

6. Existe la preferencia hacia el formato vertical de los cuadernos derivada de la comodidad para manejarlos y de la percepción del concepto libro.

La portada

7. Las portadas de los cuadernos guía no son fácilmente identificables por la similitud de su diseño gráfico en cuanto a colores y distribución de elementos, ni manejables por el bajo gramaje de su papel.

Los títulos

8. Los títulos pasan desapercibidos ya que su peso tipográfico es inadecuado. No se aprovechan los recursos gráficos ni los colores empleados en la impresión para destacarlos.

Los colores

9. El aprovechamiento de los colores utilizados para los cuadernos evaluados incrementan la atracción hacia estos sin restarles efectividad.

Los contenidos

10. No se observó un manejo expedito en la información de los cuadernos, lo cual refleja la necesidad de continuar con las actividades de capacitación, pero este hecho no cuestiona de ninguna manera la eficiencia de los cuadernos.

Los cuadernos son efectivos y representan la alternativa de servicios de salud, sobre todo para las comunidades más alejadas y desprotegidas del país.

11. Los contenidos de los cuadernos son plenamente aceptados y despiertan interés por obtener mayor información.

Actividades varias

12. El cuaderno de actividades varias es el de mayor aceptación por su asociación con contenidos de primeros auxilios.

Las guías de supervisión

13. Las guías de supervisión constituyen una herramienta útil para los supervisores. Las guías son para los supervisores lo que los cuadernos para los auxiliares. Es la posibilidad de tener acceso a la información de los temas tratados de manera concisa.
14. Las guías de supervisión cumplen con las funciones de guías de estudio, guías de capacitación y evaluación de los auxiliares de salud pero no con el cometido de control o estímulo para la ejecución de sus actividades.

Asimismo a nivel central resultan un instrumento indispensable para actualizar constantemente su programa de capacitación, comunicación y supervisión.

15. Las guías de supervisión y su procedimiento de aplicación son fuente de.
- * Confusiones en cuanto a la redacción de algunos reactivos.
 - * Tedio por su constante repetición.
 - * Frustración ante el recordatorio de la falta de equipo, material y medicamentos.
 - * Imposición para llenar las guías a pesar de los obstáculos justificados o no.
16. Las guías de supervisión denotan principalmente la necesidad de intensificar la capacitación y supervisión a los auxiliares y supervisores de salud.

Guía diagnóstica

17. La guía diagnóstica representa un concentrado de información que les permite agilizar la entrega de diversos reportes de actividades

CAPITULO V

RECOMEDACIONES

De acuerdo a los resultados de investigación y a las conclusiones presentadas en los capítulos anteriores se proponen las siguientes recomendaciones.

Cuadernos guía

1. Rediseñar las portadas de los cuadernos para su pronta identificación mediante colores y/o ilustraciones.

Portadas. Las portadas deben incluir los siguientes elementos:

- * Título del cuaderno destacado.
 - * Ilustración alusiva y representativa del contenido de los cuadernos.
 - * Logotipo de la Secretaría de Salud.
 - * La utilización de colores, mejoraría la calidad del cuaderno e incrementaría su atracción y aceptación. No obstante, dejar la portada en blanco y negro, probablemente no reduciría ni aumentaría, el grado de utilización de los mismos.
2. Aprovechar al máximo los recursos empleados en la producción y reproducción de los cuadernos como son:

- * Páginas a 3 tintas. En caso de optar por las 3 tintas, se presentan las siguientes alternativas:

- a) Consultar con el impresor, la reproducción de algunos pliegos en 2 tintas y otros en 3 para que en la fase de diseño, se aprovechen al máximo estos recursos. Seleccionar los pliegos en 2 o 3 tintas, impacta favorable o desfavorablemente el presupuesto de impresión.
- b) Aprovechar las 3 tintas para dar movimiento y más atracción a las distintas páginas de los cuadernos.

Cuaderno "Planificación familiar" páginas 1, 19 y 21. En este caso es recomendable emplear dos tintas y tipográficamente, destacar los títulos ya que se encarece innecesariamente el producto.

Cuaderno "Actividades varias" página 1. Conviene señalar que las páginas restantes del pliego donde se incluye la página 1 son cotizados a 3 tintas aunque el diseño sólo utilice dos colores.

Cuaderno "Embarazo y puerperio" páginas 1 y 8.

Cuaderno "Rehidratación oral" páginas 1, 10, 11, 12, 13, 16, 18 y 19.

Cuaderno "Enfermedades respiratorias agudas". Unificar los colores de los títulos en todos los cuadernos. Este aparece en color rosa, mientras que los demás en color azul. Páginas a 3 tintas, únicamente la página 1.

Cuaderno "Atención al menor de 5 años". Título de la portadilla en color rosa. Páginas a 3 tintas: 1, 8, 10, 12, 14, 16, 18 y 20.

- c) Consultar con el impresor la conveniencia de contar con cuadernos cuyo número de páginas sea múltiplo de 4 o de 8, es decir cuadernos con 8, 16, 24, 32, 40 o 48 páginas interiores en el mismo tipo de papel. No se incluye la portada, ya que ésta en el caso específico de los cuadernos, se ha impreso en otra calidad de papel.

3. Otras recomendaciones generales a todos los cuadernos guía son las siguientes:

- * Portadillas. Imprimir el logotipo de la Secretaría de Salud para reforzar el prestigio y credibilidad de los cuadernos.
- * Títulos primarios y secundarios. Unificar el diseño de los títulos en los distintos cuadernos guía.
- * Formato. Merece ser considerado el empleo de un formato vertical para los cuadernos.
- * Los elementos, calidad de papel, tamaño del cuaderno, textos, ilustraciones, recuadros y contenidos deben ser mantenidos.

4. Las recomendaciones específicas a los cuadernos guía se presentan en el anexo para facilitar su revisión. Sin embargo, a continuación también se proporcionan algunas recomendaciones generales a cada uno de los cuadernos evaluados

a) Actividades varias

- * Cambiar el título por el de "Primeros Auxilios"
- * Destacar títulos interiores.
- * Incluir información sobre:

- * Quemaduras.
- * Intoxicación por herbicidas y plagicidas.
- * Cortadas.
- * Picadura de animales venenosos.
- * Mordidas de perros rabiosos y no rabiosos.
- * Tuberculosis.

- * Este cuaderno puede ampliarse a 40 páginas sin incrementar demasiado su costo.

b) Planificación familiar

- * Destacar títulos interiores

- * Pastillas
- * Inyección
- * Preservativo o condón

- * Incluir aparato reproductor femenino, masculino y métodos definitivos: vasectomía y oclusión tubárica bilateral, OTB.

- * Este cuaderno puede ampliarse a 32 páginas sin incrementar demasiado su costo.

c) Atención durante el embarazo y el puerperio

- * Destacar títulos interiores

- * Embarazo.
- * Antecedentes.
- * Causas de riesgo.
- * Revisión embarazo normal.
- * Molestias.
- * Indicaciones.
- * Revisión parto normal.
- * Parto complicado.
- * Puerperio.
 - * Indicaciones.
 - * Control del recién nacido.

- * Este cuaderno puede ampliarse a 32 páginas sin incrementar demasiado su costo.

d) Diarreas e hidratación oral

- * Algunos títulos sugeridos para este cuaderno son: diarreas o deshidratación, sin omitir el título de "Hidratación oral".
- * Destacar títulos interiores.
 - * Deshidratación.
 - * Deshidratación grave.
 - * Preparación del suero oral.
 - * Cuidados del niño deshidratado.
- * Este cuaderno puede ampliarse a 24 páginas sin incrementar demasiado su costo.

e) Infecciones respiratorias agudas

- * Algunos títulos sugeridos para este cuaderno son: catarros, gripas, tos.
- * Destacar títulos interiores.
 - * Infección respiratoria leve.
 - * Infección respiratoria moderada.
 - * Infección respiratoria grave.
 - * Tratamientos preventivos y curativos para cada una de las infecciones.
- * Algunas de las modificaciones propuestas son:
 - * Conviene incluir tratamientos preventivos y curativos para las infecciones respiratorias leves, moderadas o graves, ya que si no cuentan con el medicamento, pueden prescribirlo aunque ellos lo adquieran en la farmacia.
- * Este cuaderno puede ampliarse a 16 páginas sin incrementar demasiado su costo.

f) Atención del menor de 5 años

- * Algunas de las modificaciones propuestas son:
 - * Conviene incluir orientación a la madre sobre dentición y tratamiento en el caso de no aparecer los dientes en las fechas indicadas.

- * Solicitan verificar e incluir información sobre el control de esfínteres.
- * Incluir: "El número normal de evacuaciones depende de la edad y el tipo de alimentación".
- * Este cuaderno puede ampliarse a 32 páginas sin incrementar demasiado su costo.

CAPITULO VI

ASPECTOS METODOLOGICOS

La presente investigación sobre la evaluación de los materiales de apoyo a la Estrategia de Extensión de Cobertura, de la Secretaría de Salud se llevó a cabo mediante un estudio cualitativo, empleando la técnica de grupos focales para el levantamiento de datos, con una muestra de auxiliares y supervisores de salud.

Se evaluaron los siguientes materiales:

- * Seis cuadernos guía titulados:
 - * Actividades varias.
 - * Planificación familiar.
 - * Atención durante el embarazo y el puerperio.
 - * Diarreas e hidratación oral.
 - * Infecciones respiratorias agudas.
 - * Atención del niño menor de cinco años.
- * Seis guías de supervisión sobre los cuadernos anteriores.
- * Una guía diagnóstica.

1. LA MUESTRA

De acuerdo a los requerimientos de información establecidos para el estudio cualitativo se seleccionó un grupo de auxiliares y otro de supervisores de salud en cuatro entidades federativas.

Los estados seleccionados fueron: Guanajuato, Chiapas, Michoacán y Guerrero.

En cada estado se levantaron dos sesiones de grupo.

La muestra total estuvo conformada por 8 grupos de participantes. Cuatro de auxiliares y cuatro de supervisores.

Cada grupo se integró en promedio con 8 personas y una muestra total de 30 auxiliares y 31 supervisores de salud.

2. TECNICA DE INVESTIGACION

En virtud de los objetivos de investigación, se emplearon las técnicas de grupos focales siguiendo una guía de entrevista semi-estructurada para abordar los temas del estudio. Dicha técnica facilitó la interacción de varias personas reunidas conforme a los criterios de selección antes mencionados.

3. RESULTADOS METODOLOGICOS

Los resultados de la muestra entrevistada en las ocho sesiones de grupo conducidas son los siguientes: 49% de auxiliares de salud y 51% de supervisores de salud.

El total de participantes fue de 61 personas. Los resultados muestrales del estudio se presentan a continuación.

RESULTADOS DE LA MUESTRA

VARIABLES SOCIOECONOMICOS	AUXILIARES		SUPERVISORES		TOTAL
	FREC.	%	FREC.	%	
SEXO					
Hombres	4	13	4	13	
Mujeres	26	87	27	87	
Total	30	100	31	100	61
EDAD					
17 - 30	16	53	16	52	
Mayores de 30	14	47	15	48	
Total	30	100	31	100	61
ESTADO CIVIL					
Soltero	10	33	9	29	
Casado, unión libre, viudos y separados	20	67	22	71	
Total	30	100	31	100	61
ESCOLARIDAD					
Primaria completa o menos	19	63	1	3	
Secundaria incompleta o más.	11	37	30	97	
Total	30	100	31	100	61

h22