

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Escuela de Salud Pública de México

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO

Formación de Líderes Educativos en Medidas de
Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y
VIH/SIDA a través de una Intervención Educativa en
Mexicali, Baja California, 2008.

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE: MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Presenta:

Juana Elba Cornejo Arminio

Matrícula: 2006320005

JUNIO 2011

MAESTROS: Dr. Rodolfo Méndez Vargas
Dra. Rosaura Atrisco Olivos

DIRECTOR: _____
Dr. Antonio Gómez Vera

ASESOR: _____
Dra. Ofelia Morales Arango

ALUMNA: _____
Juana Elba Cornejo Arminio

CURSO: Maestría en Salud Pública

ÁREA DE CONCENTRACIÓN:

Administración de Sistemas de Salud

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios:

Por permitirme vivir, llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

Al Mtro. Antonio Gómez Vera:

Por haber hecho de mí el profesionalista que hoy soy, e inculcarme como meta que mi formación en la Salud Pública fuera en el INSP.

A la Mtra. Rosaura Atrisco Olivos:

Por confiar en mí y darme la oportunidad de realizar este sueño. Gracias por su apoyo en los momentos más difíciles; su amistad, paciencia, consejos y asesoría, contribuyeron para poder llegar a la meta.

A la Mtra. Ofelia Morales Arango:

Por aceptar ser mi asesora de Tesis, su amistad y apoyo para poder terminar fueron fundamentales en el logro de esta meta.

A la Mtra. Rosa Alicia Luna Vásquez Gómez:

Por enriquecerme con su experiencia y conocimientos, además de aceptar ser mi sinodal en mi examen de grado.

A los profesores de la Maestría en Salud Pública 2006 – 2008:

Por su contribución en mi formación como profesional de la salud pública

A la C.P. Mirna Elizabeth Ramírez Ocampo y el Ing. Everardo Castellón Alejo:

Por acompañarme y apoyarme en tantas noches de desvelo, corrigiendo, ajustando y analizando los datos. Muchas gracias por su amistad y dedicación.

DEDICATORIA

Gracias a mis Padres:

Por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida. Gracias por guiarme sobre el camino, a mi madre, porque con su carácter fuerte y personalidad estricta, me ha impulsado a seguir estudiando y seguir luchando por obtener más logros en mi vida; a mi padre porque con su desmedido amor, comprensión, apoyo y paciencia me dió fortaleza y seguridad para nunca rendirme ante los retos.

Gracias a mis Hermanas:

Por su apoyo y confianza en lo que emprendo y en muchas ocasiones acompañarme y emprender retos junto a mí, por no dejarme sola cuando las he necesitado, más que hermanas, son mis mejores amigas y socias.

Gracias a mí Esposo Josué:

Por tu apoyo y comprensión, que me ha permitido sentirme respaldada para lograr lo que me proponga. Gracias por suplir mis ausencias en nuestro hogar, por escucharme, por tus innumerables consejos, por todas esas noches de desvelo, por estar a mi lado para que yo no desfalleciera, pero sobre todo por ser parte de mi vida.

Gracias a mis amados Hijos Néstor y Ángel:

Por su comprensión y paciencia, que a pesar de ser pequeños han sido tan grandes y los he sacrificado tanto, al dedicar tiempo que era de ustedes, a mi trabajo y a continuar mis estudios, por ustedes y para ustedes quiero ser mejor son ambos mi orgullo y lo mejor que me ha dado la vida.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	7
2. ANTECEDENTES	8
2.1. DIAGNÓSTICO DE SALUD	
2.1.1. Factores condicionantes	8
2.1.2. Daños a la salud	21
2.1.3. Recursos y servicios	25
2.2. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	26
3. PRIORIZACIÓN	28
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
4.1. Planteamiento central	30
4.2. Causas del problema central y problemas secundarios ó colaterales	32
4.3. Consecuencias del problema central y problemas secundarios ó colaterales.	33
5. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	34
5.1. Beneficio potencial	
5.2. Elementos favorables	
5.3. Obstáculos a enfrentar	
6. JUSTIFICACIÓN	36
6.1. Importancia relativa (Impacto esperado)	
6.2. Ubicación sectorial y localización física	
6.3. Relación con políticas, planes, programas y proyectos.	
7. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	38
8. OBJETIVOS Y METAS	40
9. ESTRATEGIAS	43

10. LÍMITES	44
10.1. Área geográfica	
10.2. Temporalidad	
10.3. Mercado: Características de la Población	
11. METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	45
12. PROCESOS O ACTIVIDADES	48
13. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD	50
13.1. Factibilidad de Mercado	52
13.2. Factibilidad Técnica	56
13.3. Factibilidad Financiera	61
13.4. Factibilidad Económica	63
13.5. Factibilidad Legal	65
13.6. Factibilidad Social	69
13.7. Factibilidad Política	70
13.8. Factibilidad Administrativa	74
14. PLAN DETALLADO DE LA EJECUCIÓN	78
14.1. Programa de Actividades	79
14.2. Organización interna para la ejecución	82
14.3. Sistema de control de la ejecución	83
15. REPORTE DE EJECUCIÓN	86
15.1. Comparativo con lo planeado	86
15.2. Limitaciones y problemas. ¿Cómo se resolvieron?	87
16. RESULTADOS Y CONCLUSIONES	88
17. MODELO DE EVALUACIÓN	92
18. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA INTERVENCIÓN	100
19. BIBLIOGRAFÍA	104
20. ANEXOS	108

1. INTRODUCCIÓN

En el presente documento, se integran los productos resultantes contemplados durante el curso de la Maestría en Salud Pública en Servicio, con área de concentración en Administración en Sistemas de Salud.

El primero se refiere a la elaboración de un protocolo de investigación en el cual se planteó como objetivo general, determinar los principales factores que intervienen en el proceso de salud – enfermedad en la población, marcando la pauta para el desarrollo del Diagnóstico Integral de Salud, del municipio de Mexicali, Baja California, donde se identificaron los daños a la salud, los factores condicionantes y los recursos y servicios con los que contaba en municipio, lo que a su vez permitió detectar la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) como uno de los principales problemas de salud de la población económicamente activa.

Una vez concluido el diagnóstico de salud se llevó a cabo el ejercicio de priorización para el cual se utilizó la metodología de Hanlon a través de los criterios de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad, dando como resultado que entre otros padecimientos el VIH/SIDA, tuvo un alto grado de prioridad, lo que a su vez determinó la elaboración de un proyecto de intervención.

Dentro del proyecto, el objetivo general fue el **Reforzar el conocimiento sobre prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, en líderes de la educación de las 96 Delegaciones de Educación Técnica Media - de la Sección 2 del SNTE, en Mexicali, Baja California, en el 2008**, a través de una estrategia educativa. La metodología consistió en un estudio cuasi-experimental con medición antes y después, utilizando el modelo de enseñanza constructivista. Al término de la ejecución del proyecto se procedió al procesamiento y análisis de los resultados, encontrando que se logró un incremento del nivel de conocimiento en el personal capacitado, el cual fue significativo. ($p=0.000003$). Para la evaluación del proyecto se propone el modelo de Donabedian siendo medible a través de los indicadores de estructura, proceso y resultados.

2. ANTECEDENTES

Al haber concluido la segunda etapa de la Maestría en Salud Pública en Servicio, se obtuvo como producto el Diagnóstico Integral de Salud del municipio de Mexicali, Baja California, (Anexo 1) y mediante el cual se pudieron detectar diversos problemas y/o necesidades, mismas que se integraron para la realización de un ejercicio de priorización el cual se llevó a cabo utilizando la metodología de Hanlon y como resultado se obtuvo que la Infección por el VIH/SIDA, era una problemática con alto grado de prioridad sobre la cual era factible intervenir.

2.1.-DIAGNÓSTICO DE SALUD

El objetivo principal del Diagnóstico Integral de Salud, es el de conocer la situación salud-enfermedad como fenómeno de grupo de una población a través de la relación existente entre los daños de salud, los recursos y servicios y los factores condicionantes. En el campo de la Salud Pública, el conocimiento de estas situaciones es muy importante, ya que nos permite evaluar la situación de salud de una población, definir políticas, seleccionar prioridades, asignar recursos, facilitando así la toma de decisiones y la aplicación de *intervenciones orientadas a mejorar dichas condiciones*.

2.1.- FACTORES CONDICIONANTES

El Municipio de Mexicali Baja California, es la ciudad capital del estado, se encuentra localizado en el Noroeste de México en la Península de Baja California, tiene como límites al Norte, Estados Unidos de América, al sur el Golfo de California y el Municipio de Ensenada, al Este, Estados Unidos de América, el Estado de Sonora y el Golfo



de California, al Oeste los municipios de Ensenada y Tecate.

El Municipio de Mexicali, representa el 18% de la superficie del estado, y está ubicado en el noreste del Estado de Baja California (al norte 32° 43', al sur 30° 52' de latitud norte; al este 114° 43', al oeste 115° 49' de longitud oeste).

El **clima** de Mexicali, por sus coordenadas geográficas es cálido-seco con muy poca precipitación anual. Alcanza temperaturas desde -5°C en el invierno; incluso con heladas, y hasta 50°C a la sombra en el verano. La precipitación se presenta generalmente en el invierno en los meses de Diciembre y Enero. Aunque el verano es extremadamente seco en Mexicali uno de cada 3 días hay un alto índice de humedad.

Dentro de la **Hidrografía**, en Mexicali las principales corrientes son, el río Colorado, el río Hardy y el río Nuevo. El primero presenta un escurrimiento medio anual de 1,850'254,000 metros cúbicos, cuyo destino es el distrito de riego No. 14; dotación de agua potable para la ciudad de Mexicali, zonas urbanas del valle y la ciudad de Tijuana por medio del acueducto río Colorado-Tijuana. Las corrientes del río Hardy y río Nuevo, han sido producidas por drenajes agrícolas de la región. Las temporadas de lluvia son prácticamente nulas.

La característica **orográfica** más importante en el municipio es la de encontrarse ocupado por sierras al 30% de su territorio, resaltando, principalmente, las sierras de Juárez y San Pedro Mártir. La primera comprende una franja que va de la parte noroeste hasta el suroeste del municipio, con 1,885 kilómetros cuadrados de superficie y 3,300 metros de altura. La segunda está localizada en la parte suroeste y cubre 10



kilómetros cuadrados, su altura es de 2,800 metros sobre el nivel del mar.

Se tienen además otras sierras, tales como: el Cerro del Centinela con una elevación de 750 metros, y una superficie de 10 kilómetros cuadrados, localizada en la parte noroeste del municipio; la sierra Cucapah, situada en la parte norte y al oeste del valle de Mexicali, cuenta con una superficie de 364 kilómetros cuadrados y una altura máxima de mil metros.

El cerro Prieto, ubicado al suroeste de la ciudad, abarca una superficie de siete kilómetros cuadrados y una elevación de 260 metros; la sierra El Mayor tiene una altura de 800 metros y una superficie de 50 kilómetros cuadrados, localizada en la parte central norte del municipio; sierra San Felipe con 450 kilómetros cuadrados y una altura de mil metros, se encuentra ubicada al sur del municipio; sierra Las Tinajas, localizada en la parte central, tiene una superficie de 234 kilómetros cuadrados y una elevación de 1,000 metros; sierra Las Pintas con una superficie de 217 kilómetros cuadrados y una altura de 700 metros, se localiza en la parte central sur del municipio.

La **flora** de este municipio es la común de zonas semidesérticas, la cual trae como consecuencia la presencia de especies silvestres típicamente xerofitas. A lo largo de las costas del golfo de California se pueden apreciar las especies de: chamizos, yerba resina, rosas, alfombrilla, pepinillo, etcétera. La agrupación matorral esclerófilo se encuentra representada por: vara prieta, chamizo colorado, brasillo, salvia, encinillo, hierba de oro y gramíneas. De las agrupaciones denominadas bosque ecuamifolio se tiene: guata, mezquitillo, valeria, canutillo, jojoba, mexcalito, zacate y sitarion. En la agrupación bosque aciculifolio se tiene pino Jeffrey, pino ponderosa, pino sugar, cedro y madroño.

La **fauna** del municipio de Mexicali se encuentra representada por una variedad de especies adaptadas a diferentes ecosistemas, tales como grandes zonas marinas, desérticas y bosques. De la primera se tienen totoaba, arepa, angelito, lisa, bagre, bocón, carpa, mojarra, curvina, lenguado, pulpo, tiburón y pez sierra, entre otros. En el desierto se tienen las especies de: lagartija, iguana, culebra y víbora de cascabel. En

aves están: pato golondrino, cercetas, correcaminos, búho, gaviota y pelícano. Mamíferos: murciélago, liebre, conejo, ardilla, coyote, zorra, mapache, tejón, zorrillo, venado y borrego cimarrón.

En las **Vías de Comunicación**, se cuenta con una infraestructura bastante eficiente; se puede arribar por agua, aire y tierra. La red carretera está formada de tal manera que permite la intercomunicación de la ciudad de Mexicali con su valle agrícola y con los otros municipios del estado y de los estados vecinos; las carreteras más importantes son la de Mexicali-San Luis Río Colorado Sonora (única vía de comunicación carretera con el interior del país); la carretera Mexicali-Tijuana que comunica a todos los municipios del estado; la carretera Mexicali-Islas Agrarias; la carretera Mexicali-San Felipe, existiendo además otros tramos de carácter secundario que complementan el sistema y que sirven para la intercomunicación de las localidades del valle. Además, cuenta con una extensa red de vías de terracería.

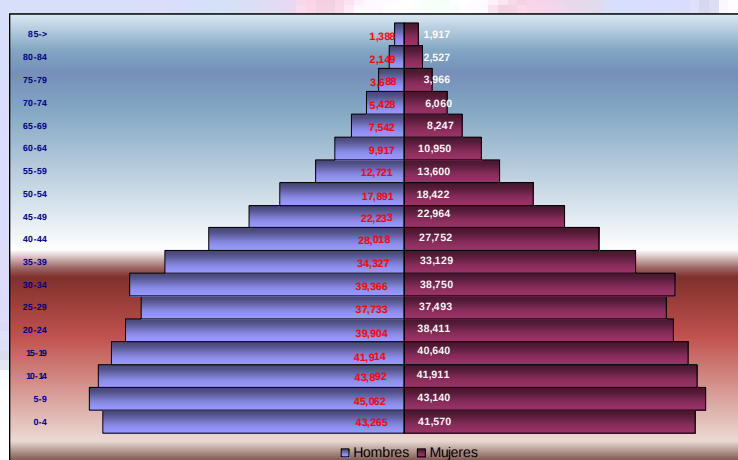
Las **vías férreas** que cruzan el municipio lo enlazan con el Ferrocarril del Pacífico que, a su vez, entronca con el Ferrocarril Chihuahua-Pacífico y la red de Ferrocarriles Nacionales de México. Existe un aeropuerto internacional y un aeródromo; el primero localizado a 20 kilómetros de la ciudad de Mexicali, y el segundo en el puerto de San Felipe.

Los medios de comunicación son similares a los del resto del país. El municipio cuenta con los servicios de correos, telégrafos, teléfono, sistema de télex, estación de microondas, servicios de internet y está integrado al sistema Morelos de Satélites; también tiene radiodifusoras comerciales y culturales, periódicos; recibiendo, además, la señal de los canales nacionales de televisión y varios canales norteamericanos; tiene canales locales, servicio de cablevisión, Sky.

También se cuenta con servicio de transportación foránea a través de la Central de Autobuses de Mexicali; la transportación urbana se realiza por medio de autobuses y taxis; la rural a través de autobuses públicos.

En el **aspecto demográfico**, Mexicali, Baja California, tiene una Población total estimada para 2006, de 867,887 habitantes, de los cuales el 50.29 % son hombres (436,438) y el 49.71% (431,449), son mujeres, tomada de la estimación al 30 de Junio de CONEPO, en base a la Tasa de Crecimiento Municipal del 2.0% anual, observada en el periodo 2000-2005.

Las características de la pirámide de población, presenta el tipo de pirámide regresiva o con forma de campana, la cual nos indica el descenso de la natalidad en los últimos años y un previsible envejecimiento de la población/ Se aprecia que el mayor grupo de edad se encuentra de los 0 a los 29 años, sumando un total de 494,935 habitantes, que dan un porcentaje del 57%. (Anexo 2).



El municipio de Mexicali está subdividido administrativamente en **14 Delegaciones** que fungen como cabeceras delegacionales y administrados por el Municipio de Mexicali, 2 de estas delegaciones forman parte de la zona urbana de Mexicali (González Ortega al oriente y Progreso al poniente), el resto está en ambiente rural y semi-rural.

Las delegaciones que conforman el Municipio son:

1) Algodones	4) Cerro Prieto	7) Delta	10) Hechicera	13) San Felipe
2) Bataquez	5) Morelos	8) González Ortega	11) Hermosillo	14) Venustiano Carranza.
3) Benito Juárez	6) Colonias Nuevas	9) Guadalupe Victoria	12) Progreso	

En el aspecto de **migración**, en Mexicali la mayor parte de su población es nacida en el municipio (60.3%), que representan 523,336 habitantes, mientras que la población inmigrante asciende a 272,517 habitantes (31.4%) a diferencia de Tijuana, en Mexicali predomina la población nacida localmente, la cual es casi similar a la población nativa de Tijuana (481,138 habitantes), pero la diferencia entre ambos municipios radica en la influencia de la inmigración en Tijuana en los últimos años. Los principales estados expulsores de migración hacia Mexicali son Sinaloa (22.50%), Sonora (17.75%), Jalisco (11.8%) y Michoacán (8.6%), respectivamente. ⁽¹⁾

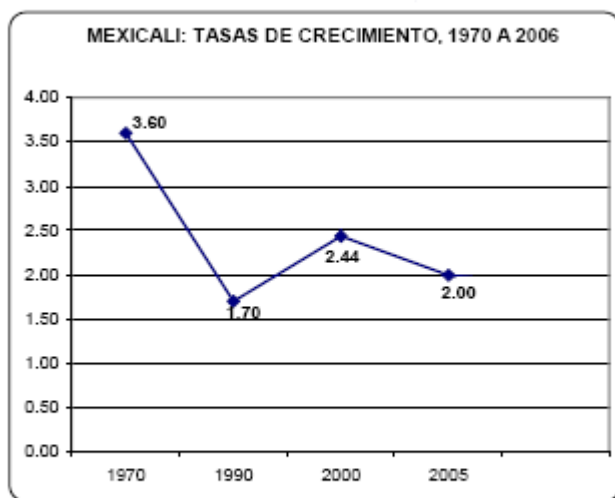
Los Cucapah son el grupo indígena que habitan en el municipio de Mexicali. Una problemática común de todas las etnias del Estado es la indefinición de la tenencia de la tierra lo que las hace vulnerables y estar en desventaja frente a otros grupos económicos organizados. Además de la mala calidad de los suelos para la agricultura.

El estado presenta una **densidad de población** de aproximadamente 34.6 habitantes por km². El Municipio de Mexicali presenta una las densidad de población mediana (54.89 km²/ habitante) No obstante su cabecera municipal presentan alta densidad: 2,238.897 hab/km².

La tasa de crecimiento nos indica la manera en que población aumenta o disminuye en un año determinado, debido al incremento natural y a la migración neta, expresada como un porcentaje de la población base. Esta tasa nos permite realizar el cálculo del tiempo en que determinada población se duplicaría, en caso de que ésta continuara

con el mismo ritmo de crecimiento; por hecho de que Mexicali tiene una tasa del 2 por ciento anual, el tiempo de duplicación sería de 35 años.

*Población de Mexicali:
tasas de crecimiento*



FUENTE: Secretaría de Industria y Comercio, Dirección General de Estadística, IX Censo General de Población 1970, INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda 1990, INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005, *Estimaciones del CONAPO.

La **esperanza de vida** al nacer ha aumentado, es de 75 años para el género masculino y de 79 para el género femenino, además existen proyecciones de que para el 2036, 1 de cada 4 personas serán adultos mayores, los cuales requerirán servicios de salud acordes al cambio en la pirámide poblacional. ⁽²⁾

El envejecimiento es uno de los grandes logros del primer nivel de atención, ya que el anticiparse o detectar temprano un problema y corregirlo, logra una mejor calidad y esperanza de vida.

Para la **tasa bruta de natalidad**, se tomó el número de nacidos vivos registrados en el 2006 que fue de 17,335 dividido sobre la población estimada 867,887 resultando una tasa de 19.97 por 1,000 nacidos vivos registrados, la del estado es de 23.29 por 1,000 nacidos vivos registrados.

Vivienda, conceptualizada como una necesidad básica que el ser humano tiende a satisfacer, muestra las características principales de bienestar socioeconómico y de

salud logrado en la comunidad. Al considerar la vivienda como unidad de análisis demográfica nos conduce a los servicios básicos de los que dispone, así como sus características de construcción y como recinto que permite la interrelación entre los miembros del núcleo familiar y la sociedad.

Este municipio es el que cuenta con el más alto índice de familias con vivienda propia en la entidad. El tipo de construcción, con respecto a las formas, registra influencia californiana; en cuanto a materiales de construcción básicamente se utilizan ladrillo, concreto y madera. En el municipio cuentan con un total de 215,607 viviendas de las cuales 204,624 son particulares. ⁽³⁾

Disponer de **agua entubada** en las viviendas, al igual que servicios como energía eléctrica y drenaje, constituye uno de los elementos más importantes para el bienestar de la población.



Se proporcionan a la población los servicios de agua potable con cobertura del 93% en el municipio, alcantarillado al 84%, alumbrado público 90% en zona urbana y 70% en zona rural, parques y jardines, centros deportivos y recreativos, mercados, rastros, panteones, vialidad, transportación, seguridad pública, servicio de limpia y servicio de bomberos. ⁽⁴⁾

El agua es un producto cada vez más escaso y que una opción muy importante es el re-uso de las aguas residuales.

Mexicali es una de las ciudades con mayor aprovechamiento de las **aguas residuales**, ya que del total de las aguas negras que se generan en este municipio, el 72 por ciento es aprovechado en diversos aspectos, como el riego de camellones y áreas verdes, riego de cultivos para el alimento de ganado y en el enfriamiento de turbinas generadoras de energía eléctrica.

La red de tubería morada para el riego de camellones y áreas verdes de la ciudad que actualmente suman 21.5 kilómetros.

El **saneamiento** de las aguas residuales se lleva a cabo en dos plantas de tratamiento. La Planta de Tratamiento de Aguas Residuales (PTAR) “Mexicali I” descarga su efluente a un dren agrícola. Mientras que la PTAR “Las Arenitas” localizada al sureste de la ciudad tiene una capacidad de diseño para 880 l/s y descarga su efluente al Río Hardy.

El sistema de **recolección de basura**, es a través de rutas específicas de los camiones recolectores a los domicilios y de contenedores, los cuales se encuentran localizados en forma estratégica en toda la ciudad.

La localidad de Mexicali cuenta con una cobertura de 100% en el servicio de recolección de residuos sólidos. De acuerdo a la Dirección de Obras Públicas de Mexicali, la cobertura en pavimentación se estima en 70%.

En relación a la **contaminación ambiental**, los países y los estados en particular, deben preocuparse por el desarrollo tanto económico como social de la población en su conjunto de una manera sustentable. Esto se toma en cuenta como medidas de protección así como requerimientos por los organismos internacionales, quienes otorgan las certificaciones a las autoridades de cada zona del país, para obtener lugares seguros que conlleven al desarrollo e inversión para mejorar la calidad de vida de la población. Mexicali, a pesar de sus paisajes áridos y desérticos, es un municipio privilegiado por la cantidad de recursos naturales, destacando los mantos acuíferos en su Valle, consecuencia de la filtración de las aguas del Río Colorado y sus afluentes, además de paisajes como del volcán Cerro Prieto, donde se encuentra una de las plantas geotérmicas más grandes de Latinoamérica, de la cual se obtiene gas natural y energía eléctrica.

Así mismo, existe la contaminación por residuos sólidos, que constituyen un foco de infección alarmante; esto en parte a que **no existe una cultura del reciclado en la**

ciudad y, que no se cuenta con la infraestructura necesaria para institucionalizar el manejo y reciclado apropiado de estos desechos bajo las normas del municipio. Las áreas verdes en la ciudad ocupan uno de los lugares más bajos a nivel nacional (1.5 m² por cada 3 habitantes).

La problemática en lo que refiere a la contaminación en Mexicali, originada por la ubicación geográfica de la ciudad, la cual se encuentra sobre un desierto y varios metros debajo del nivel del mar. Esa situación geográfica también genera un efecto invernadero en la época de invierno, por la concentración de bióxido de carbono, nitrógenos y otros gases tóxicos.

De igual manera, el polvo que se mantiene en la atmósfera ocasiona enfermedades respiratorias, alérgicas e intestinales. Además del polvo y el humo, existe en Mexicali otro factor que contribuye en gran medida con la contaminación de la ciudad, la compra de productos chatarra en Estados Unidos. Al decir productos chatarra, nos referimos a la compra de automóviles chocolates, neumáticos y baterías usadas que contribuyen al deterioro ambiental en la zona.

Mexicali cuenta con un parque vehicular de 365 mil automóviles, además de 300 autos prácticamente “chatarra” que se importan diariamente. Son más de 400 mil autos que transitan diariamente por la ciudad y de ellos sólo 30% pagan tenencia, es decir, que tienen una antigüedad de más de 10 años. El polvo, las llantas de desecho y baterías de autos son también productos muy contaminantes, además de que en esta ciudad diariamente se generan mil toneladas de basura.

Hay más de 600 mil llantas en el cerro del Centinela. Las llantas y baterías de automóvil son depositadas en terrenos baldíos o arrojadas en la vía pública, por lo que no sólo contaminan las casas, el suelo y los acuíferos, sino que en caso de incendio liberan unos 94 elementos tóxicos.

Es por ello, que cabe señalar que Mexicali ocupa el nada honroso tercer lugar en contaminación.

Fauna de riesgo, en esta ciudad hay unos 200 mil perros callejeros que provocan graves problemas de contaminación ambiental, ya que expulsan alrededor de 60 toneladas de desechos orgánicos y 100 mil litros de orines. ⁽⁵⁾

Estos perros callejeros causan serios destrozos a los sembradíos y con ello generan grandes pérdidas económicas a decenas de agricultores del valle de Mexicali.

"Es importante la colaboración ciudadana para detener la proliferación de perros callejeros, participando en las campañas de esterilización y quienes tengan mascotas de ese tipo, en especial hembras, cuidar que no salgan a la calle sin la vigilancia adecuada".

Dentro de los aspectos socioeconómicos, la **Educación** representa la posibilidad de adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y capacidades, con el fin de incorporarse a la vida social, económica y política del país. Por ello, entre otras cosas, la educación constituye el componente del desarrollo social que atenúa las disparidades sociales de manera más efectiva. De ahí la importancia de promover el acceso de mujeres y hombres al sistema educativo y su permanencia en él.

Para el año 2005, en Baja California, 4.1% de la población de 15 años y más no ha logrado incorporarse al sistema educativo nacional, 10.4% cuenta con primaria incompleta, 16.2% logró concluir la primaria, 31.2% tiene al menos un grado aprobado en secundaria o en estudios técnicos o comerciales, 21.8% aprobó algún grado en bachillerato o equivalente y 13.8% alguno en estudios superiores.

El promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 8.9 años, ocho meses más que en el año 2000 cuando se ubicó en 8.2 años. Las mujeres tienen 8.8 años de escolaridad en promedio, por 9 de los hombres.

Por municipio, Mexicali registra 9.2 años, equivalente a la media básica terminada; es decir, tres años de educación media básica.

La proporción de la población de 8 a 14 años que sabe leer y escribir aumentó en el periodo 2000-2005; en los niños el porcentaje se incrementó de 96.9% a 97.4% y en

las niñas de 97.4% a 98 por ciento. Por municipio se tiene que Mexicali, se encuentra por arriba de la media estatal en este indicador.

La educación constituye una de las vías privilegiadas para mitigar la desigualdad social, así como para lograr la equidad de oportunidades para hombres y mujeres. Diversas investigaciones han demostrado que con el sólo hecho de que las mujeres sepan leer y escribir, son más aptas para ejercer sus derechos, para instrumentar medidas preventivas de salud en su familia (como la vacunación de sus hijos) y para planificar su familia (al usar métodos anticonceptivos en mayor proporción que las analfabetas).

En 2005, la tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más es de 3.1 por ciento, en las mujeres esta proporción es de 3.4% y en los varones de 2.7 por ciento.

Uno de los municipios con la menor proporción de analfabetismo es Mexicali, donde se registró una tasa de 2.9%. En la entidad, la proporción de la población de 5 a 14 años que asiste a la escuela, en 2005, es de 92.9%. El comportamiento de este indicador por sexo es similar con 93.1% las niñas y 92.7% los niños. Por municipio, Mexicali es el que muestra una mayor asistencia escolar de los niños entre 5 y 14 años con 94.3 por ciento.

Habitantes de 15 años y +

Año 2000	Saben leer y escribir %	Analfabetas %
Mexicali	97.1%	2.9%
Estado de Baja California	96.9%	3.1%

Fuente: Cuaderno Estadístico Municipal 2006

Número de alumnos inscritos en primaria: La educación básica está integrada por los niveles de educación preescolar, primaria y secundaria, ofrece a la población 3 a 14 años la formación intelectual, afectiva y cultural necesaria para la convivencia en

sociedad. Como etapa formativa en estrecha vinculación con la familia desarrolla en el alumno las habilidades de pensamiento y las competencias básicas para favorecer el aprendizaje sistemático y continuo, así como las disposiciones, hábitos, actitudes y valores que guiarán su vida.

COMPARATIVO DE CRECIMIENTO DE EDUCACIÓN BÁSICA				
2006-2007 vs. 2007-2008				
Ciclo Escolar	Preescolar	Primaria	Secundaria	Total Básica
2006-2007	112,638	388,058	153,874	654,568
2007-2008	103,487	408,909	159,064	671,440
Incremento Absoluto	-9,171	20,853	5,190	16,872
% Incremento	-8.1%	5.4%	3.4%	2.6%

Fuente: Sistema Educativo Estatal / Unidad de Estadística

Dentro de la población económicamente activa por sector, de acuerdo con cifras al año 2000 presentadas por el INEGI, la población económicamente activa total del municipio asciende a 287,208 personas, mientras que la ocupada es de 284,884 y se presenta de la siguiente manera:

Sector	Porcentaje
Primario (Agricultura, ganadería, caza y pesca)	11.33
Secundario (Minería, petróleo, industria manufacturera, construcción y electricidad)	33.34
Terciario (Comercio, turismo y servicios)	50.63
Otros	4.7

La población económicamente activa es de 238,168 habitantes, de los cuales el 53% se encuentra activa y el 1% desocupada. En el año 2000, la PEA de Mexicali era de 54.1% de la población de 12 años de edad o más.

2.1.2.- DAÑOS A LA SALUD

2.1.2.1.- MORBILIDAD

Para el año 2006, la tasa de morbilidad general en el municipio de Mexicali, fue de 27,226 por 100,000 habitantes, para el mismo año, en el estado, la tasa fue de 26,164 enfermos por 100,000 habitantes. Es importante señalar que la fuente de datos para morbilidad procede del informe semanal de casos nuevos de enfermedades transmisibles en donde ya se incluyen algunas enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Así como en el estado, el principal motivo de consulta, en el municipio, fueron las infecciones del aparato respiratorio, con una tasa de 16,133 por cada 100,000 habitantes, seguido de las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, con una tasa de 3,630 por cada 100,000 habitantes, entre los dos padecimientos suman el 73 % (140,017 y 31,550, respectivamente), del total de 236,292 padecimientos que corresponden a todas las causas, como demanda de atención. En tercer lugar encontramos las Infecciones de las vías urinarias, con una tasa de 2,270 por 100,000 habitantes, con 19, 699 casos. En 4to. lugar, las úlceras, gastritis y duodenitis, con una tasa de 828 por cada 100,000 habitantes. Las enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión y la diabetes mellitus no insulino dependiente ocupan el 5to y 7mo. Lugar, con tasas de 659 y 441 respectivamente por 100,000 habitantes. (Anexo No. 3)

2.1.2.2.- MORTALIDAD

En lo que respecta a la mortalidad general durante el 2006, se encontraron registradas 1,830 defunciones, lo que corresponde a una tasa de mortalidad general de 299.96 por cada 100,000 habitantes.

Dentro de las principales causas de mortalidad se encontraron las siguientes: en primer lugar a las Enfermedades del corazón con 308 defunciones y una tasa de 50.48 por cada 100,000 habitantes, le siguen los tumores malignos, presentándose 257 defunciones, con una tasa de 42.13 por 100,000 habitantes, en tercer lugar se presentó

la diabetes mellitus con 256 defunciones y una tasa por cada 100,000 habitantes de 41.96, en cuarto sitio los accidentes con una tasa de 25.57 con 156 defunciones, en quinto lugar las enfermedades cerebro vasculares tuvieron 133 defunciones con una tasa de 21.80 por cada 100,000 habitantes, las enfermedades de hígado en sexto lugar con 101 defunciones y una tasa de 16.55 por cada 100,000 habitantes, en séptimo lugar las enfermedades pulmonares obstructivas con 73 defunciones y una tasa de 11.97 por cada 100,000 habitantes, la Insuficiencia renal en 8vo. Lugar con 46 defunciones y una tasa de 7.54 por cada 100,000 habitantes.

Las causas de mortalidad originadas por enfermedades transmisibles se encontraron en el 9no con una tasa ambas enfermedades de 5.74 por cada 100,000 habitantes, siendo estas la tuberculosis pulmonar y la Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (SIDA), presentándose 35 defunciones para cada una de ellas y en 10mo lugar ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, con 29 defunciones y una tasa de 4.75 por cada 100,000 habitantes. (Anexo No. 4)

MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD

2.1.2.2.1.- MORTALIDAD INFANTIL (MENORES DE 1 AÑO)

Se presentaron 18 defunciones, que corresponde a una tasa de 2.95 por cada 100, 000 habitantes, de las cuales el 1er. Lugar lo tuvieron los accidentes, con 6 casos y una tasa de 0.98 por cada 100,000 habitantes, en 2o. lugar Influenza y neumonía con 3 defunciones y una tasa de 0.49 por cada 100,000 habitantes, en 3er. Lugar las Enfermedades infecciosas intestinales con 2 defunciones y una tasa de 0.33 por cada 100,000 habitantes, en 4to. Lugar con 1 defunción y una tasa de 0.16 por cada 100,000 habitantes, aparecen 3 causas: Hepatitis, Agresiones (homicidios) y Anemia. (Anexo No. 5)

2.1.2.2.2.- MORTALIDAD PREESCOLAR

En este grupo de edad, también se presentaron 18 defunciones, siendo los accidentes, el 1er. Lugar con 6 defunciones y una tasa de 0.98 por cada 100,000 habitantes, en 2do. Lugar la influenza y neumonía y en 3er. Lugar las enfermedades infecciosas intestinales. (Anexo No. 6)

2.1.2.2.3.- MORTALIDAD ESCOLAR

Se presentaron 28 defunciones en este grupo de edad, con una tasa de 4.59 por cada 100,000 habitantes. El 1er. Lugar lo ocupan los accidentes con 9 defunciones y una tasa de 1.48 por cada 100,000 habitantes, el 2do. Lugar las leucemias con 5 defunciones, con una tasa de 0.82 por cada 100,000 habitantes, en 3er. Lugar los tumores malignos con 4 defunciones y una tasa de 0.66 por cada 100,000 habitantes, en 4to. Lugar, con 2 defunciones respectivamente y una tasa de 0.33 la Parálisis Cerebral y otros síntomas paralíticos y el Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia. En 5to lugar con 1 defunción y una tasa de 0.16 por cada 100,000 habitantes, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y las enfermedades del corazón también con una defunción. (Anexo No. 7)

2.1.2.2.4.- MORTALIDAD PRODUCTIVA

Se presentaron 827 defunciones, donde el 1er. lugar lo ocupan los Tumores Malignos con 115 defunciones y una tasa de 18.85, donde el número mayor de defunciones corresponden a tumor maligno de mama, con 15 defunciones y tumor maligno de la tráquea de los bronquios y del pulmón, con 11 defunciones. El 2do. lugar Enfermedades del corazón, con 99 defunciones y una tasa de 16.23, en 3er. lugar la Diabetes Mellitus con 94 defunciones y una tasa de 15.41 por cada 100,000 habitantes. En 4to. lugar los Accidentes, con 56 defunciones y una tasa de 9.18 por 100,000 habitantes. En 5to. lugar la Enfermedad cerebro vascular con 44 defunciones y una tasa de 7.21 por 100,000 habitantes. En 6to. lugar las Enfermedades del hígado con 40 defunciones y una tasa de 6.56 por cada 100,000 habitantes de las cuales 25 correspondieron a Enfermedades alcohólica del hígado. En 7mo. lugar la Tuberculosis pulmonar con 27 defunciones y una tasa de 4.43 por cada 100,000 habitantes. En 8vo.

lugar la enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia humana (SIDA), con 17 defunciones y una tasa de 2.79 por cada 100,000 habitantes. En 9no. lugar dos padecimientos la Influenza u neumonía y las agresiones (homicidios), con 15 defunciones cada una y una tasa de 2.46 por cada 100,000 habitantes. En 10mo. lugar las Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidio). (Anexo No. 8)

Cuando se hace un análisis de la Mortalidad Productiva según el sexo, existen diferencias. En las mujeres los tumores malignos ocupan el primer lugar, con 53 defunciones y una tasa de 8.69 por 100,000 habitantes. De estos tumores malignos el cáncer de mama se presentó en 15 defunciones y el cáncer Cérvico uterino en 8, con tasas de 2.46 y 1.31 respectivamente. El segundo lugar en las mujeres es la diabetes mellitus con 39 defunciones y una tasa de 6.39. En tercer lugar las enfermedades del corazón con 26 defunciones y una tasa de 4.26 por cada 100,000 habitantes. En los hombres el primer lugar lo ocupan las enfermedades del corazón con 73 defunciones y una tasa de 11.97 por cada 100,000 habitantes, en 2do lugar la diabetes mellitus y los accidentes, con 72 defunciones ambas y una tasa de 11.8; en 3er lugar las Enfermedades del Hígado con 31 defunciones y una tasa de 5.08 por cada 100,000 habitantes. En 4to. lugar las enfermedades cerebro vasculares con 30 defunciones y una tasa de 4.92, en 5to. lugar la tuberculosis pulmonar con 26 defunciones y una tasa de 4.26 por cada 100,000 habitantes. En 6to lugar la Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (SIDA), con 16 defunciones y una tasa de 2.62 por cada 100,000 habitantes.

2.1.2.2.5.- MORTALIDAD POST - PRODUCTIVA

En el grupo de edad de 65 años y el 1er. lugar de causas de mortalidad fueron las Enfermedades del corazón con 208 defunciones y una tasa de 34.09 por cada 100,000 habitantes. En 2do lugar Tumores Malignos con 134 defunciones con una tasa de 21.96. En 3er. lugar la Diabetes Mellitus con 132 defunciones y una tasa de 21.64 por cada 100,000 habitantes. En 4to. lugar las Enfermedades Cerebro vasculares con 89 defunciones y una tasa de 14.69 por cada 100,000 habitantes. En 5to. lugar las Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas con 43 defunciones y una tasa de 7.05 por cada 100,000 habitantes. En 6to. Lugar la Influenza y neumonía con 36

defunciones y una tasa de 5.90. En 7º lugar la Insuficiencia renal con 35 defunciones y una tasa de 5.74 por cada 100,000 habitantes. En 8vo. Lugar las Enfermedades del Hígado con 32 defunciones con una tasa de 5.25 por cada 100,000 habitantes. En 9no. lugar los Accidentes con 16 defunciones y una tasa de 2.62 por cada 100,000 habitantes y en 10mo. Lugar la Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma con 12 defunciones y una tasa de 1.97 por cada 100,000 habitantes. (Anexo No. 9)

2.1.3.- RECURSOS Y SERVICIOS

La Cobertura de Servicios de Salud en Mexicali, corresponde al 72.10 % a la Seguridad Social, con 625,730 derechohabientes y a la Población Abierta el 27.90% correspondiente a 242,157 habitantes.

La Cobertura por Institución en 2006, fue la siguiente: El IMSS, con el 59.01%, que corresponde a 512,108 habitantes. El ISSSTE, con 6.97%, corresponde a 60,477 habitantes. El ISSSTECALI, 6.12%. Que corresponde a 53,145 habitantes.

De la Población Abierta, al ISESALUD, le corresponde el 26.62%, con 231,022 habitantes y a IMSS Oportunidades, el 1.28% con 11,135 habitantes. (Anexo No. 10)

2.1.3.1.- RECURSOS FÍSICOS

En Mexicali, el total de Unidades de salud son 83, de las cuales 74 corresponden a primer nivel de atención y 9 a segundo nivel. El 30 % (25 Unidades), corresponden a la Seguridad Social y el 70 % (58 Unidades), a la Asistencia Social. (Anexo No. 11)

2.1.3.2.- RECURSOS HUMANOS

El total de médicos para el 2006 fue de 1,221, de los cuales divididos entre la población estimada para este año, corresponde a 14 médicos por 10,000 habitantes, este dato, es sin contar a los médicos que ejercen exclusivamente la medicina privada. La mayoría de estos se encuentran concentrados en el área urbana, permaneciendo solo el 20 % en el área rural. (Anexo No. 12)

De los 1,221 médicos, corresponden al primer nivel un 42 % (513); los 708 restantes corresponden a los especialistas, siendo un 58 %.

Del total de personal paramédico, 2,221, el 71 % (1,577) son enfermeras (os), también concentrados en el área urbana. Corresponde a 18 enfermeras por cada 10,000 habitantes. Al IMSS, le corresponde el 58.3 %, del total de grupo de enfermería.

Los odontólogos son 69, distribuidos en todas las instituciones del municipio, correspondiendo un odontólogo por cada 10,000 habitantes.

2.1.3.3.- RECURSOS MATERIALES

La Institución que mayor número de recursos materiales tiene es el IMSS, seguido del ISESALUD, tanto en camas censables y consultorios. A pesar que el IMSS, tiene una mayor cobertura de atención, el ISESALUD, cuenta con 163 consultorios y el IMSS con 142. Las salas de expulsión en ISESALUD, son 16 y en IMSS, 6. Farmacias en las Unidades, en ISESALUD, son 19 y en IMSS, 11 farmacias. (Anexo No. 13)

2.1.3.4.- SERVICIOS

En el 2006, se otorgaron 2'361,368 consultas, de las cuales el 54.7 % correspondieron al IMSS, 5.9 % al ISSSTE, 12 % al ISSSTECALI, 1 % SEDENA, 1 % IMSS Oportunidades, 25 % ISESALUD y el CESAM, el 0.4 %.

El total de consultas otorgadas entre la población fue de 2.7.

Del total de las intervenciones quirúrgicas, el 50.2 % fueron otorgadas por el IMSS, el 33.4 % por la SSA, el ISSSTE con el 6 %, el ISSSTECALI con el 9.6 % y SEDENA con el 0.8 %.

De los partos atendidos, el 42.69 % fueron atendidos en el IMSS, el 51 % en el ISESALUD.

La mayor productividad en la aplicación de inmunizaciones fue para el ISESALUD con el 53 % y el IMSS con un 36.7 %. (Anexo 14)

2.2.- ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

En el contexto mundial, el programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) decidió junto con sus copatrocinadores y asociados en 1998, centrar la

Campaña Mundial del SIDA en los jóvenes. Entre las razones principales figuró que más del 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA, se produjeron en jóvenes del grupo de edad de 10 a 24 años. ⁽⁵⁾

La epidemia ha tenido consecuencias importantes en la población adolescente y joven, al considerarse que en América Latina y el Caribe la mitad de todas las recientes infecciones se ostentaban en individuos menores de 25 años de edad y que la generalidad se contagiaba por la ruta sexual. ^(6,7)

En México, del total de casos reportadas en el periodo 1993 – 1997, el 1.6% se ubicó en grupo de los adolescentes (15 a 19 años de edad), y cuya característica particular es que preponderaba la vía de transmisión sexual; este aspecto está fuertemente ligado a la prevalencia del 30% que se presentó en el grupo de 20 a 29 años, por el periodo de latencia que asciende entre 2 y 11 años; y más recientemente en el 2002 la Secretaría de Salud, reporta que la mortalidad por VIH/SIDA en adolescentes de 15 a 19 años de edad represento el 0.65% durante este periodo. ^(8, 9,10)

Los jóvenes adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, ya que se encuentran en un periodo de transición en el que ya no son niños pero no han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, y estos tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro. ⁽¹¹⁾

Por otra parte en su mayoría las personas jóvenes tienen solo un conocimiento limitado VIH/SIDA, en gran parte por que la sociedad no les facilita la obtención de información. Con frecuencia las políticas sociales ponen de manifiesto la intolerancia y discriminación contra la juventud, como cuando limitan el acceso a la información sobre la salud y al cuidado de esta.⁽¹²⁾ Las respuestas de la salud pública a las necesidades de estos adolescentes suelen ser contradictorias y llevar a la confusión. Así mismo, las normas y expectativas sociales, junto con la opinión de los adolescentes, influyen poderosamente en su comportamiento, generalmente de manera tal que contribuyen a aumentar los riesgos para la salud.

3. PRIORIZACIÓN

Con la realización del Diagnóstico Integral de Salud se lograron identificar las necesidades y problemas de salud en la población que se debían atender. Sin embargo esto no siempre se puede lograr por lo que se recurre a tomar decisiones que determinen que problema o necesidad de salud requiere de una atención inmediata. Por lo cual se llevo a cabo un ejercicio de priorización, elemento fundamental para la toma de decisiones.

Dicho ejercicio se llevo a cabo mediante la metodología de Hanlon, tomando en cuenta las principales causas de mortalidad general, en hombres en edad productiva, dando como resultado la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) con alto grado de prioridad, por lo tanto factible para intervenir.

A nivel nacional Baja California ocupa uno de los primeros cinco lugares por casos registrados de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre las principales causas se identificaron a grupos vulnerables con factores de riesgo como son: usuarios de drogas, sexo servidores, homosexuales y personas privadas de su libertad, influyendo también los problemas socioculturales propios de una entidad fronteriza.

Principales causas de Mortalidad General en 2006 en Mexicali, Baja California

Causa	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	Valor	Orden
Enfermedades del Corazón	10	3	1	3	39	3
Tumores malignos	8	2	0.5	4	20	7
Diabetes mellitus	8	6	0.5	4	28	5
Accidentes	8	1	1	3	27	6
Enfermedades cerebro vasculares	8	5	0.5	3	19.5	8
Enfermedades del Hígado	8	7	1	3	45	2
Enfermedades pulmonares obstructivas	8	8	1	2	32	4
Insuficiencia renal	8	10	0.5	2	18	9
Tuberculosis pulmonar	8	9	0.5	2	17	10
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	8	4	1.5	5	90	1

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad del VIH-SIDA es un problema mundial de salud pública. El estudio del padecimiento se ha dirigido a todas las dimensiones, como son el virus, factores de riesgo, tratamiento, e impacto económico y social.

El VIH y el SIDA por su impacto a nivel individual y en el entorno de cada sujeto que la padece y sus familiares representan además un importante problema de salud a nivel poblacional.

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) son en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, con un incremento sustancial en el número de casos en la mayoría de los países.

Dos tercios de la población afectada por el VIH o SIDA se encuentran en África, donde se originó la epidemia durante los 90s, asimismo el continente asiático presenta una tendencia hacia el aumento. Hasta el final de 2003, se estimaba que aproximadamente que entre 34.6 a 42.3 millones de personas están viviendo con la infección del VIH, y 20 millones habrían muerto del SIDA. Durante este periodo de tiempo, aproximadamente 4.8 millones de personas se infectaron con el VIH y aproximadamente 2.9 millones murió del SIDA.

Se cree que, en conjunto, la tasa de incidencia del VIH (la proporción de personas que se han infectado por el virus) alcanzó su cuota máxima a finales de los años 1990 y que se ha estabilizado desde entonces, a pesar de una incidencia creciente en varios países.

En México tenemos 4,073 casos infectados del VIH solo en el 2005, con un acumulado en los últimos 10 años de 33,999 casos, el estado con mayor número de casos notificados es el Distrito Federal con 6,586. Durante el 2005 se notificaron 4,382 casos de SIDA y hubo un acumulado de 102,575 desde el inicio de la epidemia. El grupo poblacional más afectado es el de hombres adultos con el 81.8%. En el mismo año, se reportaron 101 casos de SIDA en menores de 15 años, de los cuales 99% adquirió la

infección por transmisión perinatal y en los adultos el contacto sexual es la característica más frecuente (97.8%). De los casos acumulados de SIDA el 66.3% han fallecido, sin embargo durante el 2005 fallecieron 342 que corresponden al 7.8% de 4,382 enfermos con SIDA.

4.1. PLANTEAMIENTO CENTRAL

La morbilidad por VIH/SIDA, se incrementa año con año en la población productiva y la edad promedio de las defunciones de los pacientes que mueren por SIDA en Baja California es de 35 a 40 años. Si tomamos en cuenta que el paciente infectado dura asintomático como promedio entre 2 y 11 años y después de que se presentan los síntomas hasta el fallecimiento, en los pacientes que no tuvieron acceso a tratamiento, la defunción ocurre aproximadamente a los 15 años, tenemos que la edad en que se infectaron, fue entre los 10 y los 15 años de edad. ^(4, 5, 6)

4.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

HISTORIA NATURAL: El SIDA es un trastorno causado por el VIH, un retrovirus RNA que produce una amplia variedad de manifestaciones clínicas que comprenden desde un estado de portador asintomático, hasta la patología debilitante e incluso mortal. El SIDA es un síndrome de inmunodeficiencia secundario a infección por VIH, que se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas, procesos malignos, lesiones neurológicas y muchos otros síndromes.

En las personas infectadas el VIH se encuentra en la sangre, secreciones vaginales, el semen y la leche materna, por lo cual el virus se puede transmitir de un enfermo a una persona sana a través del contacto sexual, la sangre o sus derivados, por los órganos o tejidos infectados y de una mujer infectada al feto o al recién nacido.

POBLACIÓN AFECTADA: Mexicali, Baja California, tiene una Población total estimada para 2006, de 867,887 habitantes, de los cuales el 50.29 % son hombres (436,438) y el

49.71 % (431,449), son mujeres. De esta población el 72.10 % es población con seguridad social (625,730), y la población total no Asegurada corresponde al 27.90 % (242,157).

DIMENSIÓN GEOGRÁFICA: El Municipio de Mexicali, tiene como límites al Norte, Estados Unidos de América, al sur el Golfo de California y el Municipio de Ensenada, al Este, Estados Unidos de América, el Estado de Sonora y el Golfo de California, al Oeste los municipios de Ensenada y Tecate.

Mexicali, está ubicado en el noreste del Estado de Baja California (al norte 32° 43', al sur 30° 52' de latitud norte; al este 114° 43', al oeste 115° 49' de longitud oeste).

Mexicali, está ubicado en el noreste del Estado de Baja California (al norte 32° 43', al sur 30° 52' de latitud norte; al este 114° 43', al oeste 115° 49' de longitud oeste).

Límites:

Posición Geográfica en Territorio Nacional:

Al Norte:	Paralelo 32° 43'	(Estados U nidos)
Al Sur:	Paralelo 28°	(Baja Ca lifornia Sur)
Al Este:	Meridiano 112° 45'	(Golfo de Ca lifornia)
Al Oeste	Meridiano 117° 19'	(Océano Pacíf ico)



4.2. CAUSAS DEL PROBLEMA CENTRAL Y PROBLEMAS SECUNDARIOS Ó COLATERALES

Problema /Factores Determinantes	Endógenos o biológicos	Exógenos o ambientales	Derivados del estilo de vida	Propios de los Sistemas y Servicios de salud
Problema Central				
La morbilidad por el VIH/SIDA, se incrementa año con año en la población productiva, es ocasionado por una falta de cultura en la prevención de la enfermedad, ocasionada esta por la falta de educación sexual en la población.	Es de fácil transmisión por vía sexual, si no hay las medidas para prevenir el contagio. Todos los géneros son susceptibles. No hay inmunidad.	El ambiente social propicia que haya más riesgo de transmisión sexual, no hay prevención en centros nocturnos, bares, discotecas, etc.	Los estilos de vida son relajados a la diversión con actividad sexual en los grupos de edad con vida productiva.	El sistema de salud no tiene la capacidad de atender una promoción de la salud de mayor impacto, en bares, centros nocturnos, escuelas, universidades, etc.
Problemas secundarios				
Las familias más afectadas son las que tiene menos recursos, las más pobres, que tienen un nivel de educación mínimo.	Es de fácil transmisión por vía sexual, si no hay las medidas para prevenir el contagio. Todos los géneros son susceptibles. No hay inmunidad.	La familia se desenvuelve en ambientes donde no cuentan con la infraestructura social adecuada y están más expuestos a contagiarse de VIH.	Las familias que tienen que vivir con un paciente con VIH poco pueden hacer con sus recursos para ayudar al enfermo.	El sistema de salud no da atención a todos los grupos de personas que tienen y viven con el problema de salud.

4.3. CONSECUENCIAS DEL PROBLEMA CENTRAL Y PROBLEMAS SECUNDARIOSÓ COLATERALES.

Problema /Consecuencias	Individuales	Poblacionales	A nivel de Sistemas y Servicios de salud
Problema Central			
El problema sigue creciendo en cuanto a tasas de morbilidad que se incrementan cada año, aunado al incremento de la mortalidad.	Muchos individuos infectados, no hacen conciencia de su problema con madurez e infectan a más personas	La población en general tiende a desatenderse del problema ya que piensa que a ellos no les va a suceder nada. Y discriminan a estos individuos afectados en lugar de apoyar de alguna forma.	Los sistemas de salud otorgan los medicamentos a los enfermos, pero no tiene la infraestructura para dar apoyo social, psicológico y un seguimiento permanente a su problema de salud.
Problemas secundarios			
A las familias que viven con un paciente con VIH, se sienten discriminados y estigmatizados por sus familiares y vecinos y si saben en su trabajo pueden hasta perder incluso su empleo.	El individuo pierde a su pareja, hijos, familia, amigos, vive a veces solo, y tiende a emigrar. Y otras veces infecta a la esposa y a sus hijos.	La población discrimina a estos individuos y sus familias, hay estigma hacia ellos, por lo tanto en lo general no les apoya.	Los sistemas de salud solo atienden por lo general al individuo dándole sus medicamentos, olvidando su entorno donde vive, como vive, sus necesidades psicológicas etc.

5. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Se presentan tres posibles alternativas de solución, incluyendo beneficios, elementos favorables y posibles obstáculos a enfrentar para poder intervenir en el problema de la Prevención, Promoción en Educación para la salud en enfermedades de transmisión sexual y específicamente en el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en Mexicali B.C.

1. Capacitación de los maestros de la Sección 2 del SNTE.

Beneficio potencial: personal capacitado y motivado para realizar actividades de promoción y educación para la salud en el grupo de riesgo (adolescencia).

Elementos favorables: la existencia de programas de VIH/SIDA en la Institución considerado de alta prioridad.

Obstáculos a enfrentar: falta de recursos financieros y la distancia para acudir a la capacitación a la Ciudad de Mexicali.

2. Promoción y Educación para la Salud en enfermedades de transmisión sexual y específicamente en el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en Mexicali B.C a la población en general.

Beneficio potencial: mejorar la percepción de riesgo de la población.

Elementos favorables: Medios de Comunicación.

Obstáculos a enfrentar: Falta de recurso financiero y se requiere de mayor tiempo para la ejecución.

3. Realización de una intervención educativa en la población afectada por la enfermedad.

Beneficio potencial: Mejoramiento del control de la enfermedad, disminución de complicaciones, y por lo tanto mejorar la calidad de vida del paciente infectado.

Elementos favorables: El programa de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA se encuentra dentro de los programas prioritarios en el sector salud.

Obstáculos a enfrentar: Personal poco competente en relación con las técnicas educativas.



6. JUSTIFICACIÓN

La mayor parte de los casos de sida ocurren entre los 20 y los 35 años de edad, y se sabe que el período de incubación del VIH es de 2 a 10 años, por lo que se infiere que un porcentaje importante de los individuos fueron infectados durante la adolescencia.

El número de casos acumulados de SIDA en jóvenes entre los 10 y 19 años, al 30 de junio de 2007, es del 2,331, lo que representa el 2.07% del total de casos.

A pesar de que la edad de infección por VIH, se presenta en la adolescencia, en Baja California a partir del 2002, por presión de los grupos en contra de la difusión de prácticas de sexo seguro, se suspendió en primarias y secundarias la capacitación para docentes, padres y alumnos sobre la **“Guía Soy Libre y Responsable”**, donde se capacitaba a los niños y adolescentes sobre la prevención del VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y sexualidad.

El incremento en los casos de VIH/SIDA, en el grupo de población productiva, en Baja California, tiene tal magnitud, que los casos acumulados, solo son superados por el Distrito Federal, lo que hace que este padecimiento tenga prioridad política, social y epidemiológica.

La relación que tienen los casos con el medio socioeconómico (Factores secundarios), también tiene importancia, en Mexicali, Baja California, ya que los casos se están presentando en los grupos más desprotegidos, con un nivel socioeconómico bajo, por lo que consideramos que la lucha se debe dar a través de cursos de sensibilización y concientización de las implicaciones del sexo inseguro.

El Estado de Baja California, en 2006, es la Entidad Federativa con la Tasa de Mortalidad, más alta en el país de 9.38, superando incluso al Distrito Federal, que tiene una Tasa de 7.34. La Tasa de Mortalidad por este padecimiento en el país en 2006 fue de 4.62.

Además los casos se presentaron principalmente en población productiva, de bajos recursos económicos y con baja escolaridad. Por lo que consideramos que como

Proyecto de Intervención para medir el impacto, trabajaríamos en el municipio de Mexicali, Baja California, como Proyecto Piloto, para valorar la intervención y ponerla en marcha en el resto del Estado.

Esta consistió en impartir un Curso-Taller de Formación de Líderes Educativos en la Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, en la región, donde se definieron los contenidos Temáticos de los Talleres para que posteriormente se pudieran utilizar para sus alumnos.

Este Curso-Taller capacitó a los maestros para que reforzaran sus conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual, sobre el VIH y el SIDA, el uso del preservativo y para que difundan la estrategia de “sexo seguro”.

7. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

IMAGEN OBJETIVO DEL PROBLEMA

Se determinó la imagen objetivo del padecimiento de VIH/SIDA, con una población responsable de su sexualidad, con autocuidado de su salud, con conocimientos de técnicas para uso de preservativo, posteriores a nuestra intervención, a través de Talleres participativos.

PRODUCTOS ESPERADOS

♦ **Características del producto o servicio**

Se trató de un proyecto que a través de Talleres, define los conocimientos, describe las técnicas didácticas adecuadas sobre “prácticas sexuales seguras”, dirigido a los líderes de la educación - Secretarios Generales de las 96 Delegaciones de Educación Técnica Media - de la Sección 2 del SNTE, en el municipio de Mexicali, para que posteriormente ellos adapten los Talleres a sus agremiados y el conocimiento a los alumnos sea adecuado y sin estigmas.

♦ **Calidad del producto o servicio**

Excelente con resultados a mediano plazo por la seriedad de las instituciones involucradas así como las personas que tuvieron participación en los cursos-talleres en lo referente al proyecto específico.

♦ **Destino geográfico del producto o servicio**

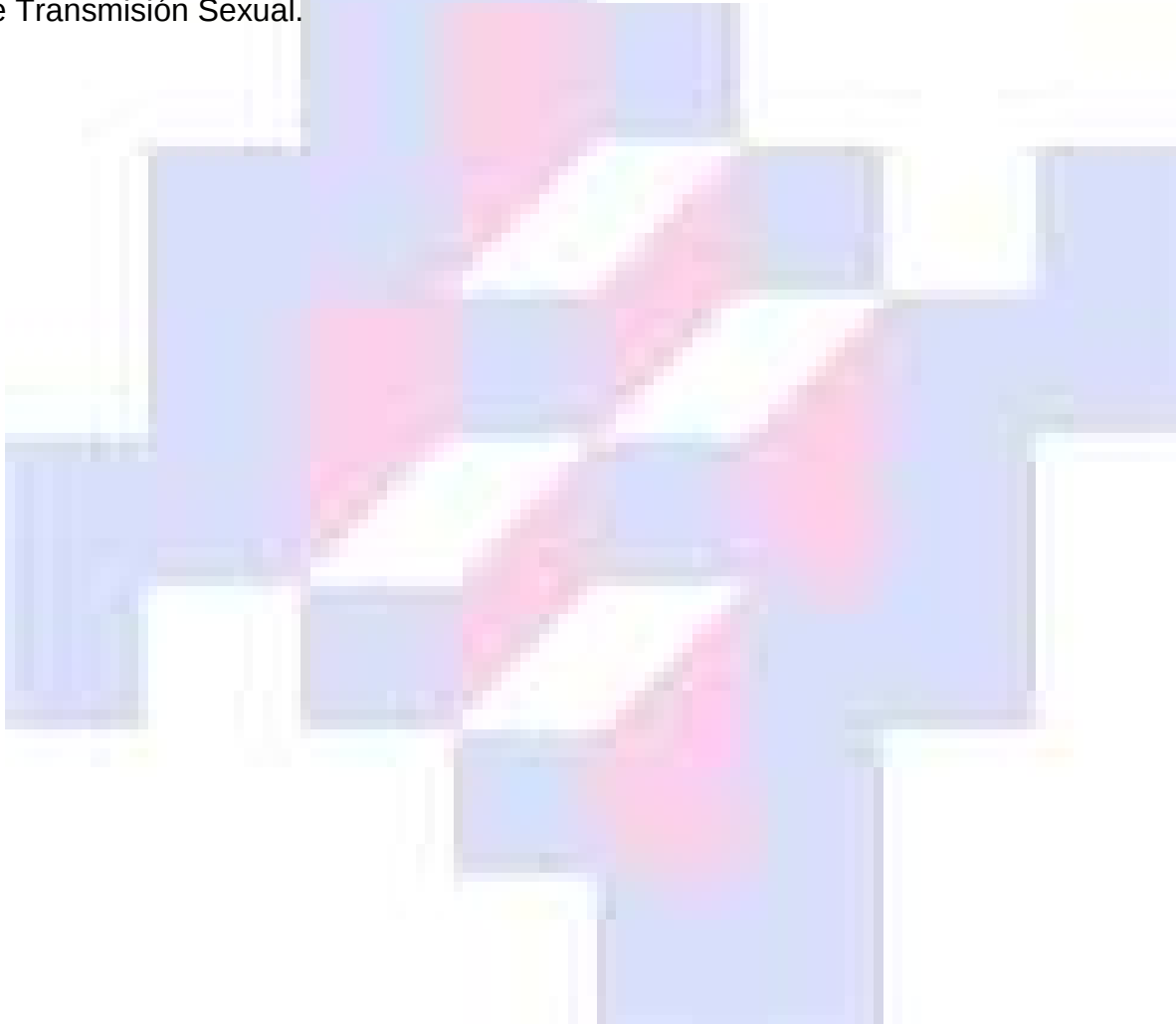
A todas las Delegaciones Sindicales de la Sección 2 del SNTE, ubicadas en el municipio de Mexicali, Baja California.

♦ **Usuario o consumidor del producto o servicio**

Todos los Secretarios Generales de las 96 Delegaciones del SNTE en el municipio de Mexicali, Baja California.

♦ **Relación con otros proyectos, programas, planes y políticas.**

Este Proyecto se apoyó en el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, en México, en el Programa Nacional de Vigilancia Epidemiológica, con el Plan Nacional de Salud 2007-2012, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por su mandato constitucional del derecho a la salud. Se relaciono también en la Declaración de los Derechos Humanos, tiene relación con las Normas Oficiales Mexicanas y los Programas Nacionales de Tuberculosis, Adicciones y Enfermedades de Transmisión Sexual.



8. OBJETIVOS Y METAS:

OBJETIVO GENERAL:

Reforzar el conocimiento sobre prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, en líderes de la educación de las 96 Delegaciones de Educación Técnica Media de la Sección 2 del SNTE, en Mexicali, Baja California, en el 2008.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los conocimientos que tengan los maestros líderes de la educación técnica media sobre:
 - ◆ Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual
 - ◆ Conocimientos sobre la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
 - ◆ Estigmatización sobre el padecimiento.
- Definir un modelo de enseñanza constructivista.
- Evaluación Pos-Talleres de los conocimientos sobre Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, Infección por Virus de la Inmunodeficiencia humana y estigmatización sobre el padecimiento.
- Comparar la evaluación diagnóstica y la post evaluación de la intervención.

METAS

- Capacitar a 96 líderes de la Educación Técnica Media de la Sección 2 del SNTE, en Mexicali, Baja California, sobre medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Objetivo Específico	Meta	Actividades	Recursos (humanos, materiales, equipo y financieros)
- Identificar los conocimientos que tengan los maestros líderes de la educación técnica media sobre Prevención de ITS, Infección de VIH y SIDA - Definir un modelo de enseñanza constructivista - Evaluación Post-Talleres de los conocimientos sobre Prevención de ITS/VIH/SIDA y estigmas	96 Cédulas diagnósticas - Un Modelo de Enseñanza Constructivista 6 Talleres Interactivos 96 Cédulas Post - Talleres	- Aplicación de una Cédula diagnóstica de conocimientos de VIH/SIDA, medidas de prevención y percepción de la estigmatización del padecimiento. - Diseñar estrategias de enseñanza para un estilo visual, auditivo, lectura/escritura y kinésico o kinestésico - Realizar Talleres Interactivos de aprendizaje de “prácticas de sexo Seguro”. - Aplicación de Cédula Post- Taller de conocimientos de VIH/SIDA, medidas de prevención y percepción de la estigmatización del padecimiento.	HUMANOS - Médicos, - Psicólogos y - Trabajadoras sociales, etc. MATERIALES - Carpetas - Folders - Plumas, lápices, engrapadora, perforadora de 3 hoyos, plumones, cartulinas, etc. - Hojas EQUIPO - Cañón, - Lap top, - Un aula, costos FINANCIEROS \$ 28,800 MENSUALES (En especie, con apoyo del personal del

• Comparar la Evaluación diagnóstica y la post evaluación de la intervención	• 192 Cédulas	• Realizar una comparación de las cédulas diagnósticas iniciales y las posteriores a la intervención	ISSSTE y con recursos del SNTE).
--	---	--	---

9. ESTRATEGIAS

1. Se realizó una Reunión con los líderes de la Sección 2 del SNTE (Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación), la Responsable Estatal del Programa de VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual de la Secretaría de Salud, los representantes de la Subdelegación Médica del ISSSTE, en Baja California, donde se expuso el problema de salud pública en el que se ha convertido el VIH/SIDA, en Mexicali, Baja California. Además de presentarles el Proyecto estratégico de intervención y el impacto que se esperaba.
2. Se conformo un grupo multidisciplinario para la formulación de la cédula de evaluación diagnóstica, de contenidos de los Talleres, donde se incluyeron a Médicos, enfermeras, psicóloga, trabajadora social y una Licenciada en ciencias de la comunicación y otra en ciencias de la Educación.
3. Se realizó una carta descriptiva del Taller interactivo, donde se tomaron en cuenta todas las sugerencias del Grupo consultor para la formulación de las actividades de la Capacitación a los líderes educativos.
4. Se sensibilizó a varios pacientes VIH POSITIVOS o con SIDA, para que participaran en el Taller, solicitándoles su apoyo para que compartieran sus experiencias sobre el padecimiento y el acceso a la información en la actualidad.
5. Se realizaron Talleres Interactivos con estrategias de enseñanza para un estilo visual, auditivo, lectura/escritura y quinésico o kinestésico.
6. Se calendarizó el Taller, después de haber realizado una campaña previa, de sensibilización para tener la seguridad de que la participación de los trabajadores de la educación, fuera en forma espontánea y no en forma coercitiva por parte de las autoridades sindicales.

10. LÍMITES

- **Área Geográfica:** Mexicali, Baja California.
- **Temporalidad:** Junio a Septiembre del 2008.
- **Mercado:** 96 líderes de la Educación Técnica Media de la Sección 2 del SNTE, en Mexicali, Baja California.



11. METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

1. Diseño del estudio:

Estudio Cuasi-Experimental, prospectivo con líderes de la Sección 2 del SNTE, en Mexicali, Baja California, divididos en 3 grupos y con una medición antes y después de la intervención.

2. Universo:

96 líderes de la Educación Técnica Media de la Sección 2 del SNTE, en Mexicali, Baja California.

3. Tamaño de la muestra:

Se incluyeron al 100 % de los líderes de las secciones sindicales adscritas a Mexicali, Baja California (96 secretarios generales).

4. Criterios de inclusión:

- Ser Secretario General de las Delegaciones del SNTE de la Sección 2, adscritos a Mexicali, Baja California.
- Aceptación a participar en la intervención educativa.

5. Criterios de exclusión:

- Líderes adscritos a las Delegaciones Sindicales de la Sección 2 del SNTE, en Mexicali, Baja California, que no aceptaran participar en la intervención educativa.

6. Criterios de eliminación:

- Líderes educativos de la Sección 2 del SNTE, adscritos a Mexicali, Baja California, que se encuentren incapacitados, de licencia o comisionados a Oficinas Centrales.
- Líderes educativos que no cumplan con el 90 % de Asistencia al Taller.

7. Diseño de sesiones Educativas:

Se conformó un grupo multidisciplinario para la formulación de los contenidos de los Talleres y de la cédula de evaluación diagnóstica, (Anexo No. 15), donde se incluyeron a Médicos, enfermeras, psicóloga, trabajadora social, una Licenciada en ciencias de la comunicación y otra en ciencias de la Educación. Se realizaron Talleres Interactivos con estrategias de enseñanza para un estilo visual, auditivo, lectura/escritura y kinésico o kinestésico. (Anexo No. 16)

8. Instrumentos:

Se diseñó una cédula de evaluación con un total de 20 reactivos elaborada por un grupo interdisciplinario miembro del COESIDA, con el apoyo de la Responsable Estatal del Programa ITS y VIH/SIDA de la Secretaría de Salud, que utilizó para evaluar el nivel de conocimientos previo y posterior a la intervención, mismos que se formularon en base a la Norma, enfocándose principalmente a los componentes de promoción y educación para la salud, con énfasis en el componente de mecanismos de transmisión, prevención y conocimientos de ITS. (Anexo 16)

9. Aplicación del Instrumento:

La aplicación del instrumento se realizó previo a la capacitación (medición basal) y al finalizar la misma.

10. Análisis Estadístico:

El criterio de evaluación que se utilizó fue ACEPTABLE con 85% o más y NO ACEPTABLE con 84% o menos. Cabe mencionar que este criterio se seleccionó en base a la calificación máxima obtenida en la pre-evaluación. Posteriormente se utilizó la hoja de cálculo en el programa Excel Microsoft Office®, versión 2007 para la captura de los cuestionarios, posterior a esto, las bases de datos se transformaron para su análisis en el programa Epi-info®, versión 3.5.1.

12. PROCESO O ACTIVIDADES

I. Autorización:

Se solicitó la autorización para la realización de la intervención, a través de una reunión entre el Delegado Estatal del ISSSTE y la Secretaria General del SNTE, los cuales aceptaron la implementación de la intervención, además de brindar el apoyo para que se realizaran los Talleres en las instalaciones del SNTE en fechas y horarios convenientes para disminuir el ausentismo.

II. Elaboración de Material:

El grupo interdisciplinario procedió a elaborar la carta descriptiva, y en base al contenido de la misma se elaboró el material didáctico en base a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (HIV/SIDA), además de la elaboración de otros materiales como fueron una carpeta con material impreso además de un CD con material bibliográfico para los talleres, las Guías para padres, maestros y alumnos y los instrumento de evaluación y listas de asistencia, etc.

III. Sesiones Educativas:

El Grupo de los 96 líderes, se distribuyó en 3 Grupos de 32 Secretarios Generales cada Subgrupo.

El grupo inicial de 96 convocados a las Sesiones Educativas, se presentaron 85 maestros y lo concluyeron 76. (Anexo No. 18.1, 18.2 y 18.3)

El tamaño fue de 3 equipos de capacitación, cada Equipo estuvo integrado con un médico, una enfermera general y una trabajadora social. Estos 3 Equipos contaron con un grupo de apoyo de 1 Licenciada en Ciencias de la Comunicación, una Lic. en Ciencias de la Educación y una Psicóloga, que

apoyaron como Grupo Consultor, para la elaboración del contenido temático del Taller utilizando Técnicas didácticas modernas.

Estos tres grupos, trabajaron con la capacitación de los 85 líderes de Trabajadores de la Educación Técnica Media, del municipio de Mexicali, Baja California, de los cuales lo concluyeron 76.

Los 3 Equipos coordinaron los 3 Talleres con 25 maestros el Grupo I, 23 maestros en el Grupo II y 28 maestros en el Grupo III. El Taller se impartió de lunes a viernes con 6 horas de Taller, con espacios de receso y como resultante 30 horas de Taller interactivo, para cada uno de los 76 líderes de Educación Media en el Municipio de Mexicali, Baja California. (Anexos No. 18)

13. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

MARCO LÓGICO DEL PROYECTO

	Síntesis	Indicadores Objetivos verificables	Medios de verificación (fuente)	Supuestos
Impacto a largo plazo	Que los líderes de la Educación difundan las medidas preventivas de ITS y VIH/SIDA.	Talleres de Prevención de ITS y SIDA, para maestros de las delegaciones sindicales impartidos por los líderes de la educación.	Carta descriptiva de Talleres para maestros.	Maestros capacitados en la prevención de ITS y VIH/SIDA en el Municipio de Mexicali, B.C.
Objetivos del proyecto	Fortalecer el conocimiento de las medidas preventivas de enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, en los líderes de los trabajadores del SNTE, en Mexicali, B.C.	Número de trabajadores del SNTE que son Secretarios Generales de una Sección Sindical de maestros de escuelas de educación técnica media.	Encuestas de Seguimiento, en cuanto al Uso de Medidas de Prevención para evitar la infección por VIH/SIDA.	96 personas líderes del SNTE que en un lapso del 15 de Febrero al 15 de Mayo del 2008 en Mexicali, Baja California, han reafirmando sus conocimientos sobre medidas de prevención de riesgo de infección por VIH.
Producto	Proyecto: Taller Participativo en Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.	- Número de Talleres realizados % de asistencia a los talleres	- Carta descriptiva de los Talleres. - Lista de asistencia	Los Talleres participativos, fortalecerán los conocimientos de los maestros líderes de la Sección 2 del SNTE, del municipio de Mexicali, B.C.
Insumo	Personal de salud, Médicos, Enfermeras, Trabajadora Social,	Listado de personal que participa en el curso-taller, así como de los insumos que se utilizan en el	- Cartas descriptivas y - Evaluación de los ponentes	Los insumos suficientes y de calidad son la base para la realización de los talleres

	Promotores de Salud, Lic. en ciencias de la comunicación, Lic. en Ciencias de la Educación, etc. • Aula, cañón, computadora Laptop, cartulinas, plumones, condones, etc.	mismo.		
--	---	--------	--	--

13.1. FACTIBILIDAD DE MERCADO

El municipio de Mexicali, Baja California cuenta con una población total de 867,887 habitantes* de los cuales 50.29 % son hombres (436,438) y el 49.71 % (431,449), son mujeres.

La capacitación de los líderes de la Educación Técnica Media impactará en la población escolar que para el municipio de Mexicali, corresponde a 43,892 hombres y 41,911 mujeres que corresponde al 9.8 % (85,803) de la población Total del Municipio de Mexicali.

Por otro lado, el grupo de edad de riesgo (15 a 59 años) está conformado por 545,268(62.82 %) de los cuales 274,107 son hombres y 271,161 son mujeres.

Consideramos que el impacto de nuestra intervención consiste que la educación sobre prevención de padecimientos de transmisión sexual inicie desde la educación media y que tenga impacto en el grupo blanco de 15 a 59 años.

Actualmente existen programas de promoción y educación sobre el tema que son otorgados a esta población, tanto por el Sector Público, como por Organismos no Gubernamentales, (básicamente funcionan como espacios informativos) y de acuerdo a las estadísticas de morbilidad sobre el VIH/SIDA, estos no han impactado en esta población lo que se puede inferir con los resultados de las encuestas de salud realizadas por la Secretaría, en donde ubican a esta entidad como el Segundo estado con mayor incidencia de estas patologías, por lo cual podemos decir que la oferta no es la mejor y además es insuficiente. Así mismo, consideramos que existe la necesidad (sentida) ya que la población está consciente de lo que representan estas enfermedades y sin embargo siguen realizando prácticas sexuales de riesgo. La oferta es insuficiente de Talleres que impacten en la población de educación media, los recursos disponibles no nos ayudan a darle sentido al problema, a elegir y a proponer y aceptar nuevos criterios para abordar el problema, solo se ha dedicado a dar mensajes informativos.

Los esfuerzos de prevención se dirigen a las personas cuyo comportamiento los pone en alto riesgo de la infección por VIH, pero no debemos esperar a que aumenten las tasas de morbilidad y mortalidad para implementar una solución.

Por la edad de presentación de la enfermedad, la infección de VIH se da en los grupos de edad escolar, por lo que estamos seguros que la educación con enfoque en cambios de conducta para la prevención en padecimientos como el VIH, en estos grupos de edad, pueden ayudar a modificar sustancialmente las tasas de morbilidad esperadas en el futuro.

PERFIL DE USUARIOS Y/O USUARIAS ACTUALES Y POTENCIALES, INCLUYENDO SUS PREFERENCIAS Y HÁBITOS ESTABLECIDOS EN EL PERFIL DEL PROYECTO.

Está enfocado este producto a los 96 líderes de los trabajadores de la educación de las 96 Delegaciones de la Sección 2 del SNTE, en el municipio de Mexicali, Baja California, de los cuales dependen los 1625 maestros adscritos a escuelas de educación técnica media, que fue el perfil del usuario potencial de los Talleres de Capacitación.

El usuario final de la capacitación serían los 85,803 estudiantes de secundaria del municipio de Mexicali, Baja California, que tienen de común que durante esta etapa de su vida darán inicio a su vida sexual.

Dentro de este grupo poblacional existen individuos con preferencias homosexuales, bisexuales y heterosexuales, algunos con diferentes niveles de conocimiento de la necesidad del autocuidado de su salud, a través de hábitos de “sexo seguro”. Este grupo de usuarios tienen diferentes tipos de conductas de riesgo, además de las relaciones sexuales sin protección, algunos presentan otros factores de riesgo como: tatuajes, usuarios de drogas intravenosas, etc.

RIESGOS DEL PRODUCTO

Variables	Síntesis descriptiva	Elementos obstaculizadores	Elementos para crear factibilidad
Producto principal	Talleres de reforzamiento educativo sobre conocimiento de las medidas preventivas para infectarse de VIH y promoción sobre la práctica de “sexo seguro”, para los líderes de la educación en el municipio de Mexicali, Baja California.	La falta de interés por parte del SNTE en participar en el Proyecto de Talleres de Capacitación sobre medidas prevención de VIH/SIDA.	Compromiso institucional, Interés de la Secretaría de Salud, el ISSSTE y SNTE.
Producto complementario	Tener líderes de trabajadores de la educación que difundan la modificación en los estilos de vida, con relación a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.	- La falta de motivación de los representantes de los trabajadores. - Escolaridad - Cultura	- ONGs - Grupos de ayuda mutua
Producto sustituto	Tener maestros informados con relación a las medidas de prevención en padecimientos como el VIH.	- La falta de motivación del Personal Capacitador - Inasistencia - Apatía	Tener un acercamiento permanente con los representantes de los trabajadores de la educación y las instituciones de salud responsables
Caracterizar a la población	- Líderes de los maestros de educación técnica media. - Todos los estudiantes de educación media del municipio de Mexicali, Baja California como usuario terminal del Proyecto de Intervención	- Que no se tenga una logística eficaz en el cumplimiento de las citas a los Talleres. - Huelga - Apatía de maestros - Políticas del Sindicato.	- Otorgar información oportuna de los resultados que se van obteniendo de los Talleres. - Coordinación eficaz con la Sección 2 del SNTE, sector salud y ONG's.

FORMAS ESPECÍFICAS QUE SE UTILIZARON PARA QUE EL PRODUCTO DEL PROYECTO LLEGUE A LOS DEMANDANTES, USUARIOS O CONSUMIDORES

Se establecieron concertaciones con los representantes de los trabajadores de educación técnica media, (Sección 2 del SNTE), en Mexicali, Baja California, con las autoridades de la Secretaría de Salud, con la Subdirección General de Salud, y con la Responsable Estatal del Programa de VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual y el personal del Departamento de Atención Médica Integral de la Subdelegación Médica del ISSSTE, en Baja California, para informar sobre el Proyecto.

Posteriormente se agendaron los Talleres, previa definición de las áreas de trabajo, horarios y turnos de los trabajadores.

13.2. FACTIBILIDAD TÉCNICA

El Grupo de los 96 líderes, se distribuyeron en 3 Subgrupos de 32 Secretarios Generales cada grupo.

- El tamaño fue de 3 equipos de capacitación, cada Equipo estuvo integrado con un médico, una enfermera general y una trabajadora social. Estos 3 Equipos contaron con un grupo de apoyo de 1 Licenciada en Ciencias de la Comunicación, una Lic. en Ciencias de la Educación y una Psicóloga, que apoyaron como Grupo Consultor, para la elaboración del contenido temático del Taller utilizando Técnicas didácticas modernas. Estos tres grupos, trabajaron con la capacitación de los 96 líderes de Trabajadores de la Educación Técnica Media, del municipio de Mexicali, Baja California.

Los 3 Equipos coordinaron los Talleres de los 3 Subgrupos cada uno, de tal manera que se realizaron 3 Talleres, con 32 maestros convocados en cada Taller. El Taller se impartió de lunes a viernes, con 6 horas de Taller, con espacios de receso y como resultante 30 horas de Taller interactivo, para cada uno de los 96 líderes de Educación Media en el Municipio de Mexicali, Baja California.

- Tamaño del mercado: Tomando en cuenta que al grupo que va dirigido el Proyecto, son los líderes de trabajadores de la Educación Media, el impacto en el usuario final del Producto, lo integran los 85,803 alumnos de educación media del municipio de Mexicali, que corresponden al 9.8 % de la población Total. Teniendo el antecedente de que es en el grupo donde se presume se lleva a cabo la infección, el mercado es prioritario y de alto impacto en el futuro. Dentro de los factores condicionantes para determinar el tamaño óptimo del mercado podemos mencionar que el Proyecto se realizó en coordinación con el SNTE.
- Capacidad financiera: Otro factor fue la capacidad financiera que se obtuvo por las aportaciones en especie y efectivo del ISSSTE, así como en especie del SNTE y de las instituciones educativas.

- **Disponibilidad de insumos materiales y humanos:** Se contó con personal del sector salud que cuenta con los conocimientos sobre el tema. Se formaron equipos integrados cuando menos por tres personas (médico, enfermera y trabajadora social) los cuales se capacitaron para homogenizar el conocimiento que se otorgaría en los talleres.
- **Problemas de transporte:** El presente proyecto se contempló únicamente en el municipio de Mexicali, Baja California, por lo cual se utilizaron para el traslado del personal de salud los vehículos oficiales del ISSSTE. Por parte de los asistentes al Taller, lo hicieron con sus recursos propios.
- **Problemas institucionales:** Se tuvo que trabajar con los líderes sindicales que tuvieran comisión sindical para que pudieran acudir de lunes a viernes, con el objeto de no interceder en su trabajo diario en líderes que además de su quehacer sindical, tienen grupo. El personal de Salud que colaboró en los Talleres también tuvo que ser comisionado, ya que no se cuenta en las Instituciones de Salud, personal exclusivo para capacitación.
- **Capacidad administrativa:** De acuerdo al número de equipos capacitadores que se lograron conjuntar se estableció el número de personas que recibieron la capacitación. Se programaron 3 Equipos que impartieron el Taller a los 3 Subgrupos de 32 personas, para lograr capacitar a los 96 líderes, Secretarios Generales de Educación técnica media.

PROCESO TÉCNICO PARA LA OBTENCIÓN DEL PRODUCTO.

- Selección del personal médico, enfermeras y trabajadoras sociales que formaron los equipos de capacitación. Tomando en consideración no solo conocimientos sobre los temas, sino también cualidades pedagógicas.
- Unificar el conocimiento en cuanto a las características del Proyecto a realizar, con el Apoyo de un Grupo asesor conformado por una Licenciada en Ciencias de la Comunicación, una Licenciada en Ciencias de la Educación y una Psicóloga, como grupo staff.

PASOS PARA LA ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO:

1. Definición de la cantidad de participantes por sesión de capacitación.
Se propuso que fueran 32 participantes por cada Taller y que se realizaran 3 Talleres de 30 horas cada uno.
2. Seleccionar un estilo de vida a cambiar.
3. Identificar las determinantes de los estilos de vida.
4. Diseñar actividades para abordar los factores clave (determinantes) seleccionados.

UNIDAD DE PRODUCCIÓN Y SUS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS. LOCALIZACIÓN, MERCADO, INSUMO, MEDIOS DE TRANSPORTE, OBRA FÍSICA, MATERIAL QUE SE REQUIERE, COSTOS DE INVERSIÓN, OPERACIÓN Y ORGANIZACIÓN.

- **La localización sede:** En las instalaciones de SNTE, en el Municipio de Mexicali, Baja California, donde estuvo convocado el personal capacitador, para coordinar los Talleres: 3 médicos, 3 enfermeras, 3 trabajadoras sociales, conformando 3 equipos de capacitación del ISSSTE.
- **El mercado a atender:** fueron los 96 Secretarios Generales de las Delegaciones de Educación Técnica Media, de la Sección 2 del SNTE, en Mexicali, Baja California.
- **Los insumos:** un cañón, una Laptop, papelería, lápices, cartulinas, fólder, plumones, condones, etc., para cada equipo capacitador.
- **El medio de transporte,** con apoyo de los vehículos oficiales del ISSSTE.
- **Obra física** se utilizaron las instalaciones del SNTE.

• **Los costos estimados de inversión** fueron de \$48,000.00 mensuales, más 35,000.00 pesos del cañón y Laptop; que fueron aportados en especie por las Instituciones Involucradas, con apoyo de las instituciones de salud, el monto total del PROYECTO: \$351,700.00, que absorbieron las instituciones involucradas.

• **La operación**, se programó de la siguiente forma: Los 3 equipos de salud fueron previamente capacitados, con un Programa Académico, de lunes a viernes, en las instalaciones de la Sección 2 del SNTE. Se formaron 3 grupos de trabajadores de la educación con 32 participantes cada uno, los cuales se programaron en base a un calendario para recibir su capacitación, en áreas específicas del edificio sindical.

ORGANIZACIÓN:

- ◆ 1 Director del proyecto
- ◆ 3 equipos de salud
 - previa selección
 - previa capacitación
- ◆ Acuerdos entre los niveles institucionales de salud: SSA e ISSSTE
- ◆ Acuerdos con los representantes de la Sección II del SNTE.

JUSTIFICACIÓN DEL PROCESO DE PRODUCCIÓN

La justificación del proceso de producción del Proyecto, es tomando en cuenta la morbilidad del municipio de Mexicali, donde el VIH/SIDA, solo es superado por el D.F, en la notificación de casos. Esto hace que se decida fortalecer el Proyecto de Capacitación, promoción y difusión de medidas preventivas, uso de condón y adopción de prevención de conductas de riesgo, etc.

¿Qué producir? Un Taller de reforzamiento de conocimiento en las medidas preventivas para enfermedades transmisibles como el VIH.

¿Por qué producir? Por falta de impacto de los métodos de prevención convencionales afectando a la población en edad productiva, que se infectó en edad temprana al inicio de su vida sexual, por conductas de riesgo, con relaciones sexuales “no seguras”. Que en la etapa productiva producen aumento de los derechos a prestaciones por jubilación y pensión, y a indemnización por defunción. Con el riesgo de incrementar los casos si no se incide en la prevención al inicio de la vida sexual activa, por lo que se decide enfocar el Proyecto a los trabajadores de la educación de adolescentes de educación media.

¿Cómo producir? Es a través de convenios de colaboración entre el SNTE, la Secretaría de Salud, el ISSSTE y organismos no gubernamentales, industria farmacéutica, etc.

13.3. FACTIBILIDAD FINANCIERA

PRESUPUESTO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

Para el presente proyecto de intervención se requirió de equipo que incluye una computadora portátil y un proyector (cañón), para equipo capacitador y un vehículo para traslado del personal, además de insumos de papelería y gastos generales (viáticos).

REQUERIMIENTOS TOTALES PARA LA EJECUCIÓN Y OPERACIÓN DE LA INTERVENCIÓN, INCLUYENDO GASTOS DE INVERSIÓN Y OPERACIÓN

NECESIDADES TOTALES DE CAPITAL: \$ 351,700.00

	PERIODO EN MESES											
CONCEPTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
EGRESOS:												
Equipo	\$3000	\$3000	\$3000	\$3000	\$3000	\$3000	\$3000	\$3000	\$3000	\$3000	\$3000	\$3000
Vehículo	\$1800	\$1800	\$1800	\$1800	\$1800	\$1800	\$1800	\$1800	\$1800	\$1800	\$1800	\$1800
SUBTOTAL	\$4800	\$4800	\$4800	\$4800	\$4800	\$4800	\$4800	\$4800	\$4800	\$4800	\$4800	\$4800
OPERACIÓN												
Materias Primas	\$ 500	\$ 500	\$ 500	\$ 500	\$ 500	\$ 500	\$ 500	\$ 500	\$ 500	\$ 500	\$ 500	\$ 500
Mano de obra	\$22500	\$22500	\$22500	\$20400	\$22500	\$22500	\$22500	\$22500	\$22500	\$22500	\$22500	\$22500
Administración	\$ 1000	\$ 1000	\$ 1000	\$ 1000	\$ 1000	\$ 1000	\$ 1000	\$ 1000	\$ 1000	\$ 1000	\$ 1000	\$ 1000
SUBTOTAL	\$24000	\$24000	\$24000	\$24000	\$24000	\$24000	\$24000	\$24000	\$24000	\$24000	\$24000	\$24000
TOTAL DE EGRESOS	\$28800	\$28800	\$28800	\$28800	\$28800	\$28800	\$28800	\$28800	\$28800	\$28800	\$28800	\$28800

**MONTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO (INTERNAS Y EXTERNAS)
CONDICIONES PARA LA EJECUCIÓN Y OPERACIÓN DEL PROYECTO**

MONTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO EN ESPECIE

\$351,700

CONCEPTO	FUENTE			
	ISSSTE	SNTE	SSA	OTRAS (ESPECIFICAR)
INVERSIÓN				
Terrenos	0	0	0	
Obra Física	0	0	0	
Equipo	\$36,000	0	0	
Vehículo	\$ 21,600	0	0	
SUBTOTAL	\$ 57,600	0	0	
OPERACIÓN				
Materias primas	\$3,000	\$2,000	\$6,000	
Mano de obra	\$135,000	\$12,000	\$135,000	
Administración		\$1,000	0	
Mantenimiento			0	
Servicios			0	
SUBTOTAL	\$ 138,000	\$ 15,000	\$141, 100	
TOTAL	\$195,600	\$15,000	\$141, 100	

13.4. FACTIBILIDAD ECONÓMICA

		BENEFICIOS	COSTOS
DIRECTOS	TANGIBLES	Habrán ahorros a causa de la enfermedad del SIDA, evitando los costos de la discapacidad y por la muerte en la población económicamente activa, así como graves perturbaciones económicas y psicológicas a sus familias. Los gastos fueron de alrededor de 350,000 pesos de los Talleres, comparado con los gastos de las instituciones y familias disfuncionales, desintegradas, que deja la enfermedad el valor es incuestionable.	Entre los costos del SIDA para las Instituciones figuran: • Aumento de los gastos de la atención de salud. (\$100,000.00 anuales por persona en promedio) • Aumento de los derechos a prestación por jubilación y pensión, y a indemnización por defunción. • Descenso de la productividad a causa del aumento del ausentismo laboral por enfermedad del personal o por ausencia del trabajo para atender a familiares enfermos; • Aumento de los costos de reclutamiento, de rotación laboral y de formación a causa de la pérdida de trabajadores experimentados. Costos del proyecto de capacitación Tiempo de la capacitación
	INTANGIBLES	El beneficio educativo de los trabajadores de la educación, en busca de la modificación de la conducta sexual por medio del aprendizaje. Cambios en los estilos de vida	La educación de los líderes de la educación tiene un costo incalculable, es una solución eficiente que contribuirá a la difusión de las medidas preventivas y disminución de la propagación. Presión política Presión institucional

		BENEFICIOS	COSTOS
INDIRECTOS	TANGIBLES	Disminución de los costos de los sistemas de salud, en recursos de personal, de los tratamientos y de los seguros, así como de las indemnizaciones por defunción y discapacidad y del pago de las pensiones.	Los costos son muy elevados.
	INTANGIBLES	Las familias de los líderes de la educación, tendrán los beneficios de tener un miembro de la familia informado, capacitado, en aspectos de educación para la prevención de padecimientos de VIH. Los alumnos de los maestros capacitados recibirán información de prevención de contraer las enfermedades de transmisión sexual. Ausentismo laboral Integración familiar Discriminación	Los costos por tener una mujer de familia con VIH y con el riesgo de que contagie a sus productos al nacer son muy altos, hablamos de contribuir para evitar la transmisión del VIH perinatal Costo social

13.5. FACTIBILIDAD LEGAL

Durante el levantamiento de datos para el diagnóstico de salud se pudo identificar la aceptación que tiene la población para las actividades que desarrolla el personal de salud en la localidad.

En cuanto al aspecto legal nuestro proyecto de intervención se encontraba en el Programa de VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual tanto del nivel nacional como el estatal.

CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADO UNIDOS MEXICANOS.

ART. 4to.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme lo dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Formular una política acertada en materia de VIH/SIDA, teniendo en cuenta todos los aspectos jurídicos, éticos, sociales y económicos, es fundamental, y para lo anterior debemos aplicar la norma oficial siguiente:

- **[Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.](#)**

PRIMERO ES LA LEY GENERAL DE SALUD, DESPUÉS LAS NORMAS

Esta Norma Oficial Mexicana es equivalente a los lineamientos emitidos por el Programa Mundial de SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud (OMS), Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC's).

La prevención de la infección por VIH se debe llevar a cabo por los órganos competentes, a través de la educación para la salud, la promoción de la salud y la participación social, orientando sus actividades a formar conciencia y auto responsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que colaboren activamente en el cuidado de la salud y en el control de la infección.

De manera específica, la prevención se debe llevar a cabo mediante la capacitación y el apoyo de los establecimientos que prestan servicios de salud, dirigiéndola al personal de salud y a los grupos vulnerables con mayor probabilidad de adquirir la infección.

En materia de promoción para la salud, las acciones deben estar orientadas a:

- ◆ Informar a la población sobre la magnitud y trascendencia de la infección por VIH, como problema de salud pública.
- ◆ Orientar a la población sobre medidas preventivas y conductas responsables para reducir el riesgo de contraer el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

• LEY GENERAL DE SALUD

Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

XIII. La educación para la salud;

XVII. La prevención y el control de enfermedades transmisibles

Artículo 6o.- El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social.

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

Artículo 7o.- La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

XIII. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

Artículo 19.- La Federación y los gobiernos de las entidades federativas, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, aportarán los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salubridad general, que queden comprendidos en los acuerdos de coordinación que a los efectos se celebren.

Los recursos que aporten las partes quedarán expresamente afectos a los fines del acuerdo respectivo y sujetos al régimen legal que les corresponda. La gestión de los mismos quedará a cargo de la estructura administrativa que establezcan, coordinadamente, la Federación y los gobiernos de las entidades federativas.

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.

- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

CAPÍTULO I

ARTÍCULO 8o.- Las actividades de atención médica son:

- I.- PREVENTIVAS: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica

ARTÍCULO 14.- Los criterios de distribución del universo de usuarios y de cobertura deberán considerar, entre otros factores, la población abierta, la población que goza de la seguridad social, la capacidad instalada del sector salud, así como las Normas Técnicas emitidas por la Secretaría.

CAPÍTULO II

De los Derechos y Obligaciones De los Usuarios y Participación De la Comunidad

ARTÍCULO 47.- Las dependencias y entidades del Sector Salud, el Departamento del Distrito Federal y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la formación de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de mejoramiento de la salud individual y colectiva, así como en los de prevención de enfermedades, accidentes y rehabilitación.

EL PROGRAMA DE PROMOCIÓN A LA SALUD, EN TODO EL SECTOR SALUD

13.6. FACTIBILIDAD SOCIAL

Se identifica por medio de entrevistas a los representantes de los maestros que tienen el cargo de Secretarios Generales de trabajadores de la educación media, su percepción de la importancia de reforzar sus conocimientos en las medidas preventivas de enfermedades de transmisión sexual y VIH. Teníamos conocimiento que estaban informados e interesados en los programas de capacitación en salud.

GRADO DE SOLIDARIDAD Y PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA EN EL PROYECTO

Se establecieron entrevistas y encuestas, para medir la aceptación de la población, con la ayuda de comunicación social del SNTE y del ISSSTE.

JUSTIFICACIÓN DE LA FACTIBILIDAD SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO.

Después de aplicar diferentes encuestas como parte integral de nuestro diagnóstico de salud, encontramos que la población trabajadora de la salud, agremiada a la Sección II del SNTE y los derechohabientes del ISSSTE tienen una gran necesidad y demanda de educación y promoción sobre cómo prevenir los riesgos de contraer el VIH/SIDA y definitivamente tiene factibilidad social, ya que la historia nos enseña que la prevención por medio de la capacitación de la promoción de la salud, es fundamental para atender posibles riesgos, hoy sabemos la difícil situación que viven países como África, la India, Brasil, con el aumento de la prevalencia del VIH/SIDA, los gobiernos están cada día más preocupados por el impacto de la enfermedad en su organización, una preocupación que está sin lugar a dudas bien fundada. En un nivel más amplio, los gobiernos dependen de la solidez y la vitalidad de las economías en que operan. El VIH/SIDA contribuye a aumentar los costos en la prestación de servicios de salud, a reducir la productividad y a disminuir la demanda general de bienes y servicios. Es pues sensato invertir en programas de prevención, asistencia y apoyo para contener el descenso de la productividad y de la rentabilidad de las empresas, donde laboran estos pacientes

13.7. FACTIBILIDAD DE POLÍTICA

MATRIZ DE RELACIÓN ENTRE ACTORES

FACTORES	Endógenos o biológicos	Exógenos o ambientales	Derivados del estilo de vida	Propios de los sistemas y servicios de salud
Posición respecto al proyecto	Es positiva ya que beneficia directamente a los alumnos, de los maestros capacitados.	La experiencia nos dice que estos programas de capacitación son bien vistos por una sociedad preocupada con fundamentos reales. Escolaridad Disponibilidad	Podría existir resistencia de algunos maestros, pero serian los menos, dependerá de su desarrollo cultural.	Plan Nacional de desarrollo Programa Nacional de Salud Programa estatal de salud La existencia de los programas de promoción a la salud
Percepción con respecto al proyecto	La percepción en este escenario es positiva para los trabajadores de la educación. Fue un proyecto que ayuda a hacer conciencia en los maestros acerca de la capacitación a sus alumnos en relación a sus prácticas sexuales, lo que redundará en un beneficio para ellos.	La percepción es positiva, la población está interesada en que se hagan este tipo de capacitaciones. Las empresas demandan prevención para sus empleados Las familias demandan limitar los daños por el VIH/SIDA La sociedad apoya en la lucha contra el VIH/SIDA	Es necesario empoderar a la población en el autocuidado de su salud y en la modificación de sus conductas, hábitos y costumbres	Estarán muy de acuerdo. Apoyo total
Nivel de dependencia del proyecto	En base a una política bien definida y	Esta política y conocimiento de estos programas debe estar	Alta de acuerdo al modelo de promoción y	Prioritario por los altos costos en la atención del

	conocimiento del tema las Instituciones y sus trabajadores deben apoyar a consolidar el proyecto. Alta Por la transmisión vertical del VIH/SIDA	en la mesa de las asociaciones civiles, en las escuelas, universidades y sistemas mercantiles y empresariales. Alta por el costo social de la enfermedad	prevención de la salud	VIH/SIDA
Lo que ofrece para el proyecto	Su participación del trabajador de la educación conjuntamente con sus líderes.	Los apoyos de recursos, de espacios de comunicación para el proyecto.	Modificar sus estilos de vida, en el tiempo y transmitir a sus familias descendientes estos beneficios.	Todo el apoyo, ya que ellos participan directamente, como parte del sector de educación y salud.
Lo que demanda el proyecto	Una participación responsable.	Una participación activa de los representantes de las Instituciones: SNTE,SSA e ISSSTE.	Un deseo sincero, consciente de modificar su estilo de vida en beneficio de su salud.	Todo el apoyo, ya que ellos participan directamente, como parte del sector educación/salud.

GRADO DE AUTONOMÍA POLÍTICA DEL PROYECTO Y CONGRUENCIA CON OTRAS INSTITUCIONES.

Como se comenta en la matriz tiene recursos poderosos desde el punto de vista políticos, es un tema de interés actual el padecimiento del VIH/SIDA, se apega a la política de los programas de prevención con capacitación del sector salud, solo refuerza la forma de abordar la capacitación.

FACTORES POLÍTICOS QUE POTENCIALMENTE PUDIERON OBSTACULIZAR EL PROYECTO.

Podríamos tener problemas con grupos que están en desacuerdo con la promoción del uso del condón y que intervienen políticamente desacreditando este tipo de capacitaciones y promoviendo el concepto de “solo con tu pareja”. Lo cual se debe contrarrestar que en el Taller se manejan conceptos de fidelidad a tu pareja como medida preventiva.

FACTORES POLÍTICOS QUE POTENCIALMENTE FACILITARON EL PROYECTO.

Pues las ONG como participantes activos en coordinación con el sector salud, son una herramienta poderosa para facilitar el proyecto, pero realmente nosotros tenemos suficientes argumentos políticos en cuestión de salud para sustentar el proyecto ya mencionados anteriormente.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO POLÍTICO Y SOCIAL DEL PROYECTO.

Los programas del VIH/SIDA en el lugar de trabajo son más eficaces cuando en sus procesos de planificación y vigilancia participan representantes de una amplia gama de sectores, se evaluó la percepción política de los Dirigentes Sindicales del SNTE, del sector salud, de los líderes políticos, así como social, con las familias de los trabajadores y la sociedad en general. Sin lugar a dudas, este proyecto tiene más ventajas que desventajas ya que el impacto que genera en la población a la que va

dirigida genera condiciones de salud óptimas para su desarrollo laboral, social y personal. Las instituciones del sector salud y educativas, así como los distintos niveles de gobierno obtuvieron el reconocimiento de la comunidad por las acciones desplegadas a favor de la población estudiante de educación media, como grupo al que se debe capacitar preventivamente.

FACTIBILIDAD POLÍTICA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

La Ley General de Salud en su **Artículo 1o.-** Establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud (deja implícito la promoción a la salud como parte del servicio) y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social, parte fundamental en el artículo 3º esta la educación para la salud y la prevención y control de enfermedades transmisibles.

El Artículo 6o.- en su fracción IV Bis. Tiene Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social, así como a Coadyuvar a la modificación de los **patrones culturales** que **determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud** y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

El sistema educativo federal, respetuoso de vigilar las leyes participa en forma coordinada con el sector salud en las actividades que son en beneficio para sus trabajadores y de sus usuarios finales que son sus alumnos.

13.8. FACTIBILIDAD ADMINISTRATIVA

ESQUEMAS DE EJECUCIÓN Y OPERACIÓN DEL PROYECTO.

Se definieron inicialmente 3 Grupos de 32 Secretarios Generales cada Grupo, con lo que cubriríamos el 100 % de los líderes de la educación técnica media en el Municipio de Mexicali, Baja California, con un total de 96 maestros.

El proyecto es de baja complejidad, se calendarizaron los Grupos para la toma de los Talleres de lunes a viernes con Talleres interactivos de 6 horas diarias.

La capacitación estuvo a cargo de personal de salud conformado por un médico, una enfermera y una trabajadora social. Los cuales fueron seleccionados por sus aptitudes pedagógicas y fueron capacitados para homogenizar los criterios de difusión de la información.

Los grupos de capacitación fueron asesorados por un Grupo de apoyo conformado por una Lic. en Ciencias de la Educación, otra en Ciencias de la Comunicación y una psicóloga.

EL PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO.

Se contó con personal administrativo y técnico, que participó en la operación de los Talleres, con apoyo del SNTE y del ISSSTE.

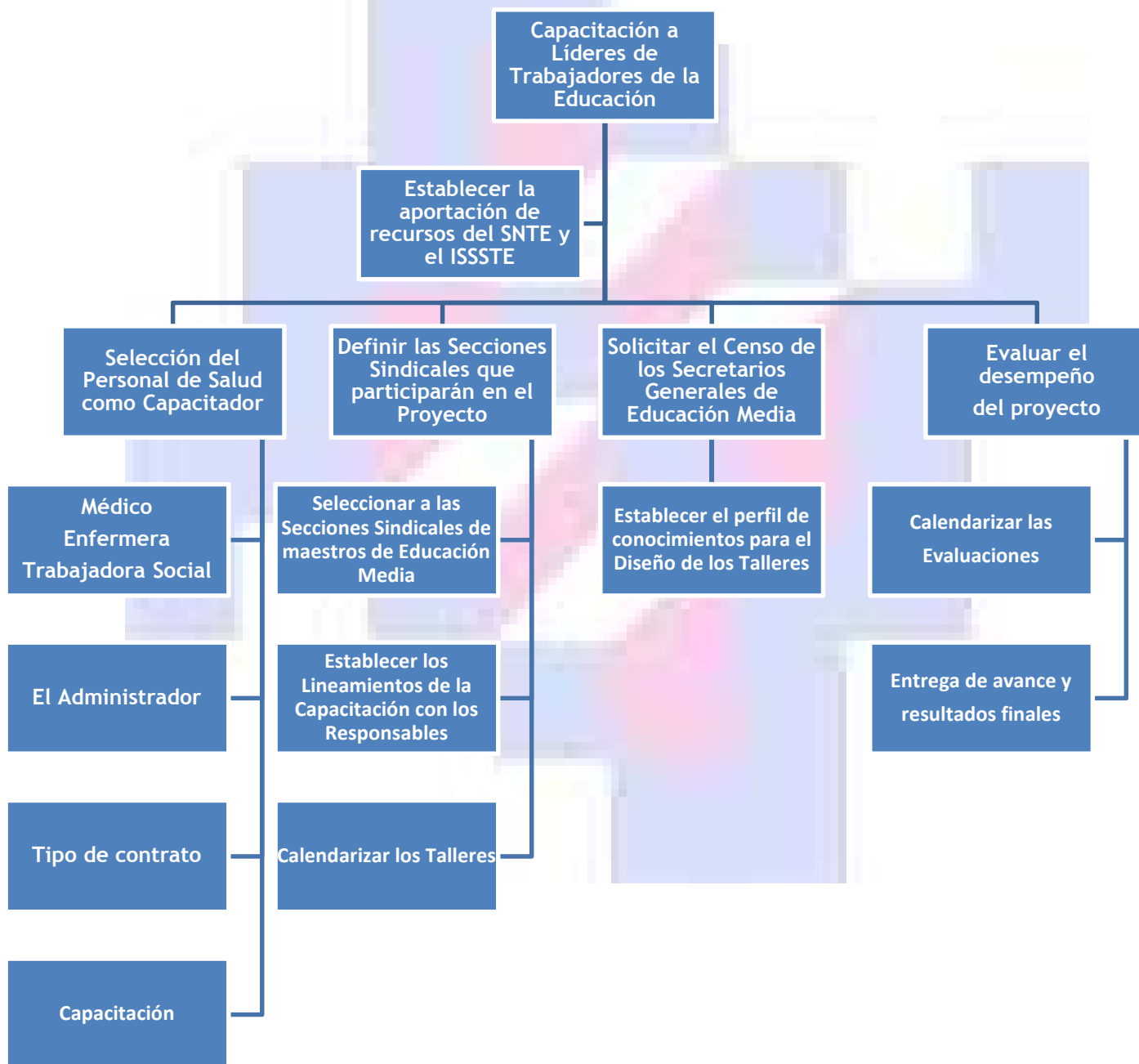
SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL Y DE EVALUACIÓN

Se obtuvo la relación de los Líderes de los trabajadores de la educación media, con el censo de maestros en tablas de Excel para tener un mejor control en sus variables del desempeño durante la capacitación, desde su asistencia, hasta su participación en los talleres, todo lo anterior sirvió para evaluar el avance del proyecto.

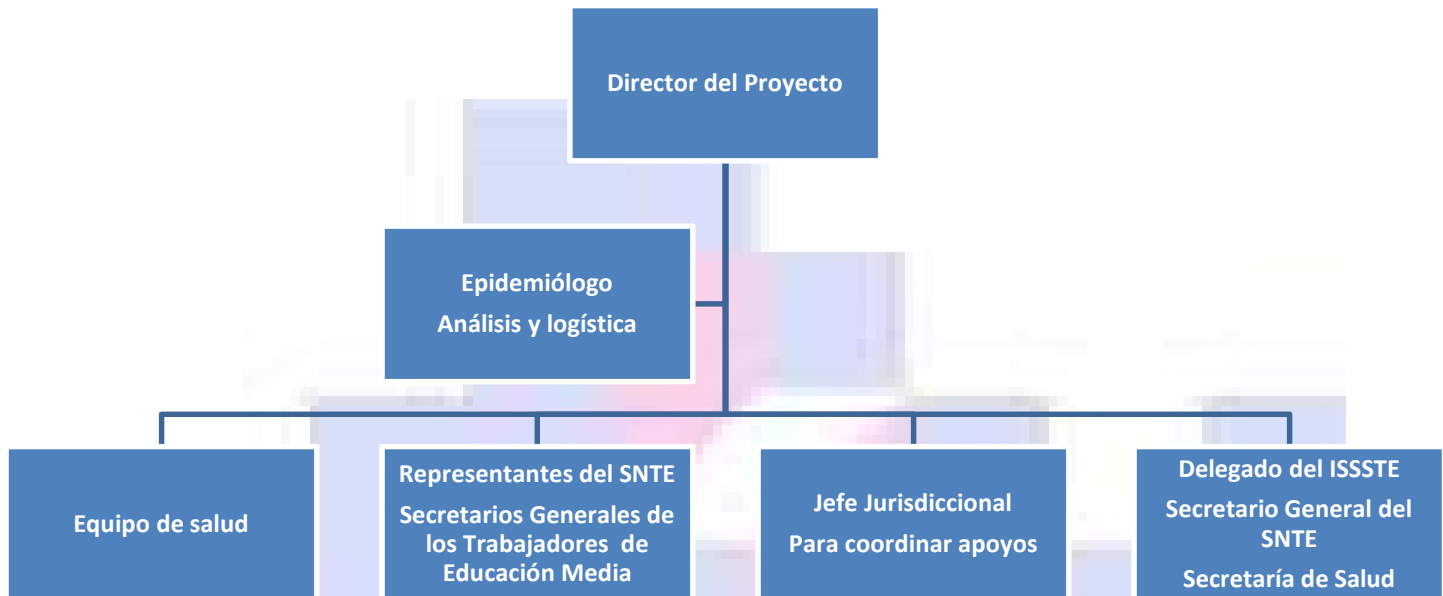
SISTEMA DE PLANEACIÓN.

Se planeó por medio del diagrama de Gantt, que nos permitió definir en qué momento se realizarían las actividades y cuando terminaba cada una de ellas, además del responsable de cada actividad del proyecto. El diagrama se presenta en este mismo documento posteriormente.

ORGANIGRAMA DEL PROYECTO



LIDERAZGO, LÍNEAS DE AUTORIDAD, CANALES DE COMUNICACIÓN



PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES QUE SUSTENTAN LA FACTIBILIDAD ADMINISTRATIVA DEL PROYECTO

La planeación fue definida en coordinación con el Comité Ejecutivo de la Sección 2 del SNTE, que fue fundamental para el logro de los objetivos y con las actividades desarrolladas se obtuvieron excelentes resultados, que en este caso fue que el 100 % los Representantes Sindicales de los trabajadores de educación media, tomaran el Taller.

Con la organización se dio orden a las funciones principales del proyecto.

Con el liderazgo participativo de la dirección, se motivó a los equipos de salud para un mejor desempeño.

El Control es quizá uno de los elementos más importantes del proceso administrativo, ya que nos permite estar pendiente e informado de todos los pasos que se dieron, se están dando y se van a dar, tenemos que observar que cada actividad se efectuó como

fue planeada y al compararse con los resultados obtenidos, permite evaluar los resultados y así de esta manera, encontrar las posibles soluciones a los ajustes de las metas preestablecidas del proyecto.

FACTIBILIDAD POLÍTICA Y SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO.

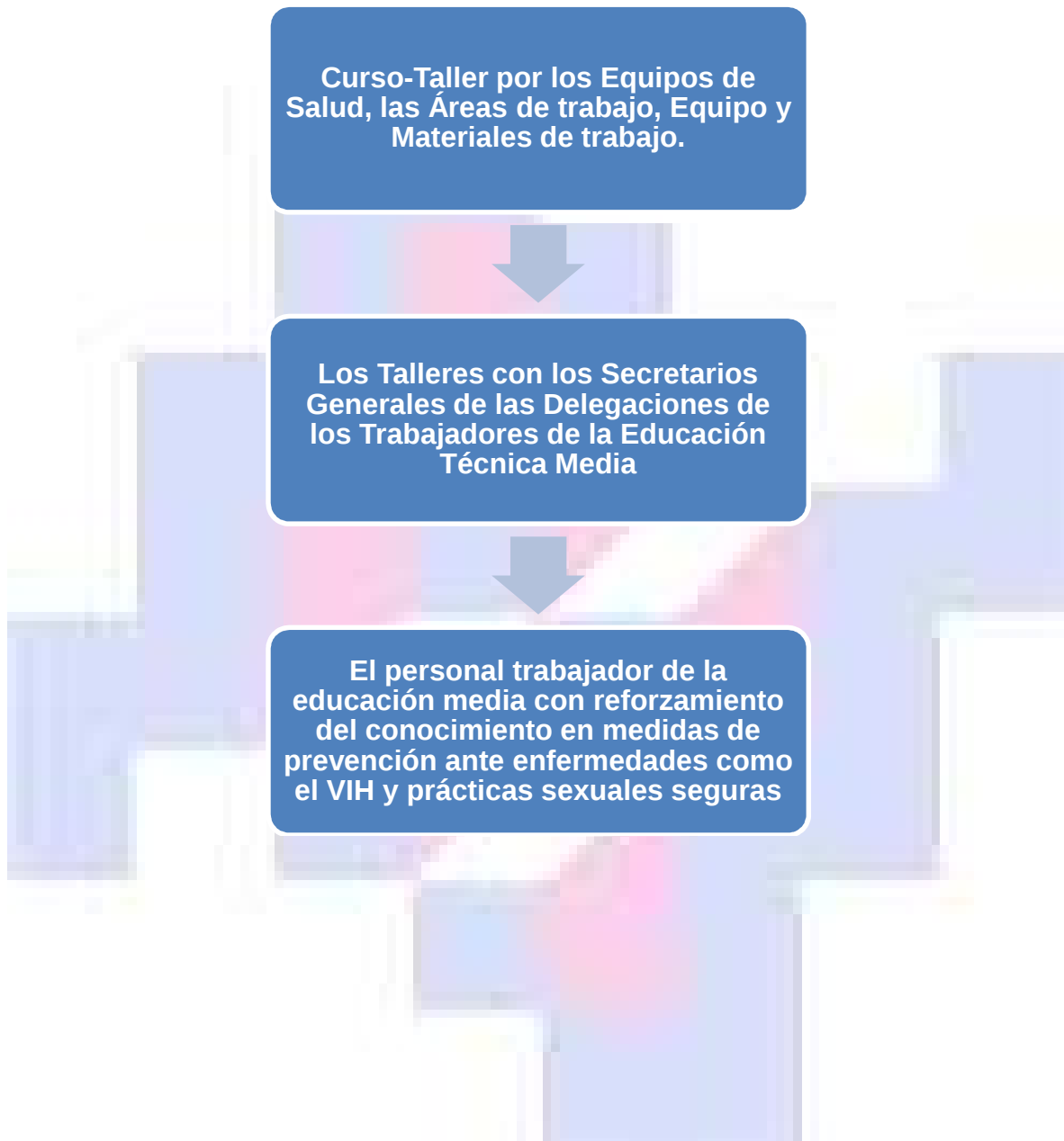
Ya hemos comentado que se sigue incrementando la incidencia y prevalencia del VIH en la población, tenemos conocimiento de las leyes, normas, reglamentos que apoyan estos programas de promoción a la salud para disminuir la enfermedad, también sabemos del poco impacto de las mismas, estas actividades de prevención y asistencia en materia de prevención del VIH realizadas con los trabajadores de la educación contribuyen a prevenir en los grupos de población vulnerable.

El VIH no solamente causa la enfermedad, la discapacidad y la muerte a los trabajadores, así como graves perturbaciones económicas y psicológicas a sus familias, sino que también aumenta los costos empresariales y de las instituciones de salud.

Se pretende a futuro que el SNTE, a través de los Líderes de los trabajadores de la educación media se comprometan a difundir la capacitación y establecer un proyecto eficaz con sus alumnos cada uno en sus lugares de trabajo.

El establecimiento de un proyecto como este y una política en materia de Prevención de VIH/SIDA en el Sistema de educación media es una solución eficiente que además contribuirá a reducir la propagación y el impacto futuro de la enfermedad.

14. PLAN DETALLADO DE LA EJECUCIÓN



14.1 PROGRAMA DE ACTIVIDADES

ESTRUCTURA DETALLADA DE LA REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

OBJETIVO	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
Concertar con las Autoridades del SNTE el conocimiento a detalle del Proyecto	Invitación personalizada a los Representantes del SNTE, directamente por el Delegado del ISSSTE.	Agendar Reunión con los Dirigentes del SNTE con el Delegado y otra con los Representantes de Educación Media
Seleccionar al Personal de Salud que conformaría los Equipos que darán los Talleres	Proceso de selección que consiste en revisión del puesto, entrevista y del expediente o currículo.	Se citan en un área específica de la Subdelegación Médica del ISSSTE con el Director del Proyecto y encargado de la selección.
Capacitación del Equipo de Salud en el proyecto.	Organizar el curso-taller personal altamente capacitado sobre los temas de prevención de VIH, otras ETS y estigmas sociales.	Se establecen los Talleres bajo un cronograma.
Los Talleres a los Líderes de los trabajadores de la educación técnica media	Calendarizar a detalle en base a número de Secretarios Generales de los Trabajadores de la Educación.	Concertar con los Representantes SNTE, para elaborar el calendario por Secciones Sindicales.
Evaluación de resultados	Calendarizar las evaluaciones por Sección Sindical	Serán cada mes estas evaluaciones con Presentación de Resultados a los Representantes del SNTE.

GRÁFICA DE GANTT Y EL TABLERO DE RESPONSABILIDADES

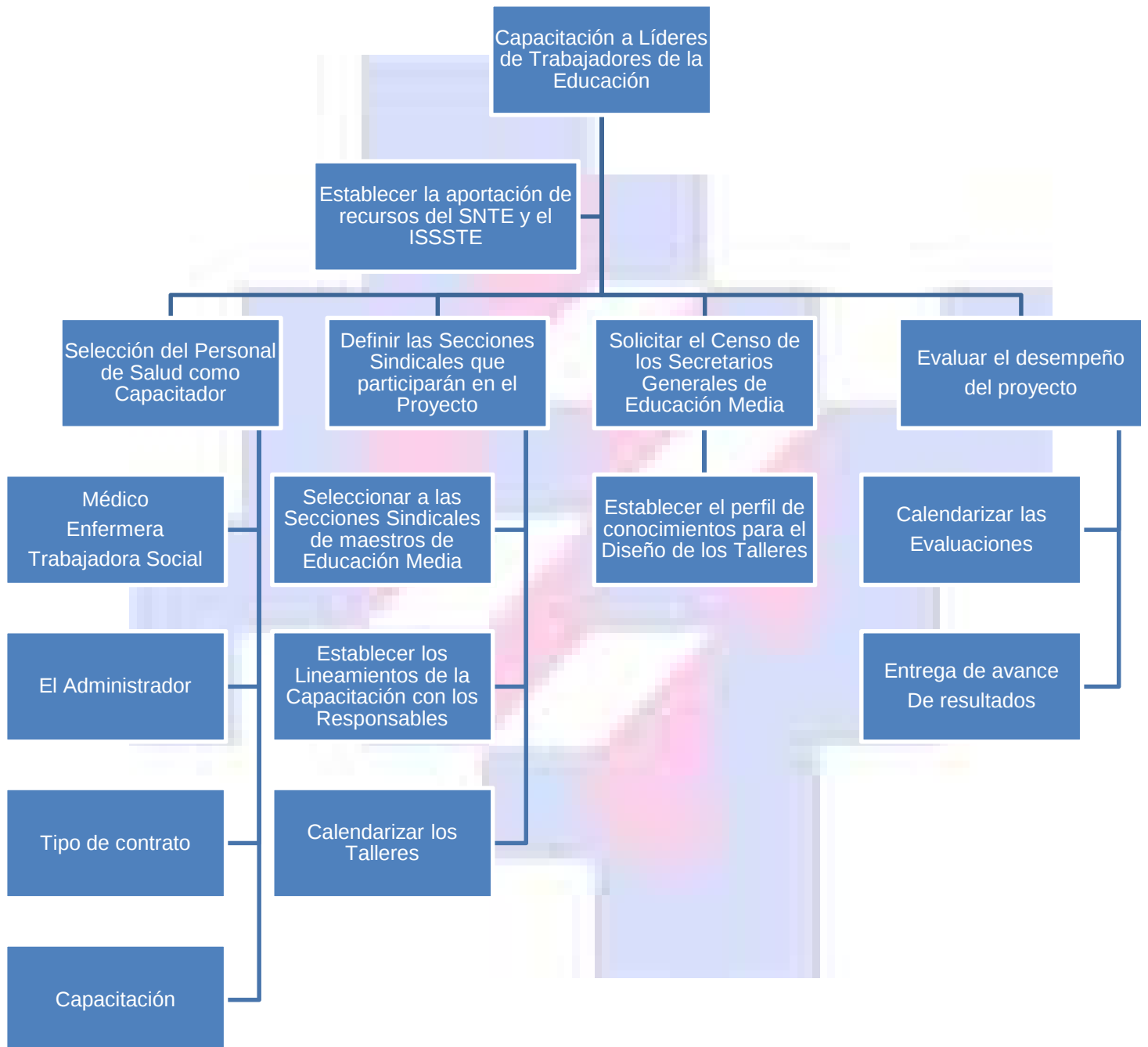
2008			PROGRAMACIÓN MENSUAL					
ACTIVIDAD	RESPONSABLES	DIRIGIDO A:	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Reunión de concertación con Representantes del SNTE, SSA e ISSSTE, para conocer el Proyecto.	Director del proyecto	SNTE/Representes Sindicales/SSA/ISSSTE						
RECURSOS	Director del proyecto	SNTE/Representes Sindicales/SSA/ISSSTE						
Selección de personal para los Equipos de Salud	Subdelegación Médica del ISSSTE	Médicos, Enfermeras y Trabajadoras sociales						
Selección del Grupo de Apoyo para los Equipos de Salud	Subdelegación Médica del ISSSTE, SNTE y SSA	Lic. en Ciencias de la Comunicación, Educación y Psicólogo						
Capacitación de personal de salud	Educación médica en salud	Médicos, Enfermeras y Trabajadoras sociales						
Integración de los Contenidos del Taller entre el grupo de expertos en salud, comunicación y educación	Educación médica en salud y representantes de educación y comunicación	Lic. en Ciencias de la Comunicación, Educación, Psicólogo, Médicos, Enfermeras y Trabajadoras sociales						
Calendarizar la capacitación de las Delegaciones Sindicales de Educación Médica	Director del proyecto y representantes del SNTE	SNTE/Representes Sindicales/SSA/ISSSTE						
Inicio de los Taller	Director del proyecto y Representante Sindical	Secretarios Generales de los Trabajadores de la Educación Técnica Media						
Evaluaciones del proyecto	Director del proyecto	SNTE/ SSA/ISSSTE						
Presentación de Resultados	Director del proyecto	SNTE/ SSA/ISSSTE						

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTABLECIMIENTO DE LAS ETAPAS PARA EL RECLUTAMIENTO, ADQUISICIÓN, DISTRIBUCIÓN Y ADECUADA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DEL PROYECTO.

RECURSOS HUMANOS	MATERIALES E INSUMOS	ETAPAS
1 Director de proyecto	Cañón, y computadora portátil.	Desde el inicio del Proyecto, junto con los equipos de salud.
Equipos de salud (3) (Médico, enfermera y trabajadora social)	Vehículo de apoyo.	Este apoyo del vehículo no será fijo, pero será concertado
Epidemiólogo (apoyo logístico)	Papelería. Condomes.	Estos insumos serán dotados por semana, cuando se lleve a cabo el Taller los sábados.
Los líderes de los trabajadores de la educación técnica media	Es el insumo principal	Deben estar desde inicio del proyecto hasta el término del mismo.

14.2 ORGANIZACIÓN INTERNA PARA LA EJECUCIÓN

ORGANIGRAMA



ÁREAS CRÍTICAS DE LA INTERVENCIÓN

Se identificaron tres áreas críticas:

1. Garantizar el presupuesto para la operación del proyecto, esto dependería de la disponibilidad de las Instituciones y de la Representación Sindical, de apoyar en especie el presupuesto necesario para la operacionalización del Proyecto.
2. El cumplimiento con las fechas de los Talleres, para que esta actividad no se saliera de control, debía haber una excelente coordinación con los Representantes Sindicales de la Sección II del SNTE.
3. Asistencia al Taller de por lo menos el 80 % de los Secretarios Generales con una permanencia del 90 % de asistencias de los Secretarios Generales de los trabajadores de la educación técnica media al Taller, situación que debía ser con seguimiento muy personalizado tanto por los equipos de salud como de los representantes sindicales.

14.3 CRITERIOS DE CONTROL PARA CADA ÁREA CRÍTICA.

Como se menciona en el cuadro las variables a controlar, son la suficiencia de presupuesto para la operacionalización del Proyecto, y esto desde el inicio del proyecto se debe establecer de donde se van obtener los recursos de que partida presupuestal, y después garantizar la suficiencia hasta el término del Proyecto.

También seleccionamos la variable de cumplimiento con el calendario de las fechas de los Talleres, ya que de no hacerlo así se pierde seriedad e imagen, ante los trabajadores de la educación.

Y por último la asistencia de los líderes de la educación al Taller debe ser no menor al 90%.

TÉCNICAS UTILIZADAS PARA CADA ÁREA CRÍTICA DE CONTROL

TABLERO GENERAL DE CONTROL DE LA INTERVENCIÓN

AREA CRÍTICA	VARIABLE A CONTROLAR	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Presupuesto	Suficiencia de Recursos para la operacionalización del Proyecto	Concertar con anticipación la posibilidad de insertar el Proyecto en el presupuesto del 2008.
Cumplimiento del Calendario de Capacitación	Las fechas de capacitación.	Vigilar por medio de las agendas el cumplimiento mensual de las capacitaciones, en coordinación con la representación sindical.
Asistencia del personal	Mantener un estándar de asistentes por sesión del 85%	Coordinar con anticipación con la representación sindical, garantizando la asistencia del personal.

RESPONSABLE DE REALIZAR EL CONTROL

El Director del Proyecto fue el encargado de llevar el control en coordinación con la representación sindical de la Sección II del SNTE y con los Secretarios Generales de los trabajadores de la educación técnica media.

CONTROL DE CADA ÁREA CRÍTICA.

La evaluación del control se llevó en forma mensual en forma sistemática y la de la suficiencia presupuestal, se realizó antes del inicio del proyecto, y después vigilar la suficiencia de recursos hasta el término del Proyecto.

SISTEMA DE CONTROL DE LA EJECUCIÓN

El sistema de control se estableció en coordinación con los Representantes Sindicales, visitando las instalaciones del SNTE, donde se llevó a cabo el Proyecto en base a un calendario de visitas, se evaluó la asistencia, el desempeño de los que se capacitaron, así como el cumplimiento de las fechas de capacitación, y el inventario de los recursos.

15. REPORTE DE EJECUCIÓN

15.1. Comparativo con lo Planeado:

- En relación al Calendario de Ejecución no se cumplió, ya que se tuvieron problemas políticos con el SNTE, por la aprobación de la Ley del ISSSTE, que incluso ocasionó que se tomaran las instalaciones de la Delegación por el SETE (Sindicato Estatal de Trabajadores de la Educación).
- La Programación de los Talleres se tenía calendarizada para 3 sábados de los meses de abril y mayo del 2008 y se realizó el Taller en las instalaciones del SNTE (Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación), del 1º. Al 5 de Septiembre y se llevaron a cabo de lunes a viernes.
- No se contempló otorgar comida a los asistentes dentro del Proyecto Inicial, pero el área de capacitación del ISSSTE, contempla la capacitación a Dependencias Federales, por lo que se pudo asignar recursos para la realización del Taller, tomando en cuenta que no se erogaría en instructores, ya que estos fueron personal institucional. El gasto adicional para el taller en alimentos fue de \$24,000.00.
- Se planeó dentro de las metas aplicar 96 cédulas diagnósticas y solo se realizaron 85, ya que de los 96 convocados, no se presentaron 6 y 5 tenían comisión sindical en la Cd. de México. Con este faltante de Secretarios, se cumplió con el 88.5 % de la meta planeada.
- Se planeó dentro de las metas aplicar 96 cédulas posteriores a la intervención, lo cual no se logró, ya que únicamente se presentaron 85 y de estos 8 tuvieron más de una falta y 1 con incapacidad por una fractura de fémur. Por lo que solo el 89.4 % de los que iniciaron el Taller lo concluyeron.
- Se planearon 6 Talleres interactivos porque serían solo 3 sábados y al cambiar el curso-taller de lunes a viernes, se realizaron 3 Talleres con un promedio de 25 líderes sindicales en cada grupo.

- Se tenía como meta, comparar la Evaluación diagnóstica y la post evaluación de la intervención, en un total de 192 cuestionarios y solo se revisaron 161, que corresponden a 85 de la evaluación diagnóstica y 76 de la evaluación post intervención, correspondiendo al 83.9%.

15.2 Limitaciones y Problemas. ¿Cómo se resolvieron?

- La limitante más importante fue la suspensión del Proyecto, debido a diferencias políticas entre la dirigencia del SNTE y las autoridades del ISSSTE por la promulgación de la nueva Ley del ISSSTE, el 31 de Marzo de 2008, justo la fecha que se tenía programado dar inicio con los Talleres.
- Un problema personal de salud, también hizo que se detuviera el Proyecto de Intervención, ya que el 25 de septiembre del 2008, sufrí un Infarto Agudo del Miocardio, que me hizo permanecer en terapia intensiva por 10 días y después estar 8 días más hospitalizada en el piso de Medicina Interna, lo que ocasionó que mi familia me pidiera suspendiera mis actividades académicas. Las cuales no las volví a retomar hasta que tuve el conocimiento que la Dra. Rosaura Atrisco Olivas, Coordinadora de la maestría virtual, del INSP, vendría a Baja California.
- Una limitación importante es que la realización de los Talleres fue de lunes a viernes, por lo que el personal que estaba comprometido apoyar como facilitador los sábados, se vio limitado por sus compromisos laborales en la Institución, por lo que los 3 médicos fueron los únicos facilitadores, con apoyo administrativo y técnico del SNTE, que apoyó con personal de su plantilla de comisionados y de esta manera resolvimos el problema de la falta de personal de apoyo para facilitar los Talleres.

16. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- De los 96 líderes de educación media, se presentaron 85, ya que 5 de ellos estaban comisionados en la Cd. de México, y 6 no justificaron su inasistencia, por lo que se tuvo una asistencia del 88.5 % del total de líderes convocados. (Anexo No. 17).
- De los 85 líderes que acudieron al Taller, 59 se encuentran adscritos al área urbana (69. 4%), y 26 del área rural (30.6 %). (Anexo No. 17).
- En la distribución por sexo, del total que realizaron la encuesta inicial, corresponden a 64 hombres (75.3 %) y 21 mujeres (24.5 %). (Anexo No. 17).
- Por grupo de edad, los < 34 años, fueron 16 (18.8 %), de 35 a 49 años, fueron 62 (73 %) y en los >50 años, únicamente 7 (8.2 %). (Anexo No. 17).
- De los 85 líderes que presentaron la evaluación inicial, concluyeron 76, (89.4%), que realizaron la evaluación final. De los 76 maestros, que acreditaron el Taller, 50 de la zona urbana (65.8%) y 26 de la zona rural (34.2%), donde < 34 años, fueron 15 (19.8%), de 35 a 49 años, fueron 54 (71 %) y >50 años, fueron 7 (9.2 %). (Anexo No. 18).
- Los 9 líderes que no acreditaron el Taller, corresponden a líderes de la zona urbana, el 100 % de los líderes de la zona rural, acreditaron (26). (Anexo No. 17 y 18).

Se anexan listados de asistencia. (Anexo 18.1, 18.2 y 18.3). En el Anexo 18.1, no se presentaron 2; no acreditaron por más de una falta 3; por comisión sindical 2; en total **ACREDITARON: 25, NO ACREDITARON: 7.**

En el Anexo 18.2, no se presentaron 3; no acreditaron por más de una falta 3; por comisión sindical 2 y por Incapacidad 1. En total **ACREDITARON 23; NO ACREDITARON: 9.**

En el Anexo 18.3, no se presentaron 1; no acreditaron por más de una falta 2; por Comisión Sindical 1; en total **ACREDITARON: 28 y NO ACREDITARON: 4.**

Los 20 que no acreditaron, es en relación a los 96 convocados. (Anexo No. 19). De los 85 que realizaron su cédula de diagnóstico inicial 76 concluyen (89.4 %).

- La cédula de evaluación aplicada previa y posterior a la intervención, constó de 20 reactivos que se dividieron en 5 Grupos: (Anexo No. 15)
 - I. Conocimientos sobre VIH/SIDA
 - II. Mecanismos de Transmisión
 - III. Medidas de Prevención.
 - IV. Conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual
 - V. Percepción del Estigma y Discriminación.
- El criterio de evaluación que se utilizó fue: ACEPTABLE con 85 % o más y NO ACEPTABLE con 84 % o menos. En la Evaluación diagnóstica según estos criterios, solo el 51 % tuvieron resultados “aceptables”, contrastando en la post-evaluación con el 96 %.
- La evaluación de la intervención educativa, se realizó con el análisis bivariado de las variables sobre los conocimientos generales en relación a Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, a través de las mediciones basal y final, analizándose con la chi-cuadrada corregida o corrección de Yates, con un nivel de confianza de 95 %. De acuerdo a los resultados obtenidos con estas mediciones se demostró un incremento estadísticamente significativo en los conocimientos basal y final ($p=0.000003$).
- En relación a la evaluación por grupos de preguntas, se utilizó el mismo criterio de evaluación general de ACEPTABLE y NO ACEPTABLE.
- Se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrada corregida o corrección de Yates, donde se buscó demostrar cambios estadísticamente significativos en los conocimientos del personal en relación a las mediciones basal y final de cada Grupo de preguntas, (Anexo No. 30)

- Los resultados obtenidos son los siguientes:
 1. En el Grupo No. I de Preguntas sobre aspectos de **“Conocimientos sobre VIH/SIDA”**, la frecuencia de aprobados en la medición basal fue de 43, correspondiendo al 50.6 %, contrastando con la de la medición final que fue de 74 lo que corresponde al 97.4 % ($p= 0.0000003$). (Anexo No. 20, 25 y 30)
 2. En el Grupo No. II de Preguntas sobre **“Conocimientos sobre el Mecanismo de Transmisión del VIH/SIDA”**, la frecuencia de aprobados en la cédula de evaluación diagnóstica fue de 75 (88.2%), en relación con la cédula de evaluación final que aprobaron los 76 maestros (100 %) ($p= 0.002$). (Anexo No. 21, 26 y 30).
 3. En el Grupo III de Preguntas: **“Conocimientos sobre Medidas de Prevención”**, en la medición basal aprobaron 50 (58.8 %) y en la medición final 76 aprobados (100 %). ($p= 0.00000002$). (Anexo No. 22, 27 y 30).
 4. En el Grupo IV de Preguntas: **“Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual”**, la frecuencia de aprobados en la medición basal fue de 18 (21.2%), contrastando con los 72 aprobados en la medición final (94.7 %) ($p= 0.00000006$). (Anexo No. 23, 28 y 30).
 5. En el Grupo V de Preguntas: En relación al **“Estigma y la discriminación”**, en la cédula de evaluación inicial los aprobados fueron 11 (12.9), contrastando significativamente con la evaluación final que aprobaron 73 (96.1%). ($p= 0.0000000$). (Anexo No. 24, 29 y 30).
- Al analizar por variable, las que no tuvieron significancia estadística fueron las preguntas 6, 8, 12 y 17 las cuales fueron contestadas correctamente por el 100 % de maestros desde la Evaluación Inicial. (Anexo 31).
- El promedio de calificación de los 85 líderes en la Evaluación Inicial fue de 6.64 y el promedio de calificaciones de los 76 que concluyeron el Taller el promedio de calificaciones fue de 9.78. (Anexo 32).

CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que el grupo de líderes de la Sección 2 del SNTE que participaron en el Curso Taller, el cual estuvo integrado por 85 maestros Secretarios Generales de las diferentes Delegaciones del Municipio de Mexicali, mostraron cambios estadísticamente significativos, en relación al nivel de conocimientos y de acuerdo a la medición basal y final, en la cual se utilizó la prueba estadística de la chi-cuadrada corregida o corrección de Yates, con un nivel de confianza del 95 % y un grado de libertad ($p=0.00000003$), así como que el Grupo IV y V sobre “Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual y Estigma y Discriminación fueron los que demostraron más claramente su significancia ($p= 0.0000000$ y 0.00000003), respectivamente.
- Por lo tanto se logró demostrar con la intervención educativa que hubo incremento en el nivel de conocimientos en relación a los diferentes grupos de preguntas, siendo el de Infecciones de Transmisión Sexual y Estigma y Discriminación, donde el incremento fue más evidente.
- También se pudo identificar la disposición por parte de los líderes educativos para el aprendizaje.
- El compromiso de los maestros líderes de la educación en Mexicali, fue muy evidente donde solicitaron oficialmente a las autoridades de ISSSTE un curso Taller sobre Infecciones de Transmisión sexual, identificándose ellos mismos como su área de mayor debilidad.
- De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio y considerando la necesidad de solucionar parte del problema es, la falta de conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA por parte del los maestros, es necesario una capacitación específica, de las áreas más vulnerables.

17. MODELO DE EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso que procura determinar, de manera más sistemática y objetiva posible, la pertinencia, eficacia, eficiencia e impacto de actividades a la luz de los objetivos específicos. Constituye una herramienta administrativa de aprendizaje y un proceso organizativo orientado a la elección para mejorar tanto las actividades en marcha, como la planificación, programación y toma de decisiones futuras.

La evaluación de los servicios de salud comprende dos temas: la evaluación de la gestión, en términos del esfuerzo, esto es la estructura y el proceso que conducen al logro de los resultados que se esperan, y la evaluación de la gestión en términos de resultados frente a la población. Es una función del proceso administrativo. Entre las funciones de secuencia (diagnóstico, planeación, organización, dirección, evaluación y control), su importancia se deriva en que es la función guía o “brújula” para la dirección de la gestión administrativa, Si no se evalúa, no se adquiere la conciencia de dirección.

Según Donabedian la evaluación de la calidad asistencial puede basarse en el análisis de la estructura (análisis de calidad de los medios), el proceso (análisis de la calidad de los métodos) o los resultados (análisis de la calidad de los resultados).

Para la evaluación del presente proyecto se consideró apropiado proponer el modelo de Donabedian A., en el cual se puede tener una relación funcional entre los tres elementos de dicho modelo, que son: estructura, proceso y resultado.

En donde la estructura incluye los recursos (humanos, materiales, tecnológicos y financieros), así como la estructura organizacional que el programa pone a disposición de la población beneficiaria.

En relación al proceso concierne específicamente a las actividades técnicas y administrativas que comprenden los servicios prestados por el programa a la población.

El componente de resultados indica el producto del programa en términos de cobertura lograda, es decir, población beneficiada con la aplicación de acciones.

El modelo de Donabedian se propone el que se adecua a las características de la intervención, el cual se propone se aplique a corto y a mediano plazo, utilizando de los siguientes indicadores:

MEDIOS EXISTENTES DE LA INTERVENCIÓN SUJETO DE EVALUACIÓN COMPOSICIÓN ORGANIZATIVA.

- o Los indicadores de desempeño del proyecto.
- o La asistencia de los Equipos de Salud al Taller de reforzamiento de conocimiento de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de prácticas sexuales seguras.
- o La puntualidad de inicio del Taller.
- o Una asistencia de más del 85% de los trabajadores de la educación.
- o Los documentos de apoyo a los asistentes, su entrega en forma oportuna.
- o El desempeño correcto de los equipos de apoyo (respeto, participación, cumplir con el programa).
- o Elaboración de las relatorías por Taller.

ACTIVIDADES MÁS SIGNIFICATIVAS QUE DESARROLLA EL PROYECTO CON LOS RECURSOS EXISTENTES.

- a. Se trabajó centralmente bajo la modalidad de taller, a partir de la discusión y análisis de situaciones, de prácticas sexuales frecuentes así como diagnósticos de experiencias relacionadas con su vida sexual, socializados por los/as participantes como parte de su vivencias.

- b. El curso promovió, asimismo, encuentros iniciales de presentación y contextualización de cómo se observan las prácticas sexuales, en los diferentes grupos sociales.
- c. Se realizaron ejercicios de la utilización correcta del condón.
- d. Se propuso concluir en reflexiones en función de las prácticas y experiencias discutidas colectivamente. El propósito fue producir una crítica.

CRITERIOS DE ESTRUCTURA PROCESO Y RESULTADO.

ESTRUCTURA:

- **Accesibilidad:** Se cuenta con un grupo ya identificado de trabajadores de la educación de la Sección II del SNTE, que se encuentran adscritos a escuelas de educación técnica media en el municipio de Mexicali, Baja California.
- **Disponibilidad:** Se cuenta con los recursos humanos debidamente capacitados en el tema así como el equipo e insumos para capacitar a 96 Secretarios Generales de trabajadores de la educación media.

PROCESO:

- o **Calidad:** Se cuenta con personal profesional y altamente capacitado para la realización de los cursos y talleres, así como con equipo y material adecuado a las necesidades de la población seleccionada para recibir el programa.
- o **Integridad:** Con este programa esperamos que la población pueda modificar su visión sobre el VIH / SIDA para que aprenda a utilizar el condón e identificar las prácticas sexuales de riesgo.

- o **Contenidos:** Consideramos que la información que se puso a disposición de los trabajadores de la educación es acorde a su nivel de escolaridad.
- o **Destreza:** Nuestro personal es altamente capacitado lo que garantizaba que los trabajadores podrían aprender de manera clara y sencilla los temas que se les expondrían.
- o **Oportunidad:** Es oportuno, en la actualidad, crear programas como el proyectado con el fin de prevenir enfermedades como el VIH/SIDA.
- **Uso:** Extensión; Consideramos como aceptable para el logro de los objetivos contar con el 85% de la asistencia a la capacitación del total de la población seleccionada.
- **Intensidad:** Se realizaron cursos de capacitación a los que asistieron de lunes a viernes los trabajadores de la educación por 6 horas (30 Horas).
- **Productividad / Rendimiento:** Teníamos establecido un universo de 96 personas que fueron capacitados durante el 2008 para lo cual se presupuestó lo necesario, con el fin de que el programa cumpliera su meta y por ende sus objetivos.
- **Utilización:** Se contó con un grupo de 12 personas, en grupos de 3 (médico, enfermera y trabajadora social) que realizaron las actividades de capacitación y un Grupo de Apoyo con una Licenciada en Comunicación, una Licenciada en Ciencias de la Educación y una Psicóloga.

RESULTADOS:

- **Cobertura:** Se tenía asignado un número de 96 trabajadores de la educación que recibirían la capacitación, la evaluación de la cobertura de los trabajadores que asistieron al Taller de cada Delegación Sindical con lo programado inicialmente, podemos decir al final si fuimos eficaces y eficientes.
- **Eficiencia:** De acuerdo a lo proyectado, los recursos que se utilizaron debieron ser suficientes para cumplir con la meta establecida.
- **Efectividad:** A corto plazo se realizaron evaluaciones pre y post-capacitación en los trabajadores con el fin de establecer el grado de aceptación y entendimiento de la información recibida.
- **Eficacia:** Esperamos que un alto porcentaje de trabajadores de la educación difundan entre su alumnado la modificación de su actitud ante el VIH/SIDA en cuanto a sus prácticas sexuales se refiere y que la información que reciban sea satisfactoria para ellos.

INDICADORES DE ACTIVIDADES

RECURSOS BÁSICOS DE SERVICIO	INDICADORES	DISCRIMINADOS POR:
3 Equipos de Salud para dar los Talleres	Número de talleres/No. de Equipos de salud X 100	El cumplimiento del número de Taller, por cada equipo.
1 cañón para cada curso-taller	1 cañón por Taller	La utilización o no del cañón.
Una laptop para la capacitación del Taller	Una laptop por Taller	La utilización o no de la laptop.
1 Director de proyecto	1 Director de Proyecto durante todo el desarrollo del proyecto.	Por la presencia o ausencia del director.
Trabajadores del SNTE en el proyecto	Número de trabajadores participantes/Número Total de líderes educativos X 100	La participación al 100% de los Secretarios Generales de los Trabajadores de la Educación de la Sección II del SNTE
Profesional que se dedicará a evaluar el proyecto	1 profesional para evaluar todo el proyecto	-La asistencia de los equipos de salud. -La calidad del curso-taller. -La asistencia de los trabajadores. -Las encuestas. -Los insumos

**INFORMACIÓN, RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO, ANÁLISIS,
COMPARACIÓN E INTERPRETACIÓN.**

Necesitábamos saber por medio de una encuesta escrita, los conocimientos que tenían los trabajadores previo al Taller, así como su grado de educación, su sexo, su edad, posteriormente evaluar los conocimientos aprendidos durante los talleres a través del mismo instrumento utilizado como encuesta inicial, posterior a la intervención y evaluar el grado de conocimiento aprendido.



INDICADORES POR VARIABLE

RECURSOS BÁSICOS DE SERVICIO	INDICADORES	OBSERVACIONES DISCRIMINADOS POR:
Disponibilidad de Equipos de Salud para la Capacitación	No. de Equipos comisionados a los Talleres/No. de Equipos necesarios X 100	• Equipos capacitados comisionados • Equipos de salud comisionados
Disponibilidad de Presupuesto	Presupuesto autorizado/Presupuesto requerido X 100	• Presupuesto ISSSTE • Presupuesto de ONGs • Presupuesto de SSA • Presupuesto de industria farmacéutica. • Presupuesto de SNTE
Material requerido para la capacitación	Material autorizado/Necesidades de material X 100	• Manuales • Trípticos • Folletos • Carpetas • Otra papelería
Calidad de los Talleres	Total de Cursos/Evaluación realizada con calificaciones de Curso de calidad X 100	• Curso impartido por personal calificado • Curso impartido por personal no calificado
Supervisión de los Talleres	Cursos supervisados/Total de Cursos-Taller X 100	• Personal adiestrado como supervisor de calidad • Supervisión interna • Supervisión institucional • Supervisión Sindical
Impacto en los trabajadores adiestrados	No. de trabajadores con modificación de conductas de riesgos de ITS/Total de trabajadores de las Delegaciones sindicales capacitados X 100	• Trabajadores con modificación de su conducta en relación a las ITS. • Trabajadores sin cambios en sus prácticas sexuales.

18. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA INTERVENSIÓN

- Dar seguimiento al proyecto a través de la evaluación a corto y mediano plazo encaminada a identificar el impacto tanto en la población de maestros y finalmente en el alumnado.
- Fortalecer la coordinación entre el Sector Salud y el Sector Educativo.
- Fortalecer los programas a través del desarrollo de intervenciones, en las diferentes áreas de la educación.
- Identificar a la promoción y educación para la salud como una piedra angular para el desarrollo de cada uno de los programas de salud, en área educativa.
- Motivar al personal docente de participar en este tipo de capacitaciones, para mejorar su desempeño en el proceso enseñanza-aprendizaje en el campo de la salud.
- Elaborar un programa de capacitación continua en diferentes áreas de la salud para efecto que se incida en enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, como una intervención integral.
- La capacitación que se otorgue a los maestros no debe ser con un enfoque conductista, en el que las mediciones se realizan a través de fenómenos observables y mecánicos ya que este modelo impide que el individuo desarrolle sus propias habilidades de aprendizaje.

Se debe utilizar un modelo de enseñanza moderna y sobre todo tener en cuenta:

- a) Que el capacitado que es el factor decisivo donde el docente está para tratar de desenvolver su inteligencia.**

b) Donde el profesor actúa estimulando y orientando el aprendizaje del capacitado aclarando sus dudas y ayudándoles en sus incertidumbres y dificultades.

c) Donde los capacitados reorganizan sus programas de acción y dirigen sus actividades al interés social.

Es necesario utilizar el modelo educativo VARK (por sus siglas en inglés: visual, auditory, read/write, kinesthetic) visual, auditivo, leer y quinésico donde los asistentes puedan identificar sus preferencias de aprendizaje.

Las estrategias de enseñanza para un estilo visual se deben usar:

- Instrucciones escritas
- Mapas conceptuales
- Diagramas, modelos, cuadros sinópticos
- Animaciones computacionales
- Videos, transparencias, fotografías e ilustraciones

Las estrategias de enseñanza para un estilo auditivo son el uso de:

- Instrucciones verbales
- Repetir sonidos parecidos
- Audio casetes
- Debates, discusiones y confrontaciones
- Lluvia de ideas
- Leer el mismo texto con distinta reflexión,
- Lectura guiada y comentada

Las estrategias de enseñanza para un estilo lectura / escritura son el uso de:

- Elaboración de escritos rápidos

- Elaboración de bitácoras y reportes
- Elaboración de resúmenes, reseñas y síntesis del texto
- Revisión de textos de sus compañeros

Las estrategias de enseñanza para un estilo kinésico o kinestésico son el uso de:

- Juego de roles y dramatizaciones
- Dinámicas grupales que requieren sentarse y pararse
- El pizarrón para resolver problemas
- Manipulación de objetos para explicación de fenómenos
- Gestos para acompañar las instrucciones orales

Y nos vamos a dar cuenta que realmente han aprendido los capacitados cuando:

- a) Hagan observaciones sobre hechos, procesos, películas y demostraciones que se les presenten.
- b) Hagan planes y realicen experiencias, comprueban hipótesis y anotan sus resultados.
- c) Consultan libros, revistas, diccionarios en busca de hechos y aclaraciones; toman apuntes y organizan ficheros y cuadros comparativos.
- d) Escuchan, leen, anotan, pasan en limpio sus apuntes y los complementan con extractos de otros autores y fuentes.
- e) Formulan dudas, piden aclaraciones, suscitan objeciones, discuten entre sí, comparan y verifican.
- f) Colaboran con el ponente y se auxilian mutuamente en la ejecución de trabajos, en la aclaración de dudas y en la solución de problemas.
- g) Efectúan tablas, dibujan e ilustran, copian o reducen apuntes o amplían a escala, etc.
- h) Buscan, coleccionan, identifican, comparan y clasifican muestras, modelos, objetos, fotografías, etc.

- i) Responden a interrogatorios, procuran resolver problemas, identifican errores, corrigen los suyos propios o los de sus colegas, etc.

La dirección de este proceso de aprendizaje requiere que los participantes adquieran ciertas competencias profesionales por lo que enseñar significa ayudar a:

- a) Iniciar en los participantes el estudio de la Norma Oficial mexicana para que conozcan el documento oficial sobre VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, estimulándolos, proporcionándoles la información necesaria, orientando su razonamiento, aclarando sus dudas y fortaleciendo su progresiva comprensión y dominio del tema.
- b) Dirigir a los participantes en actividades concretas, apropiadas que los conduzcan a adquirir un creciente dominio en los problemas que les puedan presentar sus alumnos y sus soluciones.
- c) Diagnosticar las causas de dificultad del aprendizaje, frustración y fracaso que los capacitados puedan encontrar en el aprendizaje de la norma, y ayudarlos a superarlas, rectificándolas oportunamente.
- d) Apoyar a los capacitados a consolidar, integrar y fijar mejor lo que hayan aprendido, de forma que sean modificadas sus actitudes y su conducta en la vida.

Es necesario que la capacitación no sea otorgada sin darle un seguimiento al proceso de conocimiento y aplicación del mismo, para lo cual se requiere:

- Establecer un sistema de monitoreo continuo al conocimiento y aplicación de la misma (capacitación) en la atención y control del paciente.
- Establecer un programa de capacitación periódica para reactivar el conocimiento y así asegurar una adecuada detección, diagnóstico, tratamiento y control del paciente con VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.

19. BIBLIOGRAFÍA

1. INEGI. Marco Geoestadístico 2000.
2. CONAPO-Censo Poblacional 2000.
3. II Censo de Población y Vivienda en el 2005.
4. COPLADEM, municipio de Mexicali, 2002.
5. Informes del Centro Municipal de Control Animal - Noviembre 2006.
6. ONUSIDA. 2002. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA ONU/OMS (www.unaids.org)
7. Caballero Hoyos, R y A Villaseñor Sierra, *Op. Cit.*
8. OPS. 1997. Salud de los adolescentes. Plan de Acción 1998-2001 sobre la salud y desarrollo del adolescente en las Américas OPS/OMS Washington D.C.
9. Caballero Hoyos, R y A Villaseñor Sierra, *Op. Cit.*
10. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño-Secretaría de Salud. 2003. La Salud de adolescentes en cifras. Salud Pública Méx 45 supl 1: S153-S165
11. 2003. Villaseñor Sierra A, R Caballero Hoyos, A Hidalgo San Martín y JI Santos Preciado 2003. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor en el uso del condón en adolescentes Salud Pública Méx 45 supl 1: S73-S80.

12. Rasmussen Cruz B, A Hidalgo San Martín y N Alfaro Alfaro 2003. Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. Salud Publica Méx 45 supl1:S81-S91.
13. Marchetti, R y G Rodríguez 1996. Los adolescentes y el SIDA. SIDA/ETS 2:61-64
14. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana
15. Ley General de Salud, Artículo 1º. Artículo, 3º. Fracción XIII y XVII, Artículo 6º. Fracción IV Bis, Fracción VII; Artículo 7º. Fracción XIII, Artículo 19º y el Artículo 27 Fracción II.
16. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
17. Cornejo Elba. Diagnóstico de Salud de Mexicali, Baja California. 2007
18. Programa Mundial de SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud (OMS), Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC's)
19. Jorge Peláez Mendoza. VIH/SIDA en Adolescentes y jóvenes: Experiencias en Cuba. Comisión Nacional de Ginecología Infanto-Juvenil del Ministerio de Salud Pública. República de Cuba.
20. Pineault R., Daveluy C. La Evaluación en: La planificación Sanitaria. Conceptos Métodos, Estrategias., Segunda Ed., Barcelona:, Editorial Masson; 1995. Capítulo I: La Planificación para la Salud: Enfoques, Perspectivas y Proceso General. p 1-40

21. Pineault R., Daveluy C. La Evaluación en: La planificación Sanitaria. Conceptos Métodos, Estrategias., Segunda Ed., Barcelona:, Editorial Masson; 1995. Capítulo 3: La Determinación de Prioridades. p 213-240.
22. Chacón Fernando, Directivo Médico. Planeación de Proyectos en Unidades Hospitalarias: Conceptualización y Concepción de la Idea del Proyecto. Parte I Vol. II. No. 4 Julio-Agosto 1995.
23. Chacón Sosa Fernando. Directivo Médico. Propuesta Metodológica para la Programación de Servicios de Salud. P 8-13.
24. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Dirección de Desarrollo y Gestión Local. Manual de Desarrollo Local. Santiago de Chile. Dirección de Desarrollo y Gestión Social. Los Recursos Socioculturales en el Desarrollo Local. P 60-71
25. Chacón Fernando, Directivo Médico. Planeación de Proyectos en Unidades Hospitalarias: Diseño del Plan Detallado para la Ejecución del Proyecto. Parte III Vol. II. No. 6 Noviembre-Diciembre 1995.
26. Canturías E. Técnicas de Programación Operativa-Gantt. Medellín, Colombia. 1976 .E.S.P. 26/31 P. 3-112.
27. Chacón Fernando, Directivo Médico. Planeación de Proyectos en Unidades Hospitalarias: Análisis de Factibilidad. Parte II: 1995.
28. Hipólito Pabón Lasso, Evaluación de los Servicios de Salud. Conceptos, Indicadores, Ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo. Modelo PRIDES. Capítulo III Marco conceptual de Evaluación. P 47-61.

29. Lozano A., (2000), Estilos de aprendizaje y enseñanza, México, Ed. Trillas.
Planeación educativa en función de las características del alumno, Bibliografía
de: Planificación educativa en ciencias de la salud.

30. Alves Mattos, L. "Compendio de didáctica general" Ed. Kapeluz, Buenos Aires,
1993. Didáctica, su objeto y sus problemas

http://www.uc.cl/sw_edc/didactica/medapoyo/tex.o4.htm

